

A mudança discursiva na assistência ao usuário ou dependente de drogas: análise de discurso crítica de uma lei federal

The discourse change in drugs users or addicts care: critical discourse analysis of a federal Act

Yuri Fontenelle Lima Montenegro (<https://orcid.org/0000-0002-3939-142X>)¹

Ana Karla Ramalho Paixão (<https://orcid.org/0000-0003-3900-5549>)²

Natália Caldas Martins (<https://orcid.org/0000-0001-5495-5601>)¹

Aline Veras Morais Brilhante (<https://orcid.org/0000-0002-3925-4898>)¹

Christina César Praça Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-7741-5349>)¹

Abstract *Brazilian drug policies have undergone changes over time, bearing marks for each historical period and experienced sanitary-political interests. Nowadays, an anti-reformist character was perceived in changes concentrated on Law no. 13,840, of June 5, 2019. The aim of this study is to analyze the key elements of a normative document on drugs based on the Critical Discourse Analysis. We analyzed the Law no. 13,840 using Fairclough's method for three-dimensional analysis and then discussed it with Foucault's notions of Biopower and Biopolitics. We consider that the emphasis on involuntary hospitalization, therapeutic communities and abstinence opposes the Brazilian psychiatric reform movement. The development of oppressive care practices are hidden by the so-called ideological neutrality and scientific evidence.*

Key words *Public policy, Substance-related disorders, Mental health*

Resumo *No Brasil, as políticas sobre drogas passaram por modificações ao longo do tempo, carregando marcas de cada período histórico e interesse sanitário-político. Na atual conjuntura, por exemplo, há uma tendência de oposição aos ideais do movimento de reforma psiquiátrica. Nesse contexto, este artigo objetiva analisar os elementos-chave evidenciados a partir do estudo de um documento normativo sobre drogas, na perspectiva da análise de discurso crítica. Realizou-se a análise da Lei nº 13.840, de 2019, conforme o modelo tridimensional de Fairclough, com discussão a partir dos conceitos de biopoder e biopolítica de Foucault. A ênfase no tratamento pautado pela internação involuntária, comunidade terapêutica e abstinência reproduz uma perspectiva asilar de tratamento. Observa-se, assim, a reprodução de concepções asilar, proibicionista e autoritária, justificadas sob um véu de neutralidade ideológica e evidências científicas, que corroboram a existência de um movimento antirreformista.*

Palavras-chave *Política pública, Abuso de drogas, Saúde mental*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza. Av. Washington Soares 1.321. 60811-905 Fortaleza CE Brasil. fontenellesh@gmail.com

² Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Fortaleza Ceará Brasil.

Introdução

O presente artigo se propõe a analisar as funções identitárias, relacionais e ideacionais do discurso presente na Lei nº 13.840/2019, que alterou a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.

Até a contemporaneidade, as tensões ideológicas, contradições e disputas de poder que marcaram os documentos normativos regentes das políticas públicas sobre drogas as aproximaram do paradigma do controle disciplinar¹⁻⁶. A associação entre os saberes jurídico e psiquiátrico em documentos norteadores das políticas, por exemplo, revela a influência da adesão do Brasil à Conferência Internacional do Ópio, no início do século XX, culminando na normatização de um tratamento compulsório e manicomial^{3,7}. São esses documentos o Decreto nº 14.969, de 3 de setembro de 1921, que aprovava a criação de um sanatório para “toxicômanos”, e o Decreto nº 891, de 25 de novembro de 1938, que caracterizava a “toxicomania” como doença de notificação compulsória, restringindo o tratamento ao regime de internação³.

As lacunas na assistência às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas foram preenchidas por associações médicas norteadas por um paradigma higienista⁸, que reproduziram tratamentos pautados por internação, isolamento social e trabalho terapêutico⁹. A representação depreciativa do usuário de álcool e drogas como degenerado ou desviante permeou a psiquiatria brasileira nas primeiras décadas do século XX e permaneceu como imagética socialmente hegemônica no século XXI¹⁰.

O manicômio é compreendido como *locus* do poder e saber psiquiátrico¹¹. Contudo, o corpo é relegado ao segundo plano na história da psiquiatria devido à dificuldade de justificar a “doença mental” a partir de causas orgânicas¹². Dessa forma, a psiquiatria assume como objeto de poder elementos da vida cotidiana e da subjetividade – tais como vontade, insônia, paixões, tristezas, conflitos e comportamentos –, demarcando fronteiras entre normalidade e desvio, legitimando a patologização sob a premissa de um saber científico¹²⁻¹⁴.

