



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 861/2021.

Vitória, 02 de agosto de 2021.

Processo nº [REDACTED]
impetrado por [REDACTED]
[REDACTED] representado por sua genitora
[REDACTED]

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do Juizado Especial Cível, Criminal e da Fazenda Pública de Itapemirim – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito, Dr. Leonardo Augusto de Oliveira Rangel, sobre o procedimento: **internação involuntária**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, o Requerente, há anos faz uso constante de várias drogas ilícitas como maconha, além de "Crack" e "cocaína". Apresenta comportamentos socialmente reprováveis, tais como pequenos furtos de objetos de baixo valor, como objetivo de venda ou trocá-los para adquirir drogas para consumo. Ele no momento está privado de sua liberdade e encontra-se encarcerado no Centro de Detenção Provisória de Marataízes. O Autor apresenta transtornos psíquicos decorrentes do uso contínuo de entorpecentes, razão pela qual faz uso de medicamento pesado para minimizar os efeitos decorrentes da patologia. Conforme declaração do próprio em juízo, ele faz uso de drogas inclusive no interior do presídio. Por isso solicita a internação do Autor em clínica especializada para desintoxicação total e recuperação do grave quadro de dependência atual. Informa que apesar do entendimento de todos os envolvidos no caso, familiares, o Requete, assim como o do Douto juízo penal responsável pelo processo de que a internação é urgente e necessária, o Município alega que não dispõe no momento de vaga para internação em clínica. Diante dos fatos narrados e da situação urgente, vem o Requerente se socorrer do judiciário.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

2. Às fls. 48 consta laudo médico, datado de 27/08/2018, em papel timbrado da Secretaria Municipal de Saúde de Itapemirim, informando que o Requerente recluso no CDPM, apresenta dependência química de múltiplas drogas. Não estabelece crítica satisfatória para coibir tal vício. Necessita de internamento com urgência com custeio do poder público. Assinado pelo médico psiquiatra, Dr. Roberto Ramalhete P. da Silva, CRM ES 508.

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. A **Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
2. A **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**, afirma que são direitos da pessoa portadora de transtorno mental:
 - I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
 - II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
 - III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
 - IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

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

VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º – É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. § 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. § 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados 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.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

3. A **Portaria Nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002**, regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.

4. Em 2019 foi publicada a Lei 13.840, que altera a questão de internação por dependência química. Destacamos um artigo e parágrafos da referida lei para melhor analisarmos o caso:

Art. 23-A – O tratamento do usuário ou dependente químico deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social.

§ 2º A internação de dependente químico somente será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares e deverá ser obrigatoriamente autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação.

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

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

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

§ 5º A internação involuntária:

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

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

III – perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável; IV – a família, ou o representante legal, poderá, a qualquer tempo, requerer ao médico a interrupção do tratamento.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

§ 6º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. § 7º Todas as internações e altas de que trata esta Lei deverão ser informadas, em, no máximo, de 72 (setenta e duas) horas, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e a outros órgãos de fiscalização, por meio de sistema informatizado único, na forma do regulamento desta Lei.

DA PATOLOGIA

1. A Organização Mundial de Saúde define a **dependência química** como o “estado psíquico e algumas vezes físico resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância, caracterizado por modificações de comportamento e outras reações que sempre incluem o impulso a utilizar a substância de modo contínuo ou periódico com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e, algumas vezes, de evitar o desconforto da privação”. Seguindo essa definição, o Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV-TR) define a dependência como um padrão mal adaptativo do uso de substâncias, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, caracterizado pela presença de três ou mais dos critérios a seguir, pelo período de um ano: • tolerância (necessidade de quantidades maiores para obtenção do mesmo efeito ou menor intensidade do efeito com a dose habitual); • abstinência (síndrome com sinais e sintomas típicos de cada substância, que são aliviados pelo consumo); • consumo por período de tempo mais prolongado e em quantidades maiores que o planejado; • desejo persistente de uso e incapacidade para controlá-lo; • muito tempo gasto em atividades para obtenção da substância; • redução do círculo social em função do uso da substância; • persistência do uso da substância, apesar de prejuízos clínicos.
2. A dependência é um fenômeno complexo, com diversas variáveis envolvidas. Dessa forma, não existe uma explicação etiológica simples e que consiga contemplar todas as facetas do problema. Podemos pensar na dependência como um tripé:



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

- meio ambiente: é o cenário em que se desenrola o encontro do indivíduo com a droga, bem como o contexto em que ela é utilizada. Nesse caso, merecem atenção a disponibilidade da substância e o simbolismo de seu uso.
 - substância: deve considerar sua forma de apresentação, acessibilidade e custo, seu modo de uso, suas características químicas, como o potencial para gerar dependência, e seus efeitos fisiológicos.
 - indivíduo: certamente o mais complexo dos três elementos, que pode ou não se tornar um dependente, de acordo com a relação que estabelece com a droga.
3. São diversos os fatores de risco para o poliuso de drogas psicotrópicas: aspectos sociais, econômicos e individuais que podem levar o paciente a uma sequência de uso de drogas psicotrópicas e até ao poliuso. A evolução para o poliuso na adolescência está associada, entre outros fatores, a dificuldades sociais e pouca continência familiar.
 4. Diante de um paciente que faz uso de substâncias, é importante a caracterização detalhada do consumo, questionando, para todas as drogas consumidas: • as motivações do uso; • a quantidade utilizada; • o padrão de uso; • os aspectos circunstanciais do uso; • os efeitos obtidos; • o sentimento pós-uso.
 5. Entre os diversos padrões de consumo possíveis, temos: • uso experimental: o uso se dá uma ou poucas vezes ao longo da vida, sem que se estabeleça uma frequência de consumo; • uso recreacional ou ocasional: há um consumo frequente da substância, porém sem que se possa estabelecer qualquer tipo de prejuízo decorrente; • uso nocivo ou abusivo: o paciente apresenta algum prejuízo concreto de sua saúde física ou mental ou se expõe a riscos, em decorrência de seu uso; • dependência: os critérios propostos pelo DSM-IV-TR, citados na introdução, devem ser preenchidos.
 6. Além disso, deve ser feita uma pesquisa ativa acerca da presença de comorbidades psiquiátricas, já que estão presentes em até 80% dos alcoolistas e em até 70% dos dependentes de substâncias ilícitas. Depressão e transtornos ansiosos são as comorbidades de eixo I mais comumente encontradas. Não existe consenso na literatura quanto ao potencial que as substâncias apresentam para desencadear



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

quadros psiquiátricos mais graves, como transtornos do espectro bipolar e psicóticos, que também são encontrados em associação ao abuso de substância. Comorbidades com eixo II também são frequentes, especialmente com os transtornos que incluem a impulsividade como traço-chave, como os transtornos de personalidade do cluster B. A importância dessa avaliação psiquiátrica detalhada reside no fato de a presença de comorbidades influenciar diretamente o curso clínico, o prognóstico e o planejamento terapêutico do quadro. O exame do estado mental deve sempre ser feito com o paciente fora do estado de intoxicação.

7. Deve ser realizada, ainda, criteriosa avaliação clínica, com exame físico cuidadoso e avaliação com exames complementares completa, com ênfase na avaliação da função renal e hepática, assim como na presença de infecções, tais como hepatites B ou C, além do HIV. O ECG também é fundamental, uma vez que diversas substâncias, como os estimulantes, podem interferir com a perfusão e a eletrofisiologia cardíacas. Essa avaliação torna-se ainda mais imperiosa quando se considera que muitos pacientes usuários de substâncias vivem em situação marginal e sem acesso aos serviços de saúde, sendo o psiquiatra, muitas vezes, seu único contato com um profissional da área da saúde.

DO TRATAMENTO

1. Em relação aos princípios gerais do tratamento, deve ser considerado inicialmente:
 - Avaliação psiquiátrica completa = Anamnese detalhada sobre o padrão de consumo atual e passado, bem como seus efeitos no funcionamento “biopsicossocial”. ° Avaliação médica e psiquiátrica global (anamnese e exame físico/psíquico). ° História de tratamentos psiquiátricos prévios e seus resultados. ° Avaliação das condições familiares e sócias. ° Testes laboratoriais para avaliar condições concomitantes comuns com dependências (por exemplo, avaliação da função hepática em etilistas). ° Com a permissão do paciente, contato com terceiros para informações adicionais.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

