

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

LINCCON FRICKS HERNANDES

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: CENÁRIO POLÍTICO E VIDA EM CENA

**VITÓRIA
2016**

LINCCON FRICKS HERNANDES

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: CENÁRIO POLÍTICO E VIDA EM CENA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Raquel Lopes de Matos Gentili

VITÓRIA

2016

Dados internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

Hernandes, Lincon Fricks.
-557|Internação compulsória: cenário político e vida em cena. / Lincon
Fricks Hernandez. - 2016.
114f.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Raquel Lopes de Matos Gentili

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local –
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória, EMESCAM, 2016.

1. Internação compulsória. 2. Drogadição. 3. Clínica. 4.
Políticas públicas. I. Gentili, Raquel Lopes de Matos. II. Escola
Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM. III. Título.

CDU: 342.7:615.099

DEDICATÓRIA

Às vidas que permitiram aqui escrever um pouco de suas histórias...

Fé, o firme fundamento das coisas que não se veem, mas se esperam. (Hebreus 11;1).

Essa palavra define bem este trabalho, um sentimento que me leva a acreditar em outras possibilidades para além/aquém daquelas instituídas a respeito do pensar e intervir sobre a questão das drogas em nossos dias.

AGRADECIMENTOS

É difícil usar as palavras quando essas não conseguem descrever o que se sente. Mesmo assim, elas descem sobre as teclas desse notebook cansado, já com tela quebrada, mas com o qual se pode digitar e transcrever, tantas coisas, versos, músicas, histórias que não dizem respeito só a mim, não, mas também a outros que me inspiraram a escrever.

Primeiramente, começo agradecendo ao autor da minha fé, o Deus em quem eu confio, e que nesse tempo de mestrado me permitiu viver coisas tão lindas e conhecer amigos maravilhosos.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional. Mesmo à distância, se fizeram presentes, sempre me incentivando a estudar, provendo meios para isso. À minha mãe, essa mulher tão guerreira, simples e valente, que sempre pôs sua família em primeiro lugar, pelas madrugadas frias nas quais se levantou e ainda se levanta para trabalhar. Ao meu pai, pelos bons exemplos e amizade. Ao meu irmão Christian, que tanto me alegra a vida com seu sorriso, canta e toca seu violão, sua simplicidade, companheirismo, amizade... Ao meu avô Nilton e minha avó Enês, meus tesouros. Ao meu amigo irmão mais velho, Leandro Bonato.

À minha orientadora, Dr^a. Raquel de Matos Lopes Gentilli, por apostar comigo nesta pesquisa e não cortar minhas asas, mas me dar direções para onde voar. Aqui registro meu respeito, carinho, amizade, admiração e meus mais sinceros agradecimentos, por ter me adotado em seu coração.

Ao professor Dr. Luiz Henrique Borges, por fazer parte da minha história nesse mestrado, e contribuir para este trabalho, antes mesmo de sua qualificação ou defesa, com suas aulas, palavras, atitudes tão nobres, que mostram o quanto a humildade engrandece o profissional que ele é.

Ao Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo, por todos os bons encontros, por me acolher e me permitir fazer parte dessa família, que é o grupo de estudos Rizomas do Programa de Saúde Coletiva, por me incentivar a prosseguir nesta pesquisa e produzir escutas políticas atentas aos ditos e não ditos.

Ao professor Dr. César Albenes, por todo companheirismo, aos demais professores do Programa de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, em especial à Dr^a. Ângela Caulty e ao Dr. Silvia Moreira Trugilho, por todo carinho, paciência e suas contribuições para a

construção deste projeto de pesquisa. À professora Dr^a. Maristela Dalbello, pelas poucas palavras que fizeram tanto sentido, reverberando potência para este trabalho. À professora Dr^a. Marluce Siqueira, por me acolher no CPAD. Também a Yara Mussiello, amiga de todos os mestrados. Aos companheiros de mestrado, pelas caronas (Leu, Xandão), por me socorrem na doença (Saulo e Fabiano), e a todos os demais...

A Jandeson Mendes Coqueiro (Jande), que foi ilha em mar aberto, amigo presente em todos os momentos. A Priscila Vescovi (Pri), meu oásis no deserto, que me trouxe força que eu já não tinha mais. A Lucas Mendonça (Mend), meu cais onde pude ancorar todas as vezes em que o mar se fez bravio. Também a Lucas Scaramussa (Musa), Leandro Oliveira (Leo-leu), risadas que serão eternizadas em meu coração.

Aos sujeitos que aceitaram participar desta pesquisa e narrar suas histórias que compõem esta dissertação. À FAPES, por me proporcionar a bolsa de estudos para custear o mestrado.

RESUMO

O uso abusivo de substâncias psicoativas na atualidade se configura como uma questão de saúde pública, na qual somos convocados a pensar em alternativas clínicas possíveis. Em sintonia com as políticas sociais de proteção social e as recomendações normativas e legais, devem ser viabilizados tratamentos, por meio de práticas éticas de intervenção, que assegurem a dignidade humana das pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Contudo, a questão tem sido frequentemente abordada mais como uma demanda de segurança pública, a partir da qual, práticas policiais - de cunho repressor, eugenista e higienista - têm sido utilizadas, em detrimento dos direitos humanos, o que torna cada vez mais frequentes as medidas de internação compulsória. A aludida pesquisa se propõe a conhecer como se dão os processos de subjetividades desses jovens em internação compulsória, e estudar como atua esse o processo de internação, a partir dos dispositivos legais e das determinações judiciais que incidem sobre essas vidas. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que utilizou para coleta de dados a modalidade de entrevista despadronizada, com sete jovens adultos, residentes numa Comunidade Terapêutica, que aceitaram participar da pesquisa. Observou-se, pelo relato dos entrevistados, que a distância entre o preceito legal e as práticas profissionais realizadas expressam, além de duvidosa eficácia, o descarte dos serviços substitutivos e tratamentos alternativos, como redução de danos, que são desconhecidos dos participantes do estudo. Conclui-se, neste estudo, que as medidas de internação compulsória se configuram num retrocesso, em relação à Lei 10.216/01, pois limita o tratamento à abstinência do uso de drogas, reproduzindo as desigualdades sociais e o modelo asilar, que há anos busca-se combater.

Palavras-chave: Internação Compulsória, Drogadição, Clínica, Políticas Públicas, Subjetividade

ABSTRACT

Nowadays, the psychoactive substances abuse is presented as a public health question, and we must think about possible clinic alternatives. In line with social protection policies and regulatory and legal recommendations, it's mandatory to enable treatments by ethical intervention practices which are able to ensure human dignity of people who consume alcoholic beverages and other drugs abusively. However, this question has frequently been considered as a public security demand that has encouraged police repressive, eugenic and hygienist practices over Human Rights, encouraging more and more compulsory hospitalization measures. This research proposes to know how the subjectivity processes of these young people in compulsory hospitalization happens and it also proposes studying the action of this hospitalization process, according to legal provisions and judicial determinations that focus on these lives. This is a qualitative approach research that grasped the non-standardized interview as a way to collect data. Interviews were conducted with seven young adults were living in a Therapeutic Community and accepted participating in the research. It was observed, by interviewed reports, there is a discrepancy between legal provisions and professional practices that expresses – in addition to dubious effectiveness – a disposal of substitute services and alternative treatments, like Harm Reduction. The interviewed people don't know these services. This research concludes compulsory hospitalization measures are throwback, according to Law 10.216/01, because they consider treatment just like a drug consumption abstinence, reproducing social inequalities and the asylum model that has been fought for years.

Keywords: Compulsory Hospitalization, Drug Addiction, Clinic, Public Policies, Subjectivity

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. SUBJETIVIDADE EM INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA	18
3. A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: UM DISPOSITIVO DE CONTROLE DA VIDA?	23
4. AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E SEUS DESCAMINHOS NA REALIDADE CONCRETA	50
5. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E A BIOPOLÍTICA: CRUZAMENTOS POSSÍVEIS	59
6. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA, ENTRE POLÍTICAS E CLÍNICAS POSSÍVEIS	65
7. CONTRADIÇÕES DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: O PREVISTO E O VIVIDO PELOS USUÁRIOS DE DROGAS	74
8. SUBJETIVIDADES EM DESCOMPASSO: O IMPERATIVO DE UMA SUBJETIVIDADE IMPOSTA	82
9. REBATIMENTOS DAS DESIGUALDADES NA APLICAÇÃO DA LEI	85
10. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA COMO PUNIÇÃO-HUMANIZADA: UM MODO CONTEMPORÂNEO DE ENCARCERAR	88
11. DROGAS: O ESTIGMA QUE FICA	92
12. VIABILIZAR A ESCUTA É PRECISO: POR UMA CLÍNICA QUE PERMITA A VIDA	95
13. UMA CONVERSA QUE NÃO SE ENCERRA AQUI	98
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICES	108
APENDICE A	109
APENDICE B	110
APENDICE C	111
APENDICE D	112
ANEXO	113
ANEXO- CARTA DE ANUÊNCIA	114

1 INTRODUÇÃO

Estamos aqui por um fio, apostamos numa via, numa vida que é tramada para além/aquém desse fio. Sabemos que por vezes é frágil. Um fio. Entre discursos normativos e subversão de uma ordem vigente, o pesquisador acanhado, munido de povos/gentes, implica-se, quer subverter uma determinada ordem que rege a existência no contemporâneo. Mas não só. Nunca.

Quase podemos sentir os pés descalços lançados para um lado impositivo. Lembramo-nos, nestes momentos, para que viemos. E assim, compomos um arranjo musical, uma dança, um balanço que não se pretende final, mas balizador, meio. Entre. No entre, o trabalho escorre. Faz-se.

Esta pesquisa implica-se em conhecer como se dão os processos de subjetividades de jovens em internação compulsória, e estudar como se atualiza o processo de internação, a partir dos dispositivos legais e das determinações judiciais que incidem sobre essas vidas. A escolha do termo jovem se deu pelo fato de a nomenclatura adolescente se referir a uma construção sociocultural que se encontra ligada às teorias cognitivas do desenvolvimento humano, propostas que conosco não conversam.

Nossa pesquisa se alia ao pensamento de Bocco (2010), em que forjar reflexão sobre os termos juventude/jovem possibilita que as forças ganhem mais que as formas. Nesse sentido, busca-se romper com os modos instituídos de se pensar juventude, principalmente no que se diz respeito à juventude pobre, cuja associação com periculosidade endossa uma caricatura classista de sujeitos potencialmente perigosos.

Frequentemente, associa-se o cometimento de atos infracionais, por jovens, ao uso de substâncias psicoativas. Sabemos que essas substâncias podem sim potencializar a realização desses atos, no entanto, as questões relacionadas à produção desses corpos e seus modos de subjetivação, ou seja, todo atravessamento social, cultural e histórico que perpassa as vidas no contemporâneo, não ganham visibilidade: permanecem despercebidas.

Em meio a todas as biotecnologias contemporâneas, tecem-se modos de sentir, perceber, existir, portar-se, etc. Estes são chamados modos de subjetivação. O positivismo, como fundamento social, e o liberalismo, como fundamento filosófico, operam num engendramento de forças que positivam a configuração de um sujeito individualizado. Nessa configuração,

“O indivíduo é serializado, registrado, modelado. Freud foi o primeiro a mostrar até que ponto é precária essa noção de ego. A subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo” (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 40).