Quando essa concepção é articulada com a teoria da degenerescência^{11,14}, compreendendo o desvio como uma ameaça hereditária, o sujeito desviante é segregado dos sujeitos de direitos, com o objetivo de restringir a disseminação dos ditos degenerados. Dessa forma, o saber psiquiá-

trico não incide somente sobre o indivíduo, mas sobre populações, em vista da sobrevivência de alguns em detrimento de outros. Assume, assim, contornos de biopoder e biopolítica¹⁴⁻¹⁶.

O reordenamento ideológico contextualizado no período de redemocratização culminou no questionamento do paradigma higienista e no avançar do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil (MRPB). A mudança na forma de conceber a assistência em saúde mental no Brasil é positivada na legislação no início do século XX, na Lei nº 10.216/2001¹⁷, marco da conquista do MRPB e do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA)¹⁸. Ocorre, assim, a transição do modelo asilar para o psicossocial¹⁹, com a sucessiva expansão e capilarização dos serviços substitutivos, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sucedidas pela redução no número de internações hospitalares^{18,20,21}.

No âmbito das políticas sobre drogas, a mudança no governo federal, em 2002, abriu espaço para a perspectiva da redução de danos²² (RD), incluída em documentos normativos de 2004 a 2011²³⁻²⁹. Contudo, a pressão por mudanças na política sobre drogas também mobilizou setores alinhados aos modelos biomédico e jurídico-criminal, culminando em paradoxos presentes em documentos normativos de 2000 a 2016^{4,30}. Nesse contexto, o movimento antirreformista ganha força a partir de 2010 e se torna mais explícito a partir de 2017, resultando na preeminência, em nível federal, de setores alinhados à remanicomialização da saúde mental no Brasil na atual conjuntura².

Diante desse cenário, a presente pesquisa tem por objetivo analisar os elementos-chave evidenciados a partir do estudo da Lei nº 13.840/2019, na perspectiva da análise de discurso crítica.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa documental³¹, de abordagem qualitativa, que parte da premissa de que o discurso apresenta uma relação dialética com a estrutura social³². Dessa forma, o discurso é influenciado pela estrutura social, ao mesmo tempo que a constrói, podendo reproduzi-la ou transformá-la^{33,34}. Assim, compreende-se que as políticas sobre drogas e as concepções acerca do uso de drogas são construídas a partir de discursos que englobam mecanismos complexos de relações de poder e embates ideológicos, a partir dos quais emerge a hegemonia de certos discursos sobre outros posicionamentos de resistência.

O próprio uso de drogas pode ser considerado um fenômeno sócio-histórico, com implicações para a política, a economia e a saúde, bem como para as distintas facetas do proibicionismo³⁵⁻³⁷. De forma semelhante, as perspectivas terapêuticas para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas também são construções histórico-sociais, perpassadas por concepções moralistas, judicializantes, medicalizantes, asilares, proibicionistas, antiproibicionistas e psicossociais^{3,8-10,22,30,38-43}.

Optamos por analisar a Lei nº 13.840 porque ela altera diversos dispositivos de outras políticas sobre drogas, em um contexto de mudança no cenário político nacional. Além disso, insere dispositivos que expressam uma descontinuidade no âmbito das políticas sobre drogas após o MRPB e o MLA. Os dispositivos analisados no presente artigo dizem respeito ao tratamento de pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Partimos do método tridimensional de Fairclough³³, que se situa no campo da ciência social e da pesquisa crítica⁴⁴, enquadrando-se na análise de discurso crítica (ADC), a partir da compreensão da propriedade construtiva do discurso, que é moldado pelas relações de poder e ideologias⁴⁵. Dessa forma, o discurso é capaz de construir: a) identidades sociais e posição de sujeitos (função identitária); b) relações sociais entre as pessoas (função relacional); e c) sistemas de crenças e conhecimento (função ideacional). As dimensões analisadas são: texto (vocabulário, gramática, coesão e estrutura textual); prática discursiva (força, coerência e intertextualidade); e prática social (ideologia e hegemonia). Não há um procedimento fixo para a realização da análise, sendo possível que alguma dimensão ou categoria obtenha destaque a depender do gênero discursivo.

No caso da presente pesquisa, procedeu-se à leitura da Lei nº 13.840/2019, realizando-se a transcrição dos dispositivos considerados mais relevantes para o estudo da mudança discursiva incitada pelo documento, a saber: artigos 23-A, 23-B e 26-A. O texto referente aos dispositivos foi transcrito e lido exaustivamente. Grifaram-se os enunciados com cores distintas, caso representassem uma mudança discursiva, ou não, tendo como referência as políticas sobre drogas após o MRPB e o MLA. Destacaram-se também expressões relevantes por representarem uma mudança discursiva.