- Manejo psiquiátrico = Motivação para abstinência. ° Manejar os episódios de intoxicação e abstinência. ° Promover psicoeducação e facilitar a aderência ao tratamento. ° Diagnosticar e tratar comorbidades. ° Avaliar necessidade e disponibilidade de tratamentos específicos. ° Avaliar a segurança e o setting terapêutico adequado: local de tratamento o menos restritivo possível, que seja seguro e efetivo para o caso.
- 2. No campo das intervenções medicamentosas para dependentes químicos, novos medicamentos têm sido propostos para ajudar as pessoas que queiram modificar seu comportamento em relação ao uso de algumas drogas. A maioria deles se constituem de antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos e demais medicamentos utilizados na Saúde Mental de forma geral. A psicoterapia e outras formas de terapia podem exercer efeito coadjuvante benéfico.
- 3. A internação psiquiátrica voluntária ou involuntária somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível.
- 4. É importante que haja uma combinação adequada entre o tipo de ambiente, intervenções e serviços para cada problema e necessidade de cada pessoa. As ações de reinserção social, por meio de atividades de reabilitação e acompanhadas por equipe multidisciplinar é de fundamental importância à recuperação do indivíduo.
- 5. **Considerar hospitalização se:** overdose ou durante intoxicação grave; risco grave para desenvolvimento de síndromes de abstinência com delirium (por exemplo, Delirium Tremens); comorbidades com transtornos psiquiátricos graves (por exemplo, depressão com planejamento suicida, psicose aguda); o uso traduz grave risco ao paciente ou a terceiros; falha do tratamento ambulatorial.
- 6. Casas de apoio, comunidades terapêuticas: pacientes que não têm indicação para hospitalização, porém apresentam rede de suporte social falha ou envolvida no contexto das drogas.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

7. Hospitais-dias, internações “parciais”: usados na transição entre internação e tratamento ambulatorial; falha no tratamento ambulatorial; comorbidades psiquiátricas graves.
8. Tratamento ambulatorial: quando não há indicações clínicas ou sociais para níveis mais intensivos de tratamento. Envolve uma abordagem abrangente, com intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas.
9. Nos últimos 30 anos houve um progresso significativo na validação das técnicas psicoterapêuticas para o tratamento da dependência de substâncias. Contudo, por questões metodológicas, o foco predominante foram as terapias com orientação teórica voltada às técnicas cognitivo-comportamentais. Nesse contexto, destacam-se: • manejo de contingências: incentivos ou recompensas que encorajam metas comportamentais específicas; • prevenção de recaídas: identificação e intervenção em situações de risco para uso; incentivo às situações e comportamentos alternativos ao uso.
10. A redução de danos é uma estratégia de tratamento da dependência química que pode ser definida como um olhar pragmático para a redução dos prejuízos associados ao consumo de substâncias. Seu espectro de ação vai desde a abordagem do dependente que não deseja reduzir seu consumo (ao qual se pode oferecer um uso com menos riscos associados), passando pelas estratégias para lidar com a redução do consumo, até chegar às formas de lidar com a abstinência. Ao longo de todo esse processo, o foco é a autonomia do paciente, que deve ser buscada, respeitada e ampliada, garantindo, assim, o pleno exercício de sua liberdade individual.
11. Trata-se de um modelo de intervenção comprometido com a redução dos prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, e pautado no respeito ao indivíduo. É uma abordagem que tem se mostrado muito eficaz nesses propósitos, uma vez que são estabelecidas metas factíveis, com a participação ativa dos pacientes e de toda a equipe envolvida em seu manejo. Constrói-se, assim, um vínculo de confiança e respeito, no qual é valorizada a autonomia do paciente que se coloca à disposição da equipe de profissionais de saúde. É importante ressaltar que, dentro dessa proposta, o plano terapêutico deve ser permanentemente reavaliado e os objetivos estabelecidos



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

devem ser constantemente revistos, respeitando-se sempre a possibilidade de transformação do paciente a cada momento, minimizando, dessa forma, a sua frustração, aspecto a um só tempo frequente e prejudicial na clínica da dependência. Nesse caso, o paciente pode desfrutar de autonomia e liberdade para se autodeterminar e desempenhar seus papéis sociais de forma mais adaptada .