O lucro capitalista é, fundamentalmente, produção de poder subjetivo. Isso não implica uma visão idealista da realidade social: a subjetividade não se situa no campo individual, seu campo é o de todos os processos de produção social e material. O que se poderia dizer, em conformidade com Guattari e Rolnik, usando a linguagem da informática, é que, evidentemente, o indivíduo sempre existe, mas apenas enquanto terminal; esse terminal individual se encontra na posição de consumidor de subjetividade. Ele consome sistemas de representação, de sensibilidade, etc., os quais não têm nada a ver com categorias naturais universais (2005).

Acionar uma analítica dos discursos e processos que movimentam e contornam as vidas dos jovens submetidos à internação compulsória, entender como as políticas de subjetivação incidem no entre das organizações que abarcam esses corpos através de representações curativistas, impulsiona o também jovem, que aqui escreve, à elaboração desta pesquisa.

A mobilização, frente às verdades absolutas acerca da vida, talhadas pelas ciências régias – o que inclui a psicologia –, ferveu nessa vida que rasura algumas folhas inquietações e vicissitudes que dispararam um mal-estar. Tomado por este, não havia mais como resignar-se. Transvalorar o que está previamente instituído fez-se/faz-se necessário. Afirmar uma vida (em expansão) também é dar passagem ao que passa nesse corpo, nessas linhas.

Para isso, adentrar no campo das políticas públicas foi uma alternativa que se fez possível para pensar esses sistemas que normatizam uma determinada (determinista) concepção de sujeitos menos humanizados que outros, os quais não possuem voz dentro dos espaços de saber acadêmicos ou científicos, espaços esses que produzem verdades e decisões referentes às suas vidas. Nas palavras de Caponi, em diálogo ao pensamento de Foucault e Agamben, “vida nua, essa vida que as estratégias de biopoder consideram como não sendo digna de ser vivida” (CAPONI, 531, 2009).

Foucault bem soube desenhar as passagens entre distintos retratos socioculturais, quando ressignificou questões oportunas, a fim de pensar a produção desses sujeitos mais ou menos humanizados, ou melhor, sujeitos que merecem mais ou menos a condição de existência humana. Com postura genealógica, elaborou conceitos que serão funcionais em todo o

decorrer desta pesquisa. Em *Vigiar e Punir* (1999), o aludido autor nos conecta a uma produção de vida pautada no biopoder, nos convocando a entender os direcionamentos do poder, bem como a forma como um certo regime de economia dos castigos e punições endossavam a caricatura sociopolítica moderna que ganhava força e vigor: a burguesia.

Dentre tantas modificações observadas nesse período, atento-me a uma: o desaparecimento dos suplícios. Hoje, existe a tendência em desconsiderá-lo. Talvez, em seu tempo, tal desaparecimento tenha sido visto com muita superficialidade ou com exagerada ênfase, como “humanização” que autoriza a não analisá-lo.

Com o deslocamento do paradigma, que outrora estava centrado em uma figura soberana que positivava a morte, para um Estado que positiva a vida (que pode ser vivida), novas políticas de gestão dessa vida se tornam evidenciadas e reconhecidas.

O regime de punição, que na soberania se dava por meio da exposição absurda dos corpos violentados, como medida de castigo e retenção do poder à figura do soberano, passa, com a modernidade, a expressar sutilmente a gestão do poder sobre/entre os corpos e as vidas. A demonstração pública, hiperbólica e espetaculosa, veste outros sentidos com a ascensão do biopoder. Quase sem tocar o corpo, a guilhotina suprime a vida, tal como a prisão suprime a liberdade, ou uma multa tira os bens. Ela aplica a lei não tanto a um corpo real e susceptível à dor, quanto a um sujeito jurídico, detentor, dentre outros direitos, do existir. Ela devia ter a abstração da própria lei. (FOUCAULT, p.17, 1999).

Foucault (1999) relata que, ainda no século XIX, houve uma mudança no exercício dos direitos de soberania, regido agora sobre um poder de "fazer" viver e de "deixar" morrer. Como advento do capitalismo, era necessário investir sobre os corpos, de maneira que esses viessem a acompanhar o sistema de produção capitalista. Desse modo, fez-se necessário regulamentar a vida, cristalizar os modos de ser e estar no mundo, com a administração das produções subjetivas como matéria-prima do capital.

Segundo Foucault (2002), com essa mudança, o poder deixa de ser exercido através da “força”, mas assume uma nova roupagem: o inimigo do soberano agora se torna inimigo da norma, sujeitos que precisam de correção e direcionamento.

Nesse sentido, Foucault (2002) afirma a disciplina como uma tecnologia de poder que se constrói sobre o corpo de cada indivíduo; um poder que se investe sobre o homem enquanto

corpo, homem-sujeito. E são as instituições de sequestro que, ao fixarem o sujeito-corpo em um aparelho de normatização, transformam os homens em corpos maleáveis e moldáveis, os quais Foucault irá denominar “corpos dóceis”. E o poder disciplinar torna esses corpos úteis, quando intervém sobre eles.

Acreditamos, ainda, ser a internação compulsória uma tecnologia localizada entre os dispositivos de biopoder, na medida em que integra mecanismos e estratégias políticas destinadas ao disciplinamento do corpo, à regulamentação da vida humana. Tal medida se faz semelhante aos episódios de um passado não muito distante, em que as práticas de internação visavam à retirada da sociedade daqueles que, de algum modo, eram vistos como um perigo e um risco à ordem social. O que dizer dos grandes leprosários e, posteriormente, dos grandes manicômios? Pensamos que a efetivação da internação compulsória representaria um retrocesso à reforma psiquiátrica e uma desconsideração às lutas, travadas outrora, contra o modelo asilar de tratamento.

Em tempos contemporâneos, o modelo asilar assume outra faceta, munido pelo discurso de cuidado, para assim dar continuidade à ideologia do encarceramento, tendo como um dos alvos da vez os corpos viciados. Os ditos espaços especializados no tratamento da dependência química fazem uso de posturas similares às posturas encontradas no modelo asilar, que funcionam pela lógica da exclusão social, da gestão da vida, dos regimes políticos.

Considerando todos esses tensionamentos políticos discutidos e vivenciados, no que tange o exercício de minha profissão e formação acadêmica, a drogadição se constitui tal qual um fenômeno multifacetado e demasiado desafiador, considerando a tentativa das ciências em mensurar essa questão – que entendemos como além/aquém de quaisquer mensurações quantitativas –, deslocando os afetos para um segundo plano, aplicando a ela métodos que não conversam com a realidade desses sujeitos, abstraindo o contexto histórico, social e econômico em que estão inseridos.

Nossa aposta é entender que, ainda diante dessas estruturas de poder, é possível: produzir linhas de fuga; dar passagem às vicissitudes que tensionam a vida dos sujeitos implicados por estas condições; considerar não apenas aquele que está submetido compulsoriamente a esse sistema, sofre e/ou é responsável por esses jogos de força que constituem o poder no contemporâneo; aticar linhas micropolíticas; disparar outras velocidades nesses corpos, nessas vidas, é o que afirma esta intervenção, esta pesquisa.

Zourabichvili (2004), em seu *O Vocabulário de Deleuze*, nos ampara quanto ao entendimento das linhas de fuga. Para o filósofo, isso significa que a linha de fuga é sempre transversal, que, quando ligadas transversalmente, as coisas perdem sua fisionomia, deixando de ser pré-identificadas por esquemas prontos, e adquirindo a consistência de uma vida ou de uma obra, isto é, de uma “unidade não orgânica” (p.32).

Uma vida, uma obra. Uma existência em expansão. Linhas de fuga que nesses espaços provocam, fomentam outros rearranjos, outras configurações. Deixar escorrer uma clínica para além dos referenciais identitários. Estendê-la, fazê-la transbordar, ampliar a vida em sua dimensão ética/estética/política.

Para promover acolhimento às diferenças além/aquém dos contornos institucionalizados, é preciso romper com uma série de estigmas e olhares que são construídos sobre as substâncias psicoativas e seu consumo, estigmas esses fortemente disseminados pela mídia que, lançando mão de dispositivos tecnológicos que se estendem em meios de comunicação, cumprem um desserviço à produção de uma vida, fomentado por sua agregação aos dispositivos de poder, impulsionando as engrenagens midiáticas do sistema liberal.

Sobre esse aspecto, a internação compulsória se torna uma estratégia que se configura como instrumento sociopolítico na reprodução das desigualdades sociais, ao invés de um ethos de cuidado e tratamento no qual seja possível promover um “tipo de relação, de experiência, que gere também uma mudança na relação desses sujeitos com a vida e também com as drogas” (LANCETTI, 2008, p. 66).

Percebe-se uma concepção limitada e distorcida a respeito da internação compulsória. Essa perspectiva minimalista pode estar vulnerável a equívocos, uma vez que trabalha com uma alternativa única de solução para o problema, que consiste na marginalização, administração e apropriação das vidas das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas ilegais.

Tais questionamentos serão abordados ao longo desta pesquisa, cujo escopo é ultrapassar a concepção invariável, construída pela sociedade e fortalecida pela mídia, em torno da intervenção sobre esse público em questão, ao forjar, para o tratamento da dependência química, novas possibilidades de clínica ampliada, entendida como uma aposta que se faz na integração, articulação e reconhecimento de saberes para produzir uma atuação que não apenas alcance os usuários, mas envolva gestores e trabalhadores nesse processo de construção de saúde (BRASIL, 2009).

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa de campo que permite a observação dos fenômenos ocorridos em diferentes situações, como, por exemplo, nos grupos sociais. Há, então, a coleta (produção) de dados referentes a esses grupos. Por fim, é realizada a análise dos dados obtidos, tendo como base um arcabouço teórico que permite o alcance do objetivo de refletir e compreender a problemática pesquisada (CHIZZOTTI, 2008).

Para este estudo, foi adotada a abordagem qualitativa, a partir da qual a pesquisa assume caráter exploratório, em que os informantes pensam e apresentam suas ideias sobre determinado tema – como, por exemplo, os métodos de tratamento alternativos, no auxílio aos dependentes químicos. Essa é uma modalidade em que o pesquisador desenvolve conceitos e entendimentos a partir dos padrões que são encontrados nos dados coletados (LEITE, 2008).

Minayo (2011) considera que essa abordagem aplica-se ao estudo das relações, dos desenhos, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos. Sentem e pensam.

O estudo foi realizado em uma comunidade terapêutica para dependentes químicos, localizada no sul do estado do Espírito Santo, cuja meta é encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica e de reinserção social dos residentes. É uma clínica que tem sido referência no tratamento de dependência química. Além de receber internações voluntárias, também realiza internações compulsórias, que atualmente ocupam o maior número de leitos da instituição. O cenário é propício à realização da pesquisa, pelo fato de ser um ambiente que recebe internações de todo estado do Espírito Santo, possibilitando, assim, material produzido por residentes de diferentes localidades. A pesquisa será realizada com os residentes que estão em tratamento nesse estabelecimento por internação compulsória, através de determinações judiciais.

As delimitações amostrais sempre vão depender dos objetivos propostos por cada estudo. Nesse sentido, nosso intuito consiste em estudar algo que é imensurável, pois a abordagem qualitativa nos fornece um método mais aprofundado, desse modo, não busca trabalhar com percentual estatístico. Especificamente, para esta pesquisa, foi utilizada uma amostra de sete sujeitos, conforme o critério de saturação de dados obtidos a partir do período destinado à coleta.

De acordo com Denzin e Lincoln (2006), o encerramento amostral pelo método de saturação é operacionalmente acentuado como a cessação de inserção de novos participantes na pesquisa

a partir do momento em que os dados coletados incidem em apresentar certa redundância ou repetição. Com isso, deixa-se de ser relevante prosseguir com a coleta de dados.