A análise do texto levou em consideração o significado das palavras e a estrutura textual, ou seja, a forma como os dispositivos foram agru-

padados. Observa-se, por exemplo, que diversos dispositivos analisados estão reunidos em um mesmo capítulo, cuja temática engloba prevenção, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

Quanto à análise do significado das palavras, levou-se em conta o seu uso em outras políticas sobre drogas ou documentos normativos da saúde. Essa continuidade presente nos documentos normativos diz respeito a uma característica da prática discursiva. Optamos por utilizar aspas para destacar palavras e/ou expressões citadas *ipsi litteris* no documento analisado, uma vez que se trata de um fator relevante para o método de análise empregado.

A dimensão da **prática discursiva** envolve os mecanismos de produção, distribuição e consumo dos textos, os quais variam de acordo com o gênero discursivo do material analisado. As categorias compreendidas nessa dimensão são: força, coerência e intertextualidade³³. Consideramos a conformidade da Lei nº 13.840 com outros documentos normativos que compõem a política sobre drogas, incluindo continuidades e rupturas (intertextualidade manifesta). Entretanto, também buscamos identificar a relação velada entre o discurso produzido no documento com outras ordens discursivas (interdiscursividade). Desse modo, torna-se necessário analisar para quem os dispositivos fazem sentido, com suas continuidades e rupturas (coerência). Além disso, considerou-se que a Lei nº 13.840, por se tratar de um documento normativo, convoca à obediência de seus dispositivos como norma, sendo portanto essencialmente imperativa (força).

A análise da prática social engloba a dimensão mais ampla do discurso. Partimos da premissa de que todo discurso é ideológico, pois produz uma forma de conceber a realidade. Nesse sentido, os discursos são produzidos mediante a negociação de alianças (hegemonia). Dessa forma, levou-se em consideração o contexto em que a Lei nº 13.840 emergiu, pois, por se tratar de um documento normativo, está sujeito à aprovação em diferentes instâncias, no caso, legislativa (Câmara e Senado) e executiva (governo federal). Esse processo ocorre em um contexto específico, incluindo as alianças e modificações em vista da aprovação do documento.

O estudo dispensa aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, segundo a Resolução CNS/MS Nº 466/12, por não envolver seres humanos e pelo fato de os documentos utilizados estarem disponíveis em domínio público.

Resultados

A estrutura textual da Lei nº 13.840 reúne os dispositivos referentes à internação involuntária de “dependentes de drogas”, ao Plano Individual de Atendimento e ao “acolhimento” em “Comunidade Terapêutica Acolhedora”, respectivamente, nas seções IV, V e VI do Capítulo II do Título III, que aborda prevenção, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

Outro elemento do texto que se destaca é o vocabulário. As palavras utilizadas podem gerar insegurança na execução da política, na medida em que abrem margem para interpretações distintas pelos atores que se encontram nos serviços de assistência, sejam eles gestores ou profissionais.

O inciso II do parágrafo 5º, artigo 23-A, por exemplo, afirma que a internação involuntária “será indicada depois da avaliação sobre o tipo de droga utilizada, o padrão de uso e na hipótese comprovada da impossibilidade de utilização de outras alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde”. Afirma-se, no parágrafo 6º do mesmo artigo, que “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Contudo, como definir de forma precisa o que é uma “hipótese comprovada” de que outras estratégias da rede de atenção psicossocial podem ser utilizadas, ou que os “recursos extra-hospitalares” são insuficientes?

Pode-se considerar que o próprio documento oferece uma resposta ao questionamento anterior no inciso II do artigo 23-A, ao afirmar que o tratamento deverá “orientar-se por protocolos técnicos predefinidos, baseados em evidências científicas, oferecendo atendimento individualizado ao usuário ou dependente de drogas com abordagem preventiva e, sempre que indicado, ambulatorial”. No entanto, pode-se afirmar que se trata de uma apropriação retórica do que seja evidência científica, considerando que o documento, de forma geral, opõe-se às práticas de cuidado em saúde mental comunitária e ao reconhecimento das estratégias de redução de danos.