12. O roteiro terapêutico demonstrado a seguir tem como característica principal o enfoque multidisciplinar e a política de redução de danos:

- Passo 1 – O acolhimento: Primeiro contato com o paciente ° Acolher a angústia no “aqui-e-agora” ° A abstinência não precisa ser condição para o início do tratamento ° Entender demandas e possibilidade;

- Passo 2 – Avaliação médica: Avaliação clínica ° Avaliação psiquiátrica ° Acompanhamento psiquiátrico;

- Passo 3 – Abordagens psicossociais: Modalidades de abordagens psicodinâmicas: ° Terapia individual ° Terapia de grupo ° Terapia familiar ° Terapia ocupacional ° Oficinas terapêuticas.

DO PLEITO

1. **Internação involuntária.**

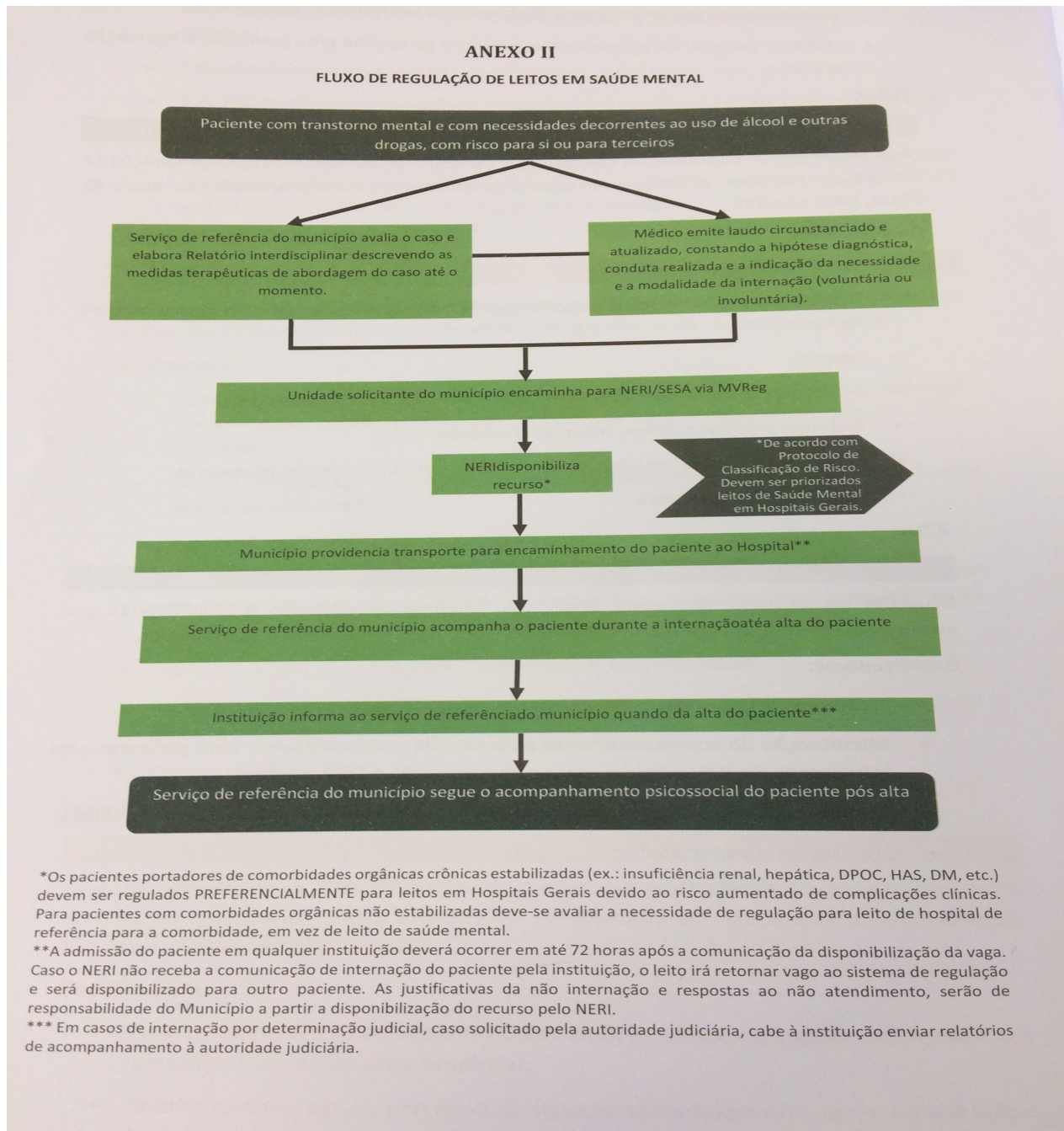
III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. No presente caso, o Requete, recluso no CDPM (Centro de Detenção Provisória de Marataízes), apresenta dependência química de múltiplas drogas. Não estabelece crítica satisfatória para coibir tal vício. Necessita de internação.