Foi utilizado como instrumento na produção de material a entrevista despadronizada, que, segundo Leite (2008, p.102), é um diálogo feito “face a face”, de maneira que o entrevistado disponibiliza as informações verbalmente. Esse é um dos principais instrumentos utilizados em pesquisas nas ciências sociais. Trata-se de um dispositivo que não estabelece uma relação hierárquica entre o entrevistador e o entrevistado: estabelece-se uma interação, isto é, caso haja uma aceitação mútua, as informações surgirão de maneira autêntica.

Essa modalidade de entrevista nos possibilita observar aquilo que é dito e feito, como registro de reações, movimentos, etc. Por fim, proporciona maior flexibilidade, permitindo ao entrevistador repetir e esclarecer algumas dúvidas, elaborando-as de diferentes maneiras, imprimindo a ele total liberdade para direcionar a entrevista da forma que lhe parecer mais adequada (LEITE, 2008).

A escolha por essa modalidade de entrevista se deu em virtude de evitar que os contatos com os internos fossem compreendidos como um atendimento clínico (hegemônico) ou como uma avaliação, de modo que eles percebam esses momentos como um diálogo, e não como uma avaliação técnica, pois, devido à minha experiência profissional em atender nesses espaços, percebo que há uma prevalência da disciplina sobre estes corpos, a qual se institui por meio de tais procedimentos.

As entrevistas gravadas serão transcritas, impressas e lidas minuciosamente. Os dados serão analisados pelo método de análise de conteúdo proposto por Laurence Bardin (2006), que afirma que a análise de conteúdo é um método muito empírico, que geralmente depende do tipo de “fala” a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. A técnica de análise de conteúdo, adequada ao domínio e ao objetivo pretendidos, tem que ser reinventada a cada momento, exceto para usos simples e generalizados.

De acordo com Bardin (2006), a análise de conteúdo estabelece três etapas básicas para a realização da técnica, que precisam ser consideradas, sendo estas a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. A primeira etapa consiste na formulação de um plano de trabalho que carece ser conciso, tendo seus procedimentos bem determinados, contudo flexíveis. A segunda etapa baseia-se na execução das decisões tomadas outrora. Por

fim, na terceira etapa, o pesquisador, amparado nos resultados brutos, busca lapidá-los, ou seja, torná-los expressivos, significativos e válidos.

Esta pesquisa foi desenvolvida respeitando todos os trâmites éticos descritos na resolução 466/12 do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e suas complementares, que contêm as diretrizes e normas de uma pesquisa envolvendo seres humanos. O presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – CEP/EMESCAM. As informações coletadas serão mantidas em caráter confidencial, de acordo com o Termo de Responsabilidade de Utilização de Dados¹.

¹Apêndice D

2. SUBJETIVIDADE EM INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

O sujeito, segundo toda a tradição da filosofia e das ciências humanas, é algo que encontramos como *être-lá*, algo do domínio de uma suposta natureza humana. Proponho, ao contrário, a ideia de uma subjetividade de natureza industrial, maquínica, ou seja, essencialmente fabricada, modelada, recebida, consumida. (GUATTARI, ROLNIK, 2005, p. 33, grifo do autor).

O conceito de subjetividade, no contemporâneo, tem sido relacionado aos conceitos fundamentalistas, essencialistas de individualização, como se ambos fossem fenômenos unívocos. A partir, prioritariamente, do século XIX, as reverberações políticas, econômicas e sociais, resultantes das revoluções industriais, forjavam uma nova caricatura de poder, inaugurando a vigência de uma perspectiva filosófica antropocêntrica, positivista e liberal, para a qual um modelo de homem impera: o homem burguês. Nas palavras de Foucault, “ora, dessas transformações a burguesia tivera necessidade; e sobre elas fundamentara uma parte do crescimento econômico. A tolerância tornava-se então estímulo” (1997, p. 104).

Concomitante a todas essas movimentações, há um deslocamento de paradigma em que as ciências econômicas, jurídicas e médicas, imbricadas, legitimam um modo de vida representado intrinsecamente ao indivíduo. Tem-se a ideia de uma vida segmentarizada dos demais fenômenos sociais, políticos, econômicos, culturais etc., e essa segmentarização não apenas se legitima no âmbito das ideias, ela se estende aos espaços comuns à vida. Vive-se uma vida em que há a crença num corpo, independente dos acontecimentos que o atravessam e que, por sua vez, o forjam corpo como é. Nas palavras de Guattari e Rolnik, “Seria conveniente dissociar radicalmente os conceitos de indivíduo e subjetividade. Para mim, os indivíduos são o resultado de uma produção de massa. O indivíduo é serializado, registrado, modelado” (2005, p. 40, grifo do autor).

Em contrapartida, apesar da administração biopolítica de tal ideia, o que podemos perceber como uma incrível estratégia para a manutenção desse sistema capilar é que nada pode ser mais lucrativo do que a produção de subjetividade. “O lucro capitalista é, fundamentalmente, produção de poder subjetivo, e essa [...] subjetividade não se situa no campo individual, seu campo é o de todos processos de produção social e material” (GUATTARI, ROLNIK, 2005, p. 41).

O termo subjetividade tem sido utilizado para se fazer menção aos aspectos individuais referentes à existência de um “eu interior”, uma essência presente na construção da personalidade. Entretanto, esse pensamento diz respeito a uma compreensão de subjetividade

centralizada em um sujeito (MACHADO; MANSUR (2014)”. A subjetividade não é passível de totalização ou centralização no indivíduo” (GUATTARI, ROLNIK, 2005).

Mansur e Machado (2014) afirmam que a subjetividade acena “[...] à invenção de formas de existência; formas que se individualizam circunstancial e provisoriamente de múltiplas maneiras. São processos de construção da experiência. Assim, a subjetividade é histórica, não-natural (sic) e, portanto, mutável” (p. 189).

Cabe salientar que, ao trazer o conceito de história como implicador indispensável nos processos de subjetivação, versa-se acerca de uma história que se inscreve diferente do que se conhece nos termos comuns de um fazer historiográfico, “cujas práticas são fundadas em rasos registros de fatos históricos encontrados em arquivos, em versões geralmente conservadas e publicadas, uma vez consideradas interessantes às classes dominantes e ao Estado” (BAREMBLITT apud VESCOVI, 2015, p.26).

Esses textos historiográficos são apresentados como descrições “objetivas”, neutras e preferenciais, quando não exclusivas, [...] mais importante pelo que omite ou disfarça do que pelo que afirma.” (BAREMBLITT apud VESCOVI, 2015, p. 26).

Ao preluir esse debate sobre a concepção de subjetividade, Mansano (2009) afirma que a mesma não consiste em um produto final, muito menos em uma forma cristalizada, mas em uma produção contínua que se faz por meios dos encontros que vivenciamos junto ao outro, “[...] que pode ser compreendido como o outro social, mas também como a natureza, os acontecimentos, as invenções, enfim, aquilo que produz efeitos nos corpos e nas maneiras de viver” (MANSANO, 2009, p.111).

A subjetividade é um processo em que múltiplos componentes encontram-se envolvidos, interligados, forjada em meio a um contexto histórico, político, social e econômico. Isso faz com que o sujeito torne-se resultado aberto às mudanças, produto e produtor nesse processo, pois, “[...] ao mesmo tempo em que acolhe os componentes de subjetivação em circulação, também os emite, fazendo dessas trocas uma construção coletiva viva” (MANSANO, 2009, p. 111). Nesse sentido, entendem-se os processos subjetivos configurados entre formas de subjetividades e modos de subjetivação. A subjetividade, então, seria uma forma; a subjetivação, por sua vez, uma passagem, não existindo nenhuma contraposição entre ambas (MANSUR, MACHADO, 2015). “Subjetividade... aqui se refere não à identificação com o sujeito como categoria ontologicamente invariável, mas a modos de agir, a processos de

subjetivação modificáveis e plurais”. (CANDIOTTO apud MANSUR, MACHADO, 2015, p.189).

Ao entender o homem contemporâneo como processos de subjetivos forjados entre modos instituintes de subjetivação e formas de subjetividades, faz-se um diálogo sobre como esses diagramam, entre as mais diversas possibilidades, a vida. Nesse sentido, Machado (1999) adverte que

Para pensarmos essa problemática, propomos uma distinção entre modo de subjetivação – processos de subjetivação ou modos de subjetivação ou modos de existência – e formas-subjetividade enquanto aspectos presentes na constituição da subjetividade enquanto aspectos presentes na constituição da subjetividade. A subjetividade nos fala de territórios existenciais que podem tornar-se homéricos às formações possíveis, como mapas ou podem tornar-se abertos a outras formas de ser, como nas cartografias. Os modos de subjetivação referem-se a própria força das transformações, ao devir ao intempestivo, aos processos de dissolução das formas dadas e cristalizadas uma espécie de movimento “instituinte” que ao se instituir, ao configurar um território, assumiria uma dada forma subjetividade. Os modos de subjetivação também são históricos, contudo, têm para com a história uma relação de processualidade e por isso não cessam de engendrar outras formas (MACHADO, 1999, p 212).

Existe uma diferença básica entre os modos de subjetivação e as formas de subjetividade. Essa diferença é imprescindível para contornar os entendimentos sobre os corpos adoecidos que se encontram em cumprimento de medidas de internação compulsória. A partir de uma perspectiva de homem como produção de subjetividade que não se caracteriza como individualizada, perceber a produção de subjetividade que enreda, edifica a vida desses jovens internados compulsoriamente, urge pensar algumas questões: afinal, o que seriam as formas de subjetividade e os modos de subjetivação, e como tais conceitos auxiliariam a pensar essas vidas encarceradas?

Guattari e Rolnik (2005) nos alertam que o suprassumo do capitalismo é a produção de subjetividade. O homem seria, nessa perspectiva, um veículo consumidor de subjetividades que mantêm o sistema vigente através do consumo de subjetividades capitalísticas, ou seja, o homem, no contemporâneo, tem seus corpos registrados por políticas de subjetivação produzidas no contexto biopolítico e disciplinar apresentado nesta pesquisa.

Uma pessoa que se encontra encarcerada é inserida nesse espaço com as suas formas de subjetividade: um jeito de amar, de viver, de se relacionar, uma maneira, um jeito, uma prática, uma forma de existir. Em base, os modos de subjetivação estão ligados intrinsecamente às forças instituintes que produzem desterritorialização de certo território existencial, para então produzir um território existencial outro, isto é, uma nova forma de

subjetividade. Assim, o modo de subjetivação seria o devir, a passagem e a produção de novos territórios existenciais ou novas formas de subjetividade. Nesse sentido, tanto as “práticas jurídicas quanto as judiciárias são as mais importantes na determinação de subjetividades. [...] Tais práticas, submissas ao Estado, passam a interferir e a determinar as relações humanas e, conseqüentemente, determinam a subjetividade dos indivíduos” (FOUCAULT apud FRANÇA, 2004, p. 76).

As pessoas em cumprimento de internação compulsória estão restritas às biotecnologias, pelos exercícios de poder que arranjam a manutenção das chamadas instituições de sequestro. Forjar modos de subjetivação em cárcere, tendo em vista a absurda redução das possibilidades de criar linhas de fuga à invenção de uma vida, é veementemente mais oneroso. Com os corpos cerceados em instituições de sequestro, em que as formas de subjetividade são talhadas sob o amparo do poder que impera na manutenção desses espaços, resignando, assim, o território existencial dessas vidas em formas de subjetividade enrijecidas, cristalizadas, mortificadas.

Como dar passagem aos modos outros nesses espaços de fragilização?