O artigo 23-B dispõe sobre o Plano Individual de Atendimento (PIA), que deverá ser elaborado a partir de “avaliação prévia por equipe técnica multidisciplinar e multissetorial”. O PIA deverá considerar “os objetivos declarados pelo atendido”; prever “atividades de integração social ou capacitação profissional”; “contemplar a participação dos familiares ou responsáveis”, mediante “atividades de integração e apoio à fa-

mília” e “formas de participação da família para efetivo cumprimento do plano individual”; e estabelecer “medidas específicas de atenção à saúde do atendido”. É possível observar referências sucessivas a um “plano individual”, “projeto terapêutico individualizado”, “atendimento individualizado” ou “acompanhamento individualizado”, ao longo das seções escolhidas para essa análise. Dessa forma, é possível questionar se tal nomenclatura é oportuna para o campo da assistência à saúde que preconiza o cuidado em rede e de base territorial⁴⁶.

A caracterização do PIA, ao longo da Lei nº 13.840, apresenta semelhanças ao que se concebe como Projeto Terapêutico Singular (PTS). Observa-se, assim, um deslizamento semântico, à medida que se procura estabelecer uma relação de semelhança entre os dois conceitos quando não o são. Dessa forma, torna-se necessário refletir criticamente acerca da intenção implícita ao escolher um termo distinto do usual na literatura e na construção de políticas no âmbito do SUS. Portanto, torna-se oportuno destacar a distinção entre uma proposta de cuidado singular construída de forma coletiva com a participação de usuários, profissionais e familiares, de outra que se propõe a ser individual ou individualizada⁴⁷.

Ainda no âmbito da análise do vocabulário, o artigo 26-A, que dispõe sobre o “acolhimento” em “Comunidade Terapêutica Acolhedora”, é caracterizado pelo eufemismo, utilizando-se de diversas palavras para suavizar o tratamento em Comunidade Terapêutica (CT). Dessa forma, a CT é adjetivada como “acolhedora”, na qual é vedada qualquer forma de “internação” e “isolamento físico”, e afirma-se que a “adesão e permanência” devem ser voluntárias, somente com “avaliação médica prévia”, em um “ambiente residencial” de “acolhimento” e “propício à formação de vínculos” como uma “etapa transitória”, visando à “reinserção social”.

Observa-se a construção da identidade da CT como um ambiente acolhedor cuja modalidade de assistência oferecida é distinta da internação. Contudo, existem evidências que contestam essa representação. A assistência provida pelas CT está ancorada em um paradigma proibicionista, com destaque para uma abordagem moral, reproduzindo elementos do tratamento aliado à espiritualidade e abordagens psicoterapêuticas individuais e/ou grupais^{9,48}. Questionam-se os efeitos das CT na subjetividade das pessoas internadas e sua capacidade de alcançar o objetivo a que se propõem: a abstinência^{49,50}. Aponta-se, ainda, a violação de direitos humanos no interior das CT⁵¹.

A necessidade de maior fiscalização, profissionalização e pesquisas científicas a respeito das CT é reconhecida mesmo em estudos que afirmam que esse modelo de tratamento não é inconciliável com as políticas públicas de saúde e os pressupostos do MRPB e do MLA^{41,52}. A literatura aponta que a expansão das CT ocorreu devido à insuficiência dos equipamentos vinculados ao SUS para lidar com o atendimento a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas^{53,54}. Entretanto, é necessário analisar esse problema a partir das disputas de poderes no âmbito das políticas sobre drogas. O investimento em CT já é superior ao destinado para a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), revertendo uma tendência recente de maior financiamento de serviços territoriais, em vez de hospitalares, voltados à saúde mental⁶.

Ainda que as lógicas de funcionamento dos CAPSad e das CT sejam distintas, as características de serviço residencial temporário destinado a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas atribuídas pela Lei nº 13.840/2019 às “comunidades terapêuticas acolhedoras” assemelham-se à proposta das Unidades de Acolhimento⁵⁵. Dessa forma, a divisão de recursos públicos entre equipamentos semelhantes é um contrassenso. A repercussão prática do destaque à CT, no documento estudado, é que essa modalidade ainda controversa será privilegiada em detrimento de uma política pública construída em consonância com as conquistas do MRPB.

Quanto à prática discursiva, considerando que a Lei nº 13.840 é um documento normativo que norteia a assistência a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, seus dispositivos assumem um caráter imperativo que, por sua vez, gera inseguranças quanto aos seus efeitos, práticos na medida em que contradizem outros documentos que compõem a política sobre drogas. Dessa forma, convém explorar a intertextualidade da lei em questão com outros documentos que compõem a política de drogas.

Os dispositivos referentes à internação involuntária de “dependentes de drogas”, ao Plano Individual de Atendimento e ao “acolhimento” em “Comunidade Terapêutica Acolhedora” são compostos a partir de elementos de outras políticas sobre drogas, apresentando consensos e dissensos. Assim, a descrição da internação voluntária e involuntária de “dependentes de drogas” é semelhante à utilizada na Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe acerca dos direitos das pessoas com

transtornos mentais e modifica o modelo da assistência em saúde mental¹⁷.