2. O fluxo estadual existente para internação em saúde mental, que faz parte da Rede de Atenção Psicossocial, deve ser seguido, conforme fluxograma a seguir:



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT



3. No presente caso, existe apenas 01 laudo médico psiquiátrico, de 2018, informando que o paciente é recluso e apresenta dependência química de múltiplas drogas. Não estabelece crítica satisfatória para coibir tal vício. Necessita de internamento com urgência com custeio do poder público. Além do laudo ser antigo, não informo se o Autor fez ou faz acompanhamento ambulatorial e se o pleito foi solicitado administrativamente.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

4. Enfatizamos que o fluxo estadual existente para internação em saúde mental, que faz parte da Rede de Atenção Psicossocial, deve ser seguido e a **internação está indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes ou em outras situações como: em caso de overdose ou durante intoxicação grave; risco grave para desenvolvimento de síndromes de abstinência com delirium (por exemplo, Delirium Tremens); comorbidades com transtornos psiquiátricos graves (por exemplo, depressão com planejamento suicida, psicose aguda); o uso traduz grave risco ao paciente ou a terceiros; falha do tratamento ambulatorial.**
5. Neste contexto e diante das informações acima, este Núcleo entende que **está indicado por ora que o paciente em tela seja avaliado e acompanhado por uma equipe multiprofissional do CAPS, ou Equipe Multidisciplinar de Saúde Mental do Município, incluindo consultas com médico psiquiatra, para tratamento especializado e orientações, incluindo a importância do engajamento familiar.**
6. **Caso posteriormente haja necessidade de internação, faz-se necessário a elaboração de Relatório multidisciplinar descrevendo as medidas terapêuticas de abordagem do caso até o momento, além de Laudo Médico circunstanciado atualizado, constando a hipótese diagnóstica, condutas realizadas e a indicação da necessidade e a modalidade da internação (voluntária ou involuntária).** Diante destes documentos, a Unidade solicitante do Município envia a solicitação de internação para o NERI/SESA via MVReg. Assim que o NERI disponibilizar o recurso (de acordo com Protocolo de Classificação de Risco devem ser priorizados leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais), o Município providencia transporte para encaminhamento do paciente ao Hospital. O Serviço de referência do Município acompanha o paciente durante a internação até a alta e realiza o acompanhamento psicossocial do paciente após alta.





Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

REFERÊNCIAS

Fidalgo T. M et al, Fundamentação Teórica: Abordagem da dependência química, disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Vila_Santo_Antonio/Complexo_12_Vila_Abordagem_dependencia.pdf

PEROBELLI, A. O. et al. Diretrizes Clínicas em Saúde Mental. Rede de Atenção Psicossocial. Secretaria de Estado da Saúde do ES. SSAROAS. 2018.

ABDALLA, E.F. Internação Involuntária em Psiquiatria. Boletim Científico -Edição 10. Associação Brasileira de Psiquiatria. 2005-2006. Disponível em http://www.abpbrasil.org.br/boletim/exibBoletim/?bol_id=10&boltex_id=40.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10216 de 04 de junho de 2011. Brasília 06 de abril de 2001. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei10216.pdf>.

Ministério da Saúde: “Reforma Psiquiátrica e mental no Brasil” – Brasília, Nov/2005

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence: “Drug misuse: psychosocial interventions” “Nice Clinical Guidelines 51; issued July 2007; last updated: 2012 13.

Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde/Brasil: Nota Técnica da OPAS/OMS no Brasil sobre a internação involuntária e compulsória de pessoas que usam drogas 08 de março de 2013, disponível em: <http://www.paho.orghttp://>

World Health Organization: “Principles of Drug Dependence Treatment”. Discussion paper, March/2008, disponível em http://www.who.int/substance_abuse/publications.