Sem conseguir dar passagem aos devires, pelo fato de o sujeito estar imerso a um regime de manutenção do corpo, manutenção da vida, as formas de subjetividade desse sujeito, que já se encontram esgarçadas, e a possibilidade de ele produzir movimentos instituintes às maneiras outras de existir, são deveras constrangidas. Até que ponto, nessa esteira, tais vidas vieram adoecidas ao cumprimento da internação compulsória? Até que ponto elas adoeceram, pelos mecanismos de sequestro imbricados à instituição?

Essas questões se apontam no decorrer do texto, à medida que o pensamento é acionado. Diante dos encontros com os jovens encarcerados, com escuta ativa e olhos sensíveis, deparamo-nos com formas de subjetividades cansadas: corpos que sustentam uma identidade para fixarem-se ao regime de poder. Pode-se dizer que há uma abstração dos modos de subjetivação possíveis para uma subjetividade individuada, em que o processo de singularização do sujeito é impedido, em detrimento de uma identidade alçada através das subjetividades capitalísticas, que carecem segmentarizar o homem para fazer valer um sistema de poder, em que alguns podem ser deixados para morrer e outros não. Elementos significativos legitimam esse arquétipo, tais como raça, classe social, idade, gênero, entre outros. Na esteira desse pensamento, Rolnik (2005) endossa:

O indivíduo, a meu ver, está na encruzilhada de múltiplos componentes de subjetividade. Entre esses componentes alguns são inconscientes. Outros são mais do domínio do corpo, território no qual nos sentimos bem. Outros são mais do domínio daquilo que os sociólogos americanos chamam de “grupos primários” (o clã, o bando, a turma). Outros ainda são do domínio da produção de poder: situam-se em relação à lei, a polícia e às instâncias do gênero. Minha hipótese é que existe ainda uma subjetividade mais ampla; é o que chamo de subjetividade capitalística. (GUATTARI, ROLNIK, 2005, p.43).

As políticas que incidem sobre a vida produzem formas de subjetividades. “[...] Há uma proliferação de tecnologias políticas que vão investir a todo espaço-tempo da existência, redundando em diferenciadas políticas de subjetivação” (LAVRADOR, MACHADO, p. 128). O alvo de tais tecnologias visa capturar as diferentes formas de subjetividade que se constituem como ameaças para o sistema capitalista, que necessita [...] “fazer a gestão da vida dos coletivos para sugar suas forças vivas, alimentando o capital” (MEHRY, 2012, p. 12).

3. A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: UM DISPOSITIVO DE CONTROLE DA VIDA?

A lei 10.216/01, abordada como dispositivo legal que incide sobre a vida desses jovens internados compulsoriamente, produz formas de subjetividades e captura modos de subjetivação. A referida Lei é oriunda de uma trajetória militante, movimentos sociais, forças instituintes implicadas em romper com o modelo asilar e forjar uma política pública de saúde mental voltada também para o atendimento às pessoas que fazem uso abusivo de substâncias lícitas ou ilícitas. Nas palavras de Foucault (1979), um dispositivo define-se como:

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos (p. 244).

Retomar as bases históricas da internação compulsória se faz necessário para analisar tais dispositivos legais, presentes no contemporâneo, que foram se atualizando com as medidas desse tipo de internação, que capturam e visam produzir formas de subjetividades. Essa modalidade de internação, como advento da modernidade, faz uso de outros discursos, que sustentam a ideologia do encarceramento, em prol de um cuidado, reproduzindo, assim, meios de encarceramento da vida, presentes no modelo asilar, que se perpetua até os dias atuais, assumindo novas roupagens.

Foucault, em *A Ordem do Discurso*, afirma que os discursos produzem verdades.

Essas produções de verdade não podem ser dissociadas do poder e dos mecanismos de poder, ao mesmo tempo porque estes mecanismos de poder tornam possíveis, induzem essas produções de verdades, e porque essas produções de verdade têm, elas próprias, efeitos de poder que nos unem, nos atam. (FOUCAULT, 2006, p. 229).

Ao longo da história, a internação compulsória sempre foi utilizada como um dispositivo legal de controle da vida e na reestruturação de espaços urbanos, ao retirar da sociedade aqueles classificados como sujeitos potencialmente perigosos, cuja presença era percebida como uma ameaça à ordem e aos bons costumes. Esse coletivo de indesejados era composto por loucos, meretrizes, libertinos doentes, mendigos e ociosos. As ordens de internação tiveram início na França, como *Lettres de cachet*, no século XVII. As mesmas podiam ser solicitadas pelas famílias ao rei (figura que tinha o poder de vida e morte sobre a vida dos súditos). Nesse sentido, as *lettres de cachet* eram “uma forma de regulamentar a moralidade cotidiana da vida social, uma maneira de o grupo ou os grupos – familiares, religiosos, paroquiais, regionais,

locais, etc. – assegurarem seu próprio policiamento e sua própria ordem” (FOUCAULT, 2002, p. 97).

Essas pessoas interditadas por meio das *lettres* eram enviadas para o asilo, ou seja, conduzidas para os hospitais gerais que, em Paris, surgem no ano de 1956. “O Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa” (FOUCAULT, 1978, p.57).

No final do século XVIII, a psiquiatria surge como especialidade médica, com Pinel. Essa toma a loucura como objeto de estudo, distanciando-se da conotação religiosa a ela atribuída durante a Idade Média. Com isso, o discurso científico passou a compor a questão, em que o poder-saber médico passou a produzir verdades sobre a loucura. (FOUCAULT, 2005). Brito (2004) assevera que “o internamento está na origem de todas as práticas psiquiátricas e da produção de saber. Passados mais de duzentos anos, este procedimento permanece ocupando o lugar privilegiado na prática e no saber psiquiátricos (BRITO, 2004, p.15).

Cabe salientar que a Revolução Francesa exerceu grande influência sobre as práticas psiquiátricas. “A nova ordem social, agora centrada no homem, descontextualizado do fato social, passa a ser guiada pelos preceitos de liberdade, igualdade e fraternidade. [...] os loucos desafiam a universalidade desses preceitos” (ROBAINA, 2010, p. 340). Entretanto, o princípio de liberdade proposto refere-se ao homem racional, que está livre para fazer escolhas e vender sua força de trabalho ao mercado. A razão era o que garantia ao homem, não apenas o status de cidadão, como também o de ser humano. Desprovido dela, o louco era visto como alienado (*aliens*), destituído de seu lugar de cidadão, assim como de seus direitos. Nesse sentido, Robaina assinala que

não se aplica a ele o preceito de igualdade, posto que, não se ajustando ao modo de produção, não pode ser tido como modelo de homem. Resta-lhe tão somente o princípio de fraternidade, que vai ser traduzido por cuidado, porém na ótica da tutela. É nesse caldo de cultura que se institui o hospital psiquiátrico. Numa só cajadada, a sociedade se “livra” da convivência com os loucos e reafirma os preceitos da revolução, necessários à sustentação da sociedade capitalista. O isolamento torna-se a tecnologia de cuidado à loucura (p. 341).

Convertida em doença, a loucura passa a ser compreendida como alienação mental, a partir da qual, considerava-se que, nesse estado, o indivíduo tinha sua capacidade racional comprometida, o que afetava suas relações sociais. Dessa forma, a razão só poderia ser restituída por meio de um tratamento moral efetuado no asilo. Assim, “o alienado era

submetido ao isolamento do meio social que promovia a alienação e a convivência com uma ordem asilar que consistia na re-aprendizagem de normas, regras e rotinas. (BRITO, 2004, p. 16)”. Assim, Castel (1978) adverte que

O asilo é o lugar existencial do exercício da psiquiatria porque é o mais apto a opor, ao meio natural (isto é, familiar e social), patogênico porque anômico, um meio construído, terapêutico porque sistematicamente controlado. No asilo, uma pedagogia da ordem pode se desenrolar em todo o seu rigor. Nele o exercício da autoridade pode ser mais enérgico, a vigilância mais constante, a rede de coerções mais estreita (p. 116).

Percebe-se que, apesar dos avanços da psiquiatria, o isolamento permanecia como única alternativa vislumbrada para lidar com a loucura. Em contrapartida, a farmacologia também ingressa nessa temática, justificando o ato da internação sob o argumento de que, para ser medicado, o louco precisaria estar internado, disposto aos cuidados médicos.

Apesar de todo esforço realizado por Pinel, em fazer do hospital psiquiátrico um lugar humanizado, uma alternativa possível, um tratamento mais humanizado, visando promover a cura, corrigir a loucura e, assim, devolver o louco à sua liberdade (ALARCON, 2000), entende-se que, desde suas origens, as práticas de internação nunca tiveram êxito, mas apenas reproduziram o afastamento dos indesejados. Nesse sentido, Torre e Amarante (2001) destacam que “[...] o isolamento é ao mesmo tempo um ato terapêutico (tratamento moral e cura), epistemológico (ato de conhecimento) e social (louco perigoso, sujeito irracional)” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 75).

Foucault (2002) afirma que esse dito tratamento, direcionado às pessoas em sofrimento psíquico², classificadas como loucas, estava muito mais ligado a uma questão moral, como forma de corrigir comportamentos desviantes dos sujeitos alienados, através da disciplina administrada a esses corpos, através das instituições de sequestro, as quais serão abordadas, teoricamente, mais adiante. A loucura ficou sob o saber/poder médico, que passou a produzir verdades a seu respeito, no adestramento do louco. Importante lembrar que os loucos, durante muito tempo, foram considerados todos aqueles indesejados que se tornavam inimigos da ordem. Na esteira desse pensamento, Michel Foucault assinala que

A "interdição" constituía a medida judiciária pela qual um indivíduo era parcialmente desqualificado como sujeito de direito. Esse contexto, jurídico e negativo, vai ser em parte preenchido, em parte substituído por um conjunto de técnicas e de procedimentos mediante os quais se tratava de disciplinar os que

²Pessoas em sofrimento psíquico é uma expressão que foi adotada pelo campo da saúde mental após o início do movimento pela Reforma Psiquiátrica, em substituição ao termo doente mental ou portador de transtorno mental, que supõe um sujeito doente. (MELO, 2012, p. 2001).

resistem ao disciplinamento e de corrigir os incorrigíveis. O "internamento" praticado em larga escala a partir do século XVII pode aparecer como uma espécie de fórmula intermediária entre o procedimento negativo da interdição judiciária e os procedimentos positivos de correção. O internamento exclui de fato e funciona fora das leis, mas se dá como justificativa a necessidade de corrigir, de melhorar, de conduzir a resipiscência (sic), de fazer voltar aos "bons sentimentos" (FOUCAULT, 2002, p. 2015).

Entretanto, tais práticas contradiziam as ideias da Revolução Francesa, sobretudo as de liberdade, pois classificar o louco como alienado, sujeito desprovido não apenas de razão, mas também de liberdade, é ferir um dos princípios dessa Revolução.

Devido ao status de doente mental, o louco permanecia abstraído às regras sociais. Essa atitude leva em consideração o fato de que “O equilíbrio entre delitos e sanções inscreve-se em um sistema racional porque o criminoso é responsável por seus atos. O louco coloca um problema diferente [...]. Não poderia ser sancionado, mas deveria ser tratado" (CASTEL, 1978, p. 37-38).

Em meio a essa querela, em 30 de junho de 1838, entrou em vigência a Lei de 1838, como ficou conhecida. Tal lei exerceu influência na legislação de vários países ocidentais, no que tange às internações psiquiátricas (PICCININI, 2006). Castel (1978) assinala que esta lei foi “[...] a primeira a instaurar um dispositivo completo de ajuda com a invenção de um novo espaço, o asilo, a criação de um primeiro corpo de médicos-funcionários, a constituição de um saber especial”. (p.20-21).