Contudo, quando comparado à Portaria nº 2.197²⁴, que instituiu o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD), observa-se que o tempo máximo de internação hospitalar para desintoxicação passou de 15 dias para 90 dias no novo documento. O próprio uso intercambiável entre os termos “usuário” e “dependente de drogas”, no artigo referente ao acolhimento em CT, contrasta com o princípio de tratar de forma diferente os usuários, pessoas que fazem uso abusivo, dependentes e traficantes²³, que foi mantido em documento posterior⁵⁶.

Além disso, o PTS, antes compreendido como eixo central da lógica do cuidado²⁹, foi substituído pelo PIA – de forma semelhante ao que acontece entre as Unidades de Acolhimento^{29,55}, enquanto serviço residencial de caráter transitório para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas – e pelas CT “acolhedoras”. Por fim, dá-se destaque à abstinência enquanto objetivo terapêutico, em detrimento da redução de danos²³⁻²⁹.

As contradições na política sobre drogas não são exclusivas da Lei nº 13.840. A disputa entre os paradigmas proibicionista e o antiproibicionista já permeava a construção das políticas sobre drogas entre os anos 2000 e 2016⁴. Tem-se também, por exemplo, as tensões entre ações adotadas pelo Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas à época da implementação da PAIUAD¹. Dessa forma, as contradições da Lei nº 13.840, manifestas em seus dispositivos, fazem sentido para os opositores das conquistas do MRPB e do MLA², reforçando o paradigma proibicionista e asilar. O discurso construído na Lei nº 13.840 é direcionado aos grupos que se beneficiam com a ênfase ao tratamento ambulatorial, hospitalar ou em CT, pautados por um paradigma proibicionista, uma vez que o discurso do documento é coerente para esse público.

A prática social do documento estudado consiste em uma reprodução de formas de dominação e controle, à medida que faz ressoar elementos ideológicos alinhados a essas práticas, em detrimento da lógica psicossocial, a exemplo da internação involuntária e do incentivo às CT como instrumento de controle e dominação¹⁹. Ressonância esta que só se tornou possível considerando a atual conjuntura política nacional, pois o documento foi protocolado na Câmara como o Projeto de Lei (PL) nº 7.663, em 2010, e enviado ao Senado como o Projeto de Lei da

Câmara (PLC) nº 37, em 2013. Assim, compreende-se que o surgimento da Lei nº 13.840/2019 se tornou possível diante de um cenário antirreformista que ganhou força a partir de 2010².

A mudança discursiva presente na Lei nº 13.840/2019 pode ser representada como o fortalecimento do paradigma asilar e proibicionista, em prejuízo às conquistas do MRPB e do MLA positivadas nas políticas de saúde mental e sobre drogas a partir de 2001⁵⁷. A abertura à lógica da RD, sobretudo a partir da mudança no cenário político em 2002²², e ao modelo de atenção psicossocial tem sido constantemente sabotada pela oposição contrarreformista. Destaca-se a inserção gradativa das CT nas políticas públicas, a criação de equipes ambulatoriais de média complexidade desvinculadas do cuidado territorial, a ampliação do financiamento para CT e leitos para internação, inclusive em hospitais psiquiátricos, a redução no cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) e a condenação da RD^{2,4-6}. É notável a ênfase em modelos patologizantes e moralizantes em detrimento do psicossocial.

A Lei nº 13.840/2019 dá ênfase ao tratamento de usuários de álcool e drogas em instituições, em caráter de internação ou reclusão, como os hospitais e CTs, a fim de alcançar a abstinência em prejuízo do tratamento em caráter comunitário e territorial dos CAPSad, do acolhimento em Unidades de Acolhimento e da redução de danos, sob a premissa de adotar medidas baseadas em evidências científicas em vez de posicionamentos ideológicos e filosóficos.

Considerações a partir de Foucault

Considerando as funções identitária, relacional e ideacional do discurso³³, convém discutir a maneira como o poder se manifesta no documento analisado, bem como sua contribuição para a produção de saberes e sujeitos. Parte-se, portanto, da obra de Foucault, que descreve diferentes tecnologias de poder que incidem na produção de saberes, na disciplinarização dos corpos (poder disciplinar), na produção de subjetividades assujeitadas (normalização) e na gestão da vida e no controle da população (biopoder)^{15,58-60}.

A Lei nº 13.840 ressalta o papel dos hospitais mediante a internação e das CT no tratamento a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Ambas as instituições são reconhecidas como locais propícios para a ação do poder sobre os corpos e a subjetividade dos indivíduos^{11,49,61}. Contudo, observa-se a repro-

dução do saber psiquiátrico também nos serviços substitutivos após a reforma psiquiátrica^{12,62}. Nesse contexto, o poder assume contornos mais amplos e age sobre uma população, que, seguindo a compreensão foucaultiana, aqui se refere aos usuários de álcool e outras drogas, dependentes ou não. Atua, por exemplo, na patologização de comportamentos categorizados como desviantes^{13,14}, na retirada de pessoas em situação de rua, devido à realização de algum evento, na burocratização do cuidado e na segregação da assistência a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em equipamentos específicos da rede de saúde, o que contribui para a institucionalização delas⁶³.

A incidência do biopoder sobre a população parte da premissa da sobrevivência. Dessa forma, a gestão da vida ocorre mediante os dispositivos de segurança do Estado em vista do fazer viver, o que acarreta um lado obscuro: deixar morrer¹⁵. Isso significa que alguns sujeitos são despojados de seus direitos e, conseqüentemente, excluídos porque representam uma ameaça à sobrevivência de outros. Assim, a partir da articulação do biopoder com a teoria da degenerescência¹⁴ – relevante para a constituição do hospital psiquiátrico como *locus* do saber psiquiátrico e instrumento de exclusão¹¹ –, é possível compreender como a Lei nº 13.840 favorece a discriminação das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. De certa forma, é possível considerar que ocorra discriminação entre as próprias pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, fazendo viver os que desejam e alcançam a abstinência e deixando morrer aqueles que se beneficiariam da RD.

Os dispositivos da Lei nº 13.840 aqui analisados apresentam uma mudança discursiva de oposição ao MRPB. Dessa forma, interrompem um percurso construído no sentido do reconhecimento de novos sujeitos, de sua cidadania e autonomia, em vez da reclusão em instituições disciplinares ou da exclusão do convívio social em favor de outros indivíduos⁶⁴. A mudança torna-se ainda mais delicada porque os embates na execução das políticas públicas não permitiram uma consolidação da reforma psiquiátrica. Considere-se, por exemplo, a tomada de decisão apoiada em estereótipos produzidos a partir da articulação dos saberes jurídico e psiquiátrico, associando o tratamento a instituições disciplinares e à abstinência total mesmo após a reforma psiquiátrica⁶⁵.

É possível observar como a mudança discursiva já se apresenta em práticas sociais a partir

de iniciativas que visam à internação de pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas sem o seu consentimento⁶⁶⁻⁶⁸. Dessa forma, convém considerar que a abertura à internação involuntária de “dependentes químicos” fortalece práticas que privam essas pessoas de tomarem decisões sobre sua própria vida, sob a justificativa de que “perderam o controle sobre si”, a fim de fazer viver outra população.

Considerações finais

Os resultados expõem como os discursos da Lei nº 13.840/2019 se alinham ao paradigma higienista, reproduzindo disputas paradigmáticas

no âmbito das políticas sobre drogas e normalizando a tendência à remanicomialização da assistência em saúde mental. Destaca-se que os dispositivos referentes à internação involuntária e ao acolhimento em Comunidades Terapêuticas ameaçam as conquistas do MRPB, como a consideração dos direitos humanos e da cidadania da população assistida no âmbito das políticas de saúde mental.

Ressalte-se que o presente estudo não tem a pretensão de analisar a Lei nº 13.840 em sua totalidade nem condenar o documento em questão. A análise dos dispositivos que apontam para um controle social na limitação da participação social na composição do conselho sobre drogas, por exemplo, será realizada em outro momento.