Em contrapartida, Brito (2004) atenta para o fato de que

[...] a integração entre a psiquiatria e o Estado através da regulamentação da internação psiquiátrica. Dessa forma, a lei forneceu legitimidade para o ato de sequestro e isolamento da pessoa, contribuindo para a construção de um imaginário social onde o tratamento da loucura só é possível quando realizado em instituição asilar. O ato de internação adquiriu fundamento médico com a constituição da psiquiatria e fundamento legal por meio da lei de 1838. Este fato possibilitou justificar que o alienado permanecesse internado no asilo pelo período necessário para a sua recuperação (p. 17).

A Lei de 1838 abordava aspectos relativos à construção e funcionamento dos estabelecimentos propostos para internação dos alienados, assim como a regulamentação das altas, prescrevendo procedimentos mandatórios, até mesmo na administração de bens dos alienados. Para Delgado, “ela foi o terceiro vértice do triângulo da constituição da psiquiatria, junto com o nascimento do asilo e a formação do saber psiquiátrico. Pinel, mais Esquirol, mais a lei de 1838 são o alienismo institucionalizado” (1992, p. 194).

A referida lei é composta por quarenta e um artigos, distribuídos em três títulos, sendo o Título I – Dos estabelecimentos de alienados; o Título II – Das internações realizadas nos estabelecimentos de alienados – este, subdividido em quatro sessões, a saber: Seção I – Das internações voluntárias; Seção II – Das internações ordenadas pela autoridade pública; Seção III – Despesas do serviço dos alienados, e; Seção IV – Disposições comuns a todas as pessoas internadas nos estabelecimentos de alienados – e; o Título III – Disposições gerais.

Ao realizar uma análise minuciosa da Lei 1838, Brito (2004) adverte que

A questão do controle exercido pelas autoridades públicas sobre a loucura perpassa todo o texto da lei, desde a criação do hospício até a alta do alienado, merecendo destaque o papel exercido pelas autoridades na manutenção e execução de tal controle. O papel do médico mostrou-se menos necessário no momento da internação do alienado, mas imprescindível na determinação da alta. Mesmo quando a autoridade pública determinava a permanência ou a saída da pessoa internada, ela o fazia baseada nas informações obtidas nos relatórios médicos. Portanto, era papel do médico definir as condições do alienado para a sua permanência no asilo. Nesse processo, o médico exerceu uma função fundamental, pois sua avaliação determinava a posição de uma pessoa dentro da sociedade. Se esta era identificada como doente mental, como alienada, deixava de fazer parte do corpo social, perdia sua liberdade e sua cidadania. A identificação com a categoria de alienado mental transferia para a pessoa a condição de incapacidade e afetava toda a sua vida (p. 31).

Assim como em muitos países ocidentais, a legislação brasileira também foi influenciada pela Lei 1838, promulgada na França. Contudo, as origens das práticas de internação no Brasil tiveram início com a vinda da família real para o país em 1808, trazendo consigo 15 mil pessoas, para forjar uma estrutura administrativa e contribuir para o desenvolvimento econômico da capital e, desse modo, expandir o comércio e a indústria. Seduzidas pela chegada da corte, muitas pessoas se dirigiram para o Rio de Janeiro, visando melhores condições de vida e crescimento financeiro (REZENDE, 1990; BRITO, 2004; MACIEL, 2012).

Conseqüentemente, esse crescimento demasiado da população acarretou em complicações para organização dos espaços urbanos. Um dos motivos era o fato de que o trabalho servil era observado de forma pejorativa, devendo esse ser realizado apenas pela mão de obra escrava, não cabendo ao homem livre, branco, exercer tais tarefas. Ao passo que as opções de trabalhos considerados dignos eram escassas, grande quantitativo de pessoas permanecia sem emprego. Em meio a esse cenário, surgem os loucos que, apontados como perturbadores da ordem, eram conduzidos para a prisão ou para as Santas Casas de Misericórdia, local de assistência e caridade aos pobres, onde os loucos eram “tratados” de forma diferente dos demais doentes, submetidos a condições sub-humanas, sujeitos às mais distintas formas de

violências. Cabe reforçar que, assim como os hospitais gerais, até este momento, a internação desse público nas Santas Casas de Misericórdias não possuía nenhum caráter médico ou terapêutico, pois o intuito era apenas preservar a ordem pública (REZENDE, 1990; AMARANTE, 2002; BRITO, 2004; AMARANTE, 2005).

As internações nas Santas Casas começaram a ser problematizadas, por meio de estudos científicos, no ano de 1837, quando foi realizada a primeira tese médica sobre alienação mental, estudo realizado por Antônio Luis da Silva Peixoto, intitulada *Considerações gerais sobre a alienação mental* (ODA, 2013).

Posterior à Lei 1838, sancionada na França – que exerceu grande influência na legislação de diversos países do ocidente, como mencionado anteriormente –, ocorreu que, no ano de 1839, no Brasil, o provedor da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro utiliza de seus recursos para a construção do primeiro asilo Brasileiro. No ano de 1841, o imperador Dom Pedro II autoriza o decreto de início da obra, inaugurando no país, assim, o primeiro asilo, o Hospício Pedro II, em homenagem ao imperador. Contudo, em menos de um ano, os 144 leitos já haviam sido preenchidos (AMARANTE, 2003; BRITO, 2004, ODA; DALGALARRONDO, 2005).

Cabe ressaltar que esses espaços não contavam com assistência médica necessária, não dispunham de requisitos para internação de homens, mulheres, crianças, jovens e idosos. As enfermarias ficavam sob coordenação das irmãs de caridade e, com isso, as críticas aos hospitais começaram a ganhar força, visto que falhava em sua principal meta, que consistia na cura da alienação dos loucos. Em 1881, tais críticas ganham mais atenção, com a criação da “Cadeira de Doenças Nervosas e Mentais”. No ano de 1890, o Hospício Pedro II (após a instauração da República), foi desvinculado da Santa Casa e tornou-se Hospício Nacional de Alienados, sob administração do Estado. Ainda nesse ano, foi desenvolvido o plano de Assistência Médico-Legal dos Alienados, com a criação de colônias de alienados, como as Colônias de São Bento e de Conde Mesquita, na Ilha do Galeão (hoje, Ilha do Governador), e a Colônia do Juqueri, no estado de São Paulo). Tal modelo é característico da assistência psiquiátrica (AMARANTE 2007; GOMES 2012).

As colônias de alienados se expandiram por todo território brasileiro, com a contribuição dos psiquiatras Juliano Moreira e Aduino Botelho, valendo destacar que a Colônia do Juqueri, em São Paulo, sozinha, chegou a comportar cerca de dezesseis mil internos. Um dos motivos que

fizeram com que esse modelo fosse abolido foi o fato de não haver critérios específicos de internação, nem acompanhamento médico necessário. Entretanto, esses espaços entraram em descrédito quando se comprovou que os mesmos promoviam “tratamento” idêntico ao dos hospícios (AMARENTE, 2007; GOMES, 2012).

Esta é uma das características da assistência psiquiátrica no Brasil: a constituição de colônias localizadas longe dos centros urbanos. Isso foi feito sob o pretexto de fornecer ao alienado o necessário afastamento das influências nocivas do meio ambiente e proporcionar as condições necessárias para sua reeducação moral – estratégia baseada nos princípios do isolamento e do trabalho da psiquiatria francesa de Pinel. Nesse período foram criados vários hospícios nas principais cidades brasileiras. (BRITO, 2004, p. 34).

No ano de 1893, com a nomeação de Oswaldo Cruz como diretor dos Serviços de Saúde pública, houve outro importante acontecimento, com a aprovação da primeira Lei Nacional de Assistência aos Alienados, por meio do Decreto 1.132 de 22 de dezembro de 1903 (GOMES, 2012). Salienta-se que:

O Decreto Nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903 que reorganiza a assistência a alienados foi a primeira lei nacional que abordou a questão dos alienados. Era composto por 23 artigos que tratavam dos motivos que determinam a internação e dos procedimentos necessários para a realização da mesma; da guarda dos bens dos alienados; da possibilidade de alta; da proibição em se manter alienados em cadeias públicas; da inspeção dos asilos feita por comissão a mando do ministro da justiça e negócios interiores; das condições necessárias para o funcionamento do asilo; do pagamento das diárias dos doentes; da composição dos trabalhadores do Hospício Nacional e das colônias de alienados; da penalidade pelo descumprimento da lei (BRITO, 2004, p. 72).

O Decreto Nº 1.132, de 1903, vigorou até o ano de 1934, quando foi elaborado e promulgado o Decreto Nº 24.559, em substituição à legislação de 1903. Em 1904, Oswaldo Cruz dá início às Campanhas Sanitárias, estabelecendo o Código Sanitário, “[...] que adentrou a desinfecção, inclusive domiciliar, a notificação permanente de doenças infectocontagiosas, a vacinação obrigatória e a polícia sanitária” (Amarante, 2003, p 10). Nesse sentido, Brito (2004) atenta para o fato de que

“A organização das políticas de saúde no Brasil pode ser distinguida em duas áreas de concentração, a Saúde Pública de cunho preventivo e coletivo, e a Assistência Médica, de caráter curativo e atrelada à Previdência Social” Até 1899, pode-se dizer que não havia uma política de saúde feita pelo Estado e a assistência era realizada por instituições como as Santas Casas. Somente as classes de maior renda podiam pagar pelo tratamento médico. Durante o período da República Velha (1889 – 1930) houve a implementação da primeira política de saúde que se deu na área da Saúde Pública através de um modelo de ação denominado de Campanhas Sanitárias. A motivação para a implementação desta política de saúde teve como primeiro aspecto a razão econômica. Como a população era atingida por vários tipos de doença, como a peste e epidemias, o comércio, principal fonte econômica da época sofria prejuízos. O segundo fator pode ser considerado um certo grau de consciência social

já que a doença atingia a todos, independentemente da classe social (BRITO, 2004, p. 35).

No ano de 1905, o médico psiquiatra Juliano Moreira, em conjunto com outros profissionais da área, desenvolveu a revista *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affin*. Aliadas ao discurso médico, diversas publicações foram feitas, no intuito de expandir a ideologia psiquiátrica, “[...] bem como a criação dessa revista e de outros veículos de comunicação foi de grande importância na construção de uma representação social associada à degeneração³, à periculosidade, imprevisibilidade e à necessidade de seu isolamento” (PACHECO, 2009, p. 106).

Nesse sentido, “a degeneração refere-se a todo e qualquer desvio doentio (patológico, diríamos hoje) e hereditário do tipo normal da humanidade” (MOREL, 1857, p. 15 apud CAPONI, 2009, p. 536). Em 1907, a expansão do pensamento psiquiátrico permitiu, a partir de uma aliança favorável aos interesses do Estado, a instituição da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal. Em 1912, a psiquiatria conquista autonomia como especialidade médica (PACHECO, 2009).

O tratamento moral agora assume uma nova roupagem: a higiene mental, que, segundo Seixas, Mota e Zilbreman (2009), “acrescentava a noção de uma origem social da loucura à ideia já existente de que haveria uma base hereditária para a doença mental. Alcoolismo, miséria, ignorância e religiosidade extremas passaram a ser vistas como possíveis causas de loucura” (s/p). No ano de 1923, o médico psiquiatra Gustavo Riedel, em conjunto com outros médicos, cria a Liga Brasileira de Saúde Mental no Rio de Janeiro. A princípio, a Liga de Higiene Mental, influenciada pelas ideias de Clifford Beers⁴, provocava a importância em “cultivar a mente humana durante seu desenvolvimento, impedindo que fatores endógenos e exógenos a degradassem” (MASIERO, 2003 apud PACHECO, 2009, p. 107).

O Brasil estava sacudido por revoltas sociais e crises econômicas, não por causa da imaturidade histórica e política das elites dirigentes, mas – segundo eles – por causa do clima

³Em 1857, Morel introduziu o conceito de degeneração. A ideologia dominante era então o positivismo, caracterizado por ideais de modernidade, ordem, progresso e racionalidade. Os psiquiatras acreditavam não apenas que as doenças mentais tinham componentes biológicos e genéticos, mas também que tendiam a piorar, à medida que eram transmitidas de geração para geração, causando a degeneração progressiva das árvores genealógicas e da população como um todo. Para eles, a degeneração era mais que uma doença individual: tratava-se de uma ameaça social. A ideia de degeneração começou a estimular políticas sociais como esterilização, eutanásia e perseguição de indivíduos "degenerados" (SEIXAS; MOTA; ZILBREMAN, 2009, s/p).

⁴Ex-paciente psiquiátrico americano que se recuperou e escreveu um livro autobiográfico lançando os princípios à higiene mental. Clifford Beers, após sofrer inúmeros maus tratos durante alguns anos em hospitais psiquiátricos, conclui que a doença mental poderia ser curada e em alguns casos evitada, mediante um trabalho preventivo durante o desenvolvimento humano (PACHECO, 2009, p. 107).

tropical e da constituição étnica do povo. O brasileiro não tinha podido promover o desenvolvimento harmônico do país porque o calor e a mistura com “raças inferiores” tinham-no tornado preguiçoso, ocioso, indisciplinado e pouco inteligente. Infelizmente nada podia ser feito contra o clima. Em contrapartida, o problema racial ainda podia ser resolvido (COSTA, 1976, p. 36).

Tal movimento foi tomado pelo princípio da eugenia, desenvolvido pelo fisiologista inglês Galton, que, segundo o qual, era “o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física quanto mentalmente” (PEQUINOT apud COSTA, 1976 p. 35). Conforme Paulo Amarante,

[...] “em nome da qualificação da raça e da prevenção das doenças mentais, a LBHM pregava que tanto os doentes e os dependentes de álcool e outras drogas quanto os descendentes de origem africana ou oriental, assim como muitos tipos de imigrantes estrangeiros, não pudessem casar, ou que fossem esterilizados para que não procriassem, dentre muitas outras medidas restritivas da liberdade e da cidadania” (AMARANTE, 2007, p. 36).

Segundo Pacheco (2009), no final da década de 1920, os hospitais psiquiátricos tornam-se “palco de introdução e criação de diversos tratamentos somáticos e psicológicos baseados nos ideais preventivos e eugênicos [...] começaram a ser campo fértil de absurdos terapêuticos” (p.108). Destacam-se, entre esses, o eletrochoque e as lobotomias, procedimento cirúrgico em que se retira parte do lobo frontal do cérebro, condenando o indivíduo a uma vida vegetativa. Tais métodos foram alvos de diversas críticas em seu aspecto ético, tendo sua eficácia questionada a partir 1980, embora continuassem a ser utilizados em tais espaços.

Além dos médicos psiquiatras, profissionais de enfermagem também foram inseridos nesse contexto para realizar o trabalho antes feito pelas irmãs de caridade, como aponta Brito (2004). A atuação desses profissionais estava muito mais voltada em manter a disciplina e o adestramento dos corpos inseridos em tais espaços.

Logo em seguida, outros profissionais foram colocados nos hospitais psiquiátricos. Muitas crianças pobres foram internadas através de laudos psicológicos emitidos por psicólogos convocados a atuar em escolas públicas, para “prevenir futuros doentes mentais”. “Psicopedagogos e orientadores educacionais contribuíram propondo técnicas de adestramento, visando à disciplina perfeita. Técnicas muitas vezes invasivas [...] que serviam apenas para manutenção da ordem” (PACHECO, 2009, p. 109). Nesse sentido, Costa (1976) adverte que

Fantasia totalitária, de controle da imprevisibilidade do sujeito, está na raiz dos piores momentos porque passou a história da Psiquiatria. Em função dela, interessantes hipóteses heurísticas de trabalho transformaram-se em dogmas estagnados, matéria-prima de sectarismos políticos econômicos ou de escolas, no interior do pensamento psiquiátrico. Seu preço é a indigência da postura intelectual crítica, a restrição da liberdade de pensar e, em sua forma paroxística, o extermínio de vidas humanas, como nos campos de concentração nazistas, nos gulogs (sic) estalinistas ou nos porões dos asilos do ocidente civilizado e democrático (p. 16).

Falar de Reforma Psiquiátrica não se restringe a um conceito absoluto e exato, mas a uma série de instituições⁵ que careceram – e ainda carecem – ser ressignificadas. O desejo de reforma emerge no próprio contexto asilar, no corpo daqueles que vivenciavam essas experiências, ou seja, afetações que pulsavam para além/aquém daqueles recintos. Entender esse fenômeno consiste em reconhecer as diversas formas de expressão de uma vida.

Colocam-se em análise as práticas realizadas por um modelo asilar medicalocêntrico, constituído por discursos bio-tecno-científicos que sustentavam essa ideologia e ganhavam vigor em agenciamentos políticos que enunciavam a legitimidade desse paradigma. As diferentes possibilidades de experiências psicológicas foram constrangidas à rele patologização e normatização, codificadas em discursos de ordem, empobrecidas aos vestígios de uma vida nua.

Esse olhar sensível sobre o corpo, sobre a vida, ganha vigor concomitante a uma série de situações que percorriam o contexto histórico e social da época. Em meados do século XX, quando tremendas transformações engendravam a paisagem moderna –tais como as reverberações, mediante as revoluções que forjaram a burguesia, ainda em ascensão, e, com ela, uma série de dispositivos filosóficos, econômicos e sociais de uma aparelhagem biopolítica, tais como o liberalismo, o positivismo, o antropocentrismo, o cientificismo, dentre outros –, percebe-se, também, lacunas deixadas por esses movimentos, e, prioritariamente, por uma Segunda Guerra Mundial e um mundo em chamas: os menos humanos em seus campos de concentração, e a afirmação do paradigma moderno (que se arrasta ao contemporâneo), em que podem-se deixar morrer algumas vidas.

⁵De acordo com Ardoino e Lourau (2003), a instituição é imaterial. Pode ser entendida como um dispositivo que atravessa a materialidade das organizações. “Ela se define, então, como o movimento pelo qual as forças sociais se materializam em formas sociais” (p.25). Tais dispositivos articulam forças que buscam a padronização e normalização (instituído), ou seja, a reprodução de modos de vida naturalizados, mas também constituem forças instituintes que rompem com a cristalização e inauguram novos processos. (ALVARENGA, DIMENSTEIN, 2006, p. 300).

Em meio às lacunas, diante da necessidade de uma reconstrução social em decorrência da Segunda Guerra Mundial, reflexões e sensibilidades se ataçavam. Não apenas uma Alemanha estava em chamas, mas toda uma configuração de mundo. Segundo Pacheco (2009), isso fez com que a eficácia dos hospitais psiquiátricos fosse questionada, em virtude do quadro econômico, com o alto custo de manutenção desses espaços e o desperdício de mão de obra.

Essa mudança de paradigmas e rompimento com o modelo asilar também se deu em função de causas humanitárias. Populações de vários países do pós-guerra vivenciavam a necessidade de construir uma sociedade mais justa e igualitária. Reiniciou-se uma discussão intensa a respeito dos Direitos Humanos, o que pode ser considerado como um dos grandes avanços do século XX. A pioneira Declaração Universal dos Direitos do Homem, elaborada à época da Revolução Francesa, foi reeditada e reafirmada no mesmo ano da criação da Organização das Nações Unidas (ONU), 1948. (PACHECO, 2009, p. 121).

Paiva (2003) afirma que nos últimos anos a política nacional de saúde mental tem buscado seguir os ideais propostos pela reforma psiquiátrica, por ela ser imbuída dos ideais de uma sociedade realmente igualitária e humana, primando pela reinserção social dos excluídos, como são os loucos [...]. “Enfim, por uma sociedade livre da opressão, preconceito e ignorância”. (PAIVA, 2003, p. 22).

A reforma psiquiátrica no Brasil teve início nos anos 1970, contemporânea ao Movimento Sanitário⁶, em prol de um novo modo de gerir e promover práticas de saúde, defender uma saúde em que houvesse equidade na oferta dos serviços, e protagonismo, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários envolvidos nesses processos de gestão e invenção de novas tecnologias de cuidar, compromissadas com a ética, cidadania e emancipação do sujeito.

Entretanto, o Movimento da Reforma Psiquiátrica teve sua própria trajetória, com características singulares, rompendo com uma série de ideologias eugênicas, higienistas, depreciativas da vida e das diferentes formas de subjetividade. Cabe ressaltar que

⁶O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Entre os políticos que se dedicaram a esta luta está o sanitarista Sergio Arouca. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (<http://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>).

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 06)

Em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) une forças a um coletivo de trabalhadores militantes do movimento sanitário, sindicalistas, organizações não governamentais, profissionais, familiares e sujeitos que estiveram internados durante longos períodos. As primeiras propostas para implementação de políticas públicas no campo da saúde entram em discussão no início da década de 80, com o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru, no estado de São Paulo, tendo como lema “Por uma sociedade sem Manicômios”. Ainda no mesmo ano, acontece no estado do Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Um dos grandes avanços para o campo da saúde mental data-se de março de 1987, nas cidades de São Paulo e de Santos, sendo inaugurado nesta última o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, também conhecido como CAPS da Rua Itapeva. Importante destacar que

Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível (BRASIL, 2005, p. 07).

No ano de 1989, o Deputado Paulo Delgado (PT/MG) apresenta ao Congresso Nacional o Projeto de Lei “que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo” (BRASIL, 2005, p. 07). Nesse sentido,

A Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 visa garantir os direitos das pessoas com sofrimento mental na construção de um novo modelo assistencial para os mesmos. Busca-se, com isso, criar serviços de atenção psicossocial de caráter substitutivo ao

modelo asilar para o cuidado de pessoas com sofrimento mental e problemas no uso de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) (BRASIL, 2001).

Torna-se relevante destacar que a Lei 10.216/01 diz respeito aos pilares da reforma psiquiátrica no Brasil. Foram, aproximadamente, doze anos de tramitação do projeto de lei, até que este fosse sancionado, tendo como lema “por uma sociedade sem manicômios”. Segundo Britto (2004), esse tempo se deu em virtude dos interesses políticos e econômicos em manter o funcionamento desses estabelecimentos, que, por sua vez, eram bem lucrativos. Nesse sentido, houve um longo tempo e uma série de mudanças entre os termos do projeto e os termos da lei, assim como importantes mudanças no contexto sócio-político-cultural, que se refletiram na elaboração dos artigos dessa lei (BRITO, 2004, p. 94).

A Lei 10.216/01 tem como meta dar fim ao modelo asilar de tratamento, que durante muito tempo predominou na história da psiquiatria, através da “extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades e práticas assistenciais” (AMARANTE, 1994, p.73). Essa Lei é composta por 13 artigos, conforme segue:

- Art. 1º e 2º - apresentam os direitos das pessoas com transtorno mental;
- Art. 3º - estabelece a responsabilidade do Estado;
- Art. 4º ao 10º - definem e regulamentam os tipos de internação;
- Art. 11 - trata das pesquisas envolvendo pacientes;
- Art. 12 - cria a Comissão Nacional para o acompanhamento da implementação da lei;
- Art. 13 – vigora a lei a partir da data de sua publicação.

Em concordância com a Constituição Federativa Brasileira, a Lei 10.216/2001 visa garantir os direitos da pessoa em sofrimento psíquico. Dentro da Lei estão previstos três tipos de internação: voluntária, involuntária e compulsória. A internação voluntária se dá por consentimento do próprio indivíduo. Já a internação involuntária, ao contrário da primeira, ocorre contra a vontade do paciente, solicitada por terceiros. E a internação compulsória é realizada mediante determinação judicial (BRASIL, 2001).

Apesar de a internação involuntária se assemelhar à internação compulsória, por se efetuar contra a vontade da pessoa internada, ambas possuem diferenças jurídicas, conforme aponta a Lei 10.216/2010. A internação involuntária pode ser solicitada por familiares ou não, através de encaminhamento de pedido a um médico psiquiatra, que fará avaliação da solicitação. Caso seja deferido o pedido, a lei determina que, num prazo de 72 horas, o Ministério Público seja informado, pelos responsáveis técnicos da instituição, sobre as razões para tal medida, com intuito de evitar a realização de cárcere privado.

No que tange à internação compulsória, vale destacar que, para que tal medida seja aplicada, não há necessidade de autorização da família ou responsável, uma vez que é sempre realizada pelo judiciário, tendo como respaldo um laudo psiquiátrico, atestando que o indivíduo não possui controle sobre suas faculdades psíquicas. Nesse caso, o juiz terá que considerar não apenas a salvaguarda do paciente, mas também a segurança dos demais, sejam pacientes ou profissionais, inseridos no estabelecimento no qual a pessoa será internada, como aponta o previsto no art. 9º da Lei 10.216/01:

Art. 9º A internação compulsória é determinada, ‘de acordo com a legislação vigente’, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (BRASIL, 2001, p. 2).

A internação compulsória encontra-se prevista na legislação vigente no país, amparada no princípio da legalidade, segundo a ciência do Direito, principalmente no que se refere à privação de liberdade, motivo pelo qual a lei prevê que a internação compulsória seja aplicada unicamente em casos específicos (COELHO; OLIVEIRA, 2015).

No que se refere à internação compulsória, a partir de bases existentes no âmbito jurídico, identifica-se que

Atualmente, há apenas as hipóteses constantes dos arts. 99 a 101 da Lei de Execução Penal (LEP) (BRASIL, 1984). Trata-se de internação compulsória de portadores de doença mental quando cometem algum ato definido como crime pela legislação penal. Nesses casos, serão recolhidos aos hospitais de custódia em vez de serem encaminhados para a prisão. Todavia, muito embora seja essa a única situação prevista em lei para a internação compulsória no direito brasileiro – e atente-se: de portadores de doença mental e não de dependentes químicos –, na prática, os atores jurídicos ignoram a regra basilar do princípio da legalidade e ampliam as hipóteses para os dependentes químicos (COELHO; OLIVEIRA, 2015, p. 3).

Sancionada no mandato do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, no ano de 2001, a Lei 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado, é uma conquista cuja gênese descreve o resultado de um processo de longos anos de lutas dos movimentos sociais, na esteira da Reforma Psiquiátrica no Brasil, caracterizando uma outra proposta de se fazer política em saúde mental. Essa Lei visa fazer valer os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, e desvia o modelo assistencial em saúde mental. Com isso, busca-se criar serviços de atenção psicossocial que apresentem caráter substitutivo ao modelo asilar para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico e transtornos relativos ao uso de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas). Entre outras medidas, a Lei 10.216/01 prevê:

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

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

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

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

No início da segunda década dos anos 2000, a internação compulsória de usuários de drogas em situação de rua mobilizou diversos militantes vinculados aos grupos de direitos humanos, preocupados com as medidas desse modelo de internação que estava se efetuando no país⁷. Tal medida promove um desserviço às importantes conquistas e manifestos sociais, citando como exemplo o Movimento Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica.

Há anos, o coletivo de profissionais que estuda e presta atenção aos sujeitos em situação de sofrimento psíquico tem buscado desconstruir uma lógica que institui o cuidado tal qual encarceramento. O esforço, na direção dessa forma outra de fazer política em saúde mental, é pensar e efetivar práticas que rompam com o regime manicomial e apostem em uma práxis em sintonia com a cidade, prezando a liberdade e a laicidade nas práticas do cuidar.

A proposta da internação compulsória que está sendo posta em questão diz respeito à indústria do “encarceramento”. Tal indústria vai na contramão desses princípios antimanicomiais, quando positiva a necessidade de se falar pelo outro. Eis aí a grande indignidade foucaultiana.

⁷ A título de exemplo as ações realizadas nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Vila Velha-ES, Salvador, e outras metrópoles brasileiras.

Falar pelo outro, por meio de uma caricatura científicista, seja ela psicológica, médica ou jurídica, endossa as linhas de morte e fragiliza as linhas de vida.

Partindo desse pressuposto, é importante destacar o art. 4º da Lei 10.2016, no qual está previsto que “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Sobre esse aspecto, Zimmer (2011) adverte que

Apontamos aqui uma preocupação e precaução do legislador quanto à prática da internação. Na Lei, há ressalvas na tentativa de se evitar barbaridades, como as cometidas na história dos manicômios deste País. O legislador tentou garantir no texto que uma internação só aconteça após esgotados os cuidados na rede de Saúde Mental, o que, propositadamente, não tem ocorrido (p. 47).

A autora aponta que as internações compulsórias na atualidade se tornam uma porta de entrada legal para espaços de reclusão social, reproduzindo modelos de tratamento asilar que, por longos anos, muito tentou e ainda se busca combater. Dessa vez, a camisa de força utilizada para conter o indivíduo passa a ser a decisão judicial.

A referida Lei descreve, no art. 6º, que “A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos”. Para Bicalho (2013), com a internação compulsória ocorre uma lógica invertida desse processo, pois primeiro se interna o indivíduo, na maioria das vezes por meio da abordagem policiaisca, então depois se realiza uma avaliação. Desse modo, o fato de o sujeito se encontrar em situação de rua se faz um critério relevante para que o indivíduo seja internado compulsoriamente? Onde estão os direitos humanos previstos pela lei?

Perante atual situação, em que a questão das drogas se encontra na sociedade brasileira, deslocar algumas concepções acerca desse assunto, sob um olhar questionador e crítico, faz com que a discussão seja mais abrangente, pois nos remete a pensar o que se tem produzido nesse campo de políticas públicas. Em outras palavras, é preciso compreender os efeitos que essas práticas geram no corpo social, a médio e longo prazos, bem como, as imbricações e os tensionamentos sociais, históricos, culturais e econômicos que movimentam a ascensão e o fortalecimento desses discursos de ordem e poder.

Os principais objetivos da Reforma Psiquiátrica no Brasil foram: dar fim ao modelo de tratamento asilar existente no país e implantar serviços substitutivos que oferecessem um

atendimento humanizado aos pacientes em sofrimento psíquico, decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativas (OLIVEIRA, 2013).

Atualmente, o campo da saúde mental tem buscado ampliar as estratégias de tratamento com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), das Residências Terapêuticas e do “Programa de Volta para Casa”, visando à reinserção social desses pacientes no convívio com as demais pessoas da sociedade. Outro importante avanço foi a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta por vários profissionais, em conformidade com o que está previsto na Portaria Ministerial de número 3.088, de 23 de dezembro de 2011⁸ (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013).

Em função das negligências existentes nos serviços de saúde mental, durante o período da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a temática envolvendo o tratamento dos usuários de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) não teve a devida atenção, pois esses pacientes passaram despercebidos em suas reais necessidades de atendimento (OLIVEIRA, 2013).

O Ministério da Saúde reconhece de forma explícita, conforme apontado abaixo, que

Produziu-se historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência, associações religiosas. A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado, e possibilitou a disseminação em todo o país de “alternativas de atenção” de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançada a abstinência (BRASIL, 2005, p.1).

Um dos principais desafios para Reforma Psiquiátrica brasileira na contemporaneidade é o de garantir os direitos conquistados aos usuários dos serviços substitutivos e romper com a ideologia de que um tratamento, necessariamente, só pode ser realizado através de uma internação (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013). A Reforma possibilitou um olhar diferenciado para as pessoas em sofrimento psíquico, no entanto, no que diz respeito aos dos sujeitos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas), ainda há um longo caminho a ser trilhado (LANCETTI, 2011).

Na área de tratamentos aos usuários de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas), observa-se uma discrepância, em relação à evolução que já foi possível obter nos tratamentos relativos ao sofrimento psíquico e ao uso de substâncias psicoativas. Fica evidente a diferenciação entre a

⁸ Ver portaria em https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=C8UFV8_uHaTL8gffqoqACg#q=Ministerial+de+n%C3%BAmoro+3.088+de+23+de+dezembro+de+2011+

forma de tratamento de um público e de outro, ainda mais quando esses são comparados, especificamente, em relação à questão da defesa de direitos humanos e sociais dos sujeitos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas).

A implementação do CAPS e de outros ambientes com funções afins é resultado de forças militantes implicadas em produzir outras formas de se pensar saúde mental, em oposição ao modelo asilar legitimado na exclusão (BRASIL, 2004).

Do asilo aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), muitas batalhas foram travadas no campo da saúde mental. Um olhar cartográfico acompanha esses movimentos de sentido e vai evidenciar as transformações moleculares. Ou seja, lançar luz sobre os processos, as lutas e esses “saberes sujeitados”, ao invés de uma história linear e totalizante da psiquiatria brasileira que recorra à ideia de progresso, próprio do positivismo científico (DIAS, 2008, p.83).

Os CAPS ainda são os modelos substitutivos mais conhecidos, sendo que existem diferentes tipos deles, pois se estruturam de acordo com o perfil e demanda do público alvo. Eles podem ser classificados em cinco categorias, sendo estas: CAPSI, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad.

O CAPS I oferece atendimento diário, por meio de serviço aberto, para adultos portadores de transtornos mentais severos e persistentes (sic). Essa modalidade de tratamento possui suma importância em municípios cujo número de habitantes esteja na média entre 20 mil a 70 mil. O CAPS II se encontra estruturado nos mesmos padrões que se configuram o CAPS I, entretanto, instalam-se em municípios nos quais a população seja superior ao número de 70 mil habitantes. O CAPS III também se configura em um serviço aberto, porém oferece tanto atendimento diário como noturno, para sujeitos em sofrimento psíquico persistente e severo, que dispõem, durante os sete dias semanais, de até 05 leitos para observação, caso se faça necessário. Nos CAPS I, CAPS II e CAPS III, a principal meta é o atendimento voltado para as condições clínicas do transtorno mental, nas quais o uso prejudicial de outras drogas se torna secundário. (BRASIL, 2004).

O CAPSi oferece atendimento diário. Seu foco está voltado para crianças e adolescentes em graves sofrimentos psíquicos que, por essa razão, apresentam dificuldades para estabelecer e construir laços sociais. Nessa categoria também são incluídas as psicoses, as neuroses graves e os portadores de autismo (sic). (BRASIL, 2004).

O CAPSad passou a existir no ano de 2002, promovendo atendimento diário. Seu público alvo consiste em usuários cuja questão principal está associada ao uso abusivo de substâncias

psicoativas (lícitas ou ilícitas). Esses devem oferecer atendimento diário aos pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, inserção comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos.

Os CAPSad desenvolvem uma gama de atividades, que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar (BRASIL, 2004, p.24).

Torna-se possível observar que existe lentidão na implantação desses serviços CAPS, sobretudo de outras estratégias que venham romper com modelo asilar de tratamento, como redução de danos, sobre a qual será versado mais adiante. Desse modo, o cerceamento da vida por meio da internação ainda é visualizado como principal alternativa de “tratamento” para as pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas).

Segundo Lavrador, “com relação à experiência da loucura, nossa preocupação é de que esses desejos de manicômios ainda se façam presentes, algumas vezes, nos novos serviços de saúde mental e no encontro com a loucura” (LAVRADOR, 2012, p. 409). Esses desejos de manicômios manifestam-se por meio

[...] de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele (MACHADO; LAVRADOR, 2002, p.46).

Nesse sentido, é preciso atentar para que essas tecnologias de controle da vida, tais como as medidas de internação compulsória, movidas por desejos de manicômios, não exerçam qualquer tipo de influência em nossas práticas profissionais, pois, “uma vez capturados em algum nível por essa lógica manicomial, as equipes inseridas nos serviços de saúde mental podem, sem dar-se conta, reproduzir a institucionalização e, portanto, afirmar o manicômio.” (ALVARENGA; DIMENSTEIN, 2006, p. 300).

Lavrador (2012), caminhando nestes fios, recomenda:

Especificamente com relação à experiência da loucura, nossa preocupação é de que esses desejos de manicômios ainda se façam presentes, algumas vezes, nos novos serviços de saúde mental e no encontro com a loucura. Que os mesmos se atualizem em práticas/discursos de exacerbada medicalização, de interpretações violentas, de posturas rígidas e despóticas. Pois a lógica manicomial em lugar de possibilitar outros modos de vida, produz submissão, infantilização e culpa, mesmo que sob uma nova roupagem. O que poderíamos caracterizar como sendo uma forma de controle contínuo no qual o outro pode ser dissimuladamente tutelado e controlado ao longo dos dias e a cada instante. [...] Por exemplo, a loucura nos incomoda porque desvia e nos mostra que é possível desviar, porque nos aponta que essa verdade transcendente sobre o mundo é uma ilusão, porque ousa misturar numa mesma vida a multiplicidade, ou melhor, porque nos indica que “uma vida” se faz na multiplicidade (p.04).

Os órgãos governamentais, ao comprarem leitos particulares em comunidades terapêuticas, terceirizam uma práxis que deveria, em conformidade com o que se prioriza nas portarias de Saúde Mental, ser investida na ampliação da rede pública de cuidado a essas demandas. Tal postura resulta na escassez de recursos para dar visibilidade e funcionamento à implementação dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico.

Na contramão da humanização dos serviços e das conquistas do movimento da luta antimanicomial, alguns setores da sociedade tentam repetir o paradigma asilar de tratamento da loucura trazendo como proposta de cuidado o isolamento social dos usuários de drogas, contendo-os à revelia em instituições totais. Essa tendência é semelhante à adotada nos tribunais norte-americanos cuja ideia central é de que os usuários de drogas fiquem obrigados a tratar da “doença”, a qual é diagnosticada na maior parte dos casos por uma autoridade jurídica. O descumprimento dessa obrigação implica uma punição legal mais severa e gera o modelo de tratamento compulsório em que os usuários passam a ser vistos tanto como doentes quanto como criminosos (BRAVO apud ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2015,p. 593).

No ano de 1976, o Brasil, em aderência ao Acordo Sul-Americano (que tratava do uso de Estupefacientes e Psicotrópicos), promulgou a Lei 6.368/1976, que versava acerca da diferença entre o traficante e o usuário nas sanções penais, com a imposição da necessidade de se comprovar o uso por meio de um exame toxicológico. Conseqüentemente, a Constituição de 1988 designou o tráfico de drogas como crime inafiançável, subjugado pela Lei de Crimes Hediondos, coibiu a clemência, restringindo a liberdade provisória e dobrando-se os prazos processuais, no intuito de se aumentar a permanência na prisão provisória.

A Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, instituiu o Sistema de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD), que, em conformidade com seus parâmetros iniciais, se propõe a construir uma sociedade na qual as drogas ilícitas não sejam mais uma ameaça, e que haja um uso consciente das drogas lícitas, diferenciando o usuário do traficante, sem discriminação a

peessoas que façam uso problemático de álcool e outras drogas, de maneira a garantir o direito de acesso ao tratamento adequado. No artigo 4º, incisos I e II, estão elencados os princípios fundamentais que asseguram aos usuários de drogas o respeito à sua pessoa humana, sobretudo à sua liberdade e autonomia, considerando as particularidades e diversidades existentes na população (BRASIL, 2010).

Em contrapartida, uma lei seguinte, nº 12.961, de 4 de abril de 2014, faz significativas alterações na 11.343/06. Para melhor compreensão serão apresentadas na tabela a seguir:

ALTERAÇÃO DA LEI DE DROGAS PELA LEI N. 12.961/14

Antiga redação da Lei de Drogas	Lei de Drogas com redação determinada pela Lei n. 12.961/14
<p>Art. 32. As plantações ilícitas serão imediatamente destruídas pelas autoridades de polícia judiciária, que recolherão quantidade suficiente para exame pericial, de tudo lavrando auto de levantamento das condições encontradas, com a delimitação do local, asseguradas as medidas necessárias para a preservação da prova.</p> <p>§1º. A destruição de drogas far-se-á por incineração, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, guardando-se as amostras necessárias à preservação da prova.</p> <p>§2º. A incineração prevista no § 1o deste artigo será precedida de autorização judicial, ouvido o Ministério Público, e executada pela autoridade de polícia judiciária competente, na presença de representante do Ministério Público e da autoridade sanitária competente, mediante auto circunstanciado e</p>	<p>Art. 32. As plantações ilícitas serão imediatamente destruídas pelo delegado de polícia na forma do art. 50-A, que recolherá quantidade suficiente para exame pericial, de tudo lavrando auto de levantamento das condições encontradas, com a delimitação do local, asseguradas as medidas necessárias para a preservação da prova.</p> <p>§1º. Revogado pela Lei n. 12.961/14.</p> <p>§2º. Revogado pela Lei n. 12.961/14.</p> <p>§3º. Em caso de ser utilizada a queimada para destruir a plantação, observar-se-á, além das cautelas necessárias à proteção ao meio ambiente, o disposto no Decreto n. 2.661, de 8 de julho de 1998, no que couber, dispensada a autorização prévia do órgão próprio do Sistema Nacional do Meio</p>

<p>após a perícia realizada no local da incineração.</p> <p>§3º. Em caso de ser utilizada a queimada para destruir a plantação, observar-se-á, além das cautelas necessárias à proteção ao meio ambiente, o disposto no Decreto n. 2.661, de 8 de julho de 1998, no que couber, dispensada a autorização prévia do órgão próprio do Sistema Nacional do Meio Ambiente - Sisnama.</p> <p>§4º. As glebas cultivadas com plantações ilícitas serão expropriadas, conforme o disposto no art. 243 da Constituição Federal, de acordo com a legislação em vigor.</p>	<p>Ambiente - Sisnama.</p> <p>§4º. As glebas cultivadas com plantações ilícitas serão expropriadas, conforme o disposto no art. 243 da Constituição Federal, de acordo com a legislação em vigor.</p>
<p>Art. 50. Ocorrendo prisão em flagrante, a autoridade de polícia judiciária fará, imediatamente, comunicação ao juiz competente, remetendo-lhe cópia do auto lavrado, do qual será dada vista ao órgão do Ministério Público, em 24 (vinte e quatro) horas.</p> <p>§ 1º. Para efeito da lavratura do auto de prisão em flagrante e estabelecimento da materialidade do delito, é suficiente o laudo de constatação da natureza e quantidade da droga, firmado por perito oficial ou, na falta deste, por pessoa idônea.</p> <p>§ 2º. O perito que subscrever o laudo a que se refere o § 1o deste artigo não ficará impedido de participar da elaboração do</p>	<p>Art. 50. Ocorrendo prisão em flagrante, a autoridade de polícia judiciária fará, imediatamente, comunicação ao juiz competente, remetendo-lhe cópia do auto lavrado, do qual será dada vista ao órgão do Ministério Público, em 24 (vinte e quatro) horas.</p> <p>§ 1º. Para efeito da lavratura do auto de prisão em flagrante e estabelecimento da materialidade do delito, é suficiente o laudo de constatação da natureza e quantidade da droga, firmado por perito oficial ou, na falta deste, por pessoa idônea.</p> <p>§2º. O perito que subscrever o laudo a que se refere o § 1o deste artigo não ficará impedido de participar da elaboração do laudo</p>

<p>laudo definitivo.</p>	<p>definitivo.</p> <p>§3º. Recebida cópia do auto de prisão em flagrante, o juiz, no prazo de 10 (dez) dias, certificará a regularidade formal do laudo de constatação e determinará a destruição das drogas apreendidas, guardando-se amostra necessária à realização do laudo definitivo.</p> <p>§4º. A destruição das drogas será executada pelo delegado de polícia competente no prazo de 15 (quinze) dias na presença do Ministério Público e da autoridade sanitária.</p> <p>§5º. O local será vistoriado antes e depois de efetivada a destruição das drogas referida no§ 3º, sendo lavrado auto circunstanciado pelo delegado de polícia, certificando-se neste a destruição total delas.” (NR)</p>
<p>Sem correspondente.</p>	<p>Art. 50. A destruição de drogas apreendidas sem a ocorrência de prisão em flagrante será feita por incineração, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contado da data da apreensão, guardando-se amostra necessária à realização do laudo definitivo, aplicando-se, no que couber, o procedimento dos §§ 3o a 5o do art. 50.</p>
<p>Art. 58. Encerrados os debates, proferirá o juiz sentença de imediato, ou o fará em 10 (dez) dias, ordenando que os autos para isso lhe sejam conclusos.</p> <p>§1º. Ao proferir sentença, o juiz, não tendo</p>	<p>Art. 58. Encerrados os debates, proferirá o juiz sentença de imediato, ou o fará em 10 (dez) dias, ordenando que os autos para isso lhe sejam conclusos.</p> <p>§1º. Revogado pela Lei n. 12.961/14. §2º</p>

<p>havido controvérsia, no curso do processo, sobre a natureza ou quantidade da substância ou do produto, ou sobre a regularidade do respectivo laudo, determinará que se proceda na forma do art. 32, § 1o, desta Lei, preservando-se, para eventual contraprova, a fração que fixar.</p> <p>§2º. Igual procedimento poderá adotar o juiz, em decisão motivada e, ouvido o Ministério Público, quando a quantidade ou valor da substância ou do produto o indicar, precedendo a medida a elaboração e juntada aos autos do laudo toxicológico.</p>	<p>Revogado pela Lei n. 12.961/14.</p>
<p>Art. 72. Sempre que conveniente ou necessário, o juiz, de ofício, mediante representação da autoridade de polícia judiciária, ou a requerimento do Ministério Público, determinará que se proceda, nos limites de sua jurisdição e na forma prevista no § 1o do art. 32 desta Lei, à destruição de drogas em processos já encerrados.</p>	<p>Art. 72. Encerrado o processo penal ou arquivado o inquérito policial, o juiz, de ofício, mediante representação do delegado de polícia ou a requerimento do Ministério Público, determinará a destruição das amostras guardadas para contraprova, certificando isso nos autos.</p>

Observa-se que as alterações realizadas apenas asseveram o rigor penal na implementação de práticas repressoras, tais como as medidas de internação compulsória, que, ao longo da história, nunca demonstraram eficácia, aumentando a criminalidade, dificultando o acesso das pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas ilegais aos serviços de saúde. “[...] O estrondoso e inevitável fracasso das políticas antidrogas, em seus declarados objetivos de erradicar as substâncias proibidas ou reduzir sua circulação, já deveria ser razão suficiente para o abandono da globalizada proibição” (KARAN, 2012, p. 35).

Nesse sentido, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) emitiu uma nota técnica alegando que “priorizar as medidas de internação compulsória