Colaboradores

YFL Montenegro, AKR Paixão e NC Martins trabalharam na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada. AKR Paixão e NC Martins atuaram na concepção, interpretação dos dados e aprovação da versão a ser publicada. AVM Brilhante trabalhou na interpretação dos dados, revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada. CCP Brasil atuou na revisão crítica do artigo e na aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Silva MAB, Abrahão AL. Política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas: uma análise guiada por narrativas. *Interface (Botucatu)* 2020; 24:e190080.
2. Guimarães TAA, Rosa LCS. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão* 2019; 22(44):111-138.
3. Vargas AFM, Campos MM. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. *Cien Saude Colet* 2019; 24(3):1041-1050.
4. Teixeira MB, Ramôa ML, Engstrom E, Ribeiro JM. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Cien Saude Colet* 2017; 22(5):1455-1466.
5. Delgado PG. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trab Educ e Saude* 2019;17(2):1-4.
6. Nunes MO, Lima Júnior JM, Portugal CM, Torrenté M. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Cien Saude Colet* 2019; 24(12):4489-4498.
7. Carvalho JC. A emergência da política mundial de drogas: o Brasil e as primeiras conferências internacionais do ópio. *Oficina do Hist* 2014; 7(1):153-176.
8. Santos GA, Queiroz IS. Internação psiquiátrica compulsória de usuários abusivos de drogas: uma falência ao SUS e um desuso da Política de Redução de Danos. *Gerais Rev Saúde Pública do SUS/MG* 2016; 4(1):59-69.
9. Bolonheis-Ramos RCM, Boarini ML. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. *Hist Cienc Saude – Manguinhos* 2015; 22(4):1231-1248.
10. Costa JF. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
11. Amarante P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
12. Caponi S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):95-103.
13. Rauter C, Peixoto PTC. Psiquiatria, saúde mental e biopoder: vida, controle e modulação no contemporâneo. *Psicol em Estud* 2009; 14(2):267-275.
14. Caponi S. Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis* 2009; 19(2):529-549.
15. Candiotti C. Cuidado da vida e dispositivos de segurança: a atualidade da biopolítica. In: Branco GC, Veiga-Neto A, organizadores. *Foucault: filosofia & política*. São Paulo: Autêntica; 2011. p. 81-96.
16. Martins LAM, Peixoto Junior CA. Genealogia do biopoder. *Psicol Soc* 2009; 21(2):157-165.
17. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]; 2001. [citado 2021 Fev 15]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
18. Braga TBM, Farinha MG. Sistema Único de Saúde e a Reforma Psiquiátrica: desafios e perspectivas. *Rev Abordagem Gestalt* 2018; 24(3):366-378.
19. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-168.
20. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saude Soc* 2017; 26(1):155-170.
21. Clementino FS, Miranda FAN, Pessoa Júnior JM, Marcolino EC, Silva Júnior JA, Brandão GCG. Atendimento integral e comunitário em saúde mental: avanços e desafios da reforma psiquiátrica. *Trab Educ Saude* 2019; 17(1):e0017713.
22. Fiore M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: Venâncio RP, Carneiro H, organizadores. *Álcool e drogas na história do Brasil*. São Paulo: Alameda; 2005. p. 257-290.
23. Brasil. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências [Internet]; 2002. [citado 2021 Fev 15]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345imprensa.htm
24. Brasil. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências [Internet]; 2004. [citado 2021 Fev 15]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html
25. Brasil. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria [Internet]; 2005. [citado 2021 Fev 15]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html
26. 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 ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências [Internet]; 2006. [citado 2021 Fev 15]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm
27. Brasil. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências [Internet]; 2007. [citado 2021 Fev 15]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm
28. Brasil. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas [Internet]; 2009. [citado 2021 Fev 15]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html

29. Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]; 2011. [citado 2021 Fev 15]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
30. Silva MB, Delduque MC. Patologização e penalização do uso de drogas: uma análise socioantropológica de proposições legislativas (2007-2010). *Physis* 2015; 25(1):231-250.
31. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas; 2018.
32. Bosi MLM, Macedo MA. Anotações sobre a análise crítica de discurso em pesquisas qualitativas no campo da saúde. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2014; 14(4):423-432.
33. Fairclough N. *Discurso e mudança social*. Brasília: Universidade de Brasília; 2016.
34. Fairclough N. A dialética do discurso. *Rev Teias* 2010; 11(22):225-234.
35. Minayo MCS, Deslandes SF. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cad Saude Publica* 1998; 14(1):35-42.
36. Carneiro H. *Drogas: a história do proibicionismo*. São Paulo: Autonomia Literária; 2018.
37. Carneiro H. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: Venâncio RP, Carneiro H, organizadores. *Álcool e drogas na história do Brasil*. São Paulo: Alameda; 2005. p. 11-28.
38. Azevedo AO, Souza TP. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a contrarreforma psiquiátrica brasileira. *Physis* 2017; 27(3):491-510.
39. Vargas D, Bittencourt MN, Rocha FM, Oliveira MAF. Representação social de enfermeiros de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) sobre o dependente químico. *Esc Anna Nery* 2013; 17(2):242-248.
40. Lacerda CB, Fuentes-Rojas M. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(61):363-72.
41. Perrone PAK. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):569-580.
42. Medeiros R. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. *Saude Soc* 2014; 23(1):105-117.
43. Rezende MM. Modelos de análise do uso de drogas e de intervenção terapêutica: algumas considerações. *Rev Biocienc* 2008; 6(1):49-55.
44. Chouliaraki L, Fairclough N. *Discourse in late modernity: rethinking critical discourse analysis*. Edinburgh: Edinburgh University Press; 1999.
45. Magalhães I. Introdução: a análise de discurso crítica. *DELTA Doc Estud em Linguística Teórica e Apl* 2005; 21(spe):1-9.
46. Brasil. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
47. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, Andrade AS. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Context Enferm* 2011; 20(3):493-502.
48. IPEA. Nota técnica nº 21: o perfil das comunidades terapêuticas brasileiras [Internet]; 2017. [citado 2021 Fev 15]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf
49. Pacheco LA, Scisleski A. Vivências em uma comunidade terapêutica. *Rev Psicol Saude* 2013; 5(2):165-173.
50. Raupp LM, Milnitsky-Sapiro C. A “reeducação” de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psicol Teor e Pesq* 2008; 24(3):361-368.
51. CFP. Relatório da inspeção nacional em Comunidades Terapêuticas [Internet]; 2017. [citado 2021 Fev 15]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tws.2012.02.007>
52. Scaduto AA, Barbieri V, Santos MA. Adesão aos princípios da comunidade terapêutica e processo de mudança ao longo do tratamento. *Psicol Cienc Prof* 2015; 35(3):781-796.
53. Ribeiro FML, Minayo MCS. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):515-526.
54. Damas FB. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Rev Saude Publica St Catarina* 2013; 6(1):50-65.
55. Brasil. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial [Internet]; 2012. [citado 2021 Fev 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
56. Brasil. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas [Internet]; 2019. [citado 2021 Fev 15]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9761.htm#art4
57. Montenegro YFL, Paixão AKR, Sales NCM, Brilhante AV, Brasil CCP. A análise de discurso crítica no estudo de políticas públicas de saúde: exemplo a partir de mudanças na política sobre drogas no Brasil. *NTQR* 2020; 3:678-690.
58. Branco GC. Apresentação 1 – os nexos entre subjetividade e política. In: Branco GC, Veiga-Neto A, organizadores. *Foucault: filosofia & política*. São Paulo: Autêntica; 2011. p. 9-12.
59. Nogueira-Ramírez CE. A governamentalidade nos cursos do professor Foucault. In: Branco GC, Veiga-Neto A, organizadores. *Foucault: filosofia & política*. São Paulo: Autêntica; 2011. p. 71-80.
60. Ferreirinha IMN, Raitz TR. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. *Rev Adm Publica* 2010; 44(2):367-383.

61. Fossi LB, Guareschi NMF. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. *Estud Pesqui Psicol* 2015; 15(1):94-115.
62. Barbosa VFB, Martinhago F, Hoepfner AMS, Daré PK, Caponi SNC. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. *Saude Debate* 2016; 40(108):178-189.
63. Wandekoken K, Quintanilha B, Dalbello-Araujo M. Biopolítica na assistência aos usuários de álcool e outras drogas. *Rev Subjetividades* 2015; 15(3):389-397.
64. Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad Saude Publica* 1995; 11(3):491-494.
65. Rosa PO, Pinto GSS. Quando a experiência é capturada pela representação: governamentalização das drogas na saúde e no sistema de justiça criminal. *Interface (Botucatu)* 2019; 23:e180103.
66. Frazão F. Rio de Janeiro terá internação involuntária de usuários de drogas. *R7* [Internet]; 2019. [citado 2021 Fev 15]. Disponível em: <https://noticias.r7.com/rio-de-janeiro/rio-de-janeiro-tera-internacao-involuntaria-de-usuarios-de-drogas-09082019>
67. G1 Rio. Perguntas e respostas sobre a internação de moradores de rua e dependentes químicos pela Prefeitura do Rio. *Portal G1* [Internet]; 2019. [citado 2021 Fev 15]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/08/05/perguntas-e-respostas-sobre-a-internacao-de-moradores-de-rua-e-dependentes-quimicos-pela-prefeitura-do-rio.ghtml>
68. Stochero PT. Após nova lei de drogas, prefeitura de SP avalia internação involuntária de dependentes químicos. *Portal G1* [Internet]; 2019. [citado 2021 Fev 15]. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2019/06/06/apos-nova-lei-de-drogas-prefeitura-de-sp-avalia-internacao-involuntaria-de-dependentes-quimicos.ghtml>

Artigo apresentado em 15/03/2021

Aprovado em 16/11/2021

Versão final apresentada em 18/11/2021

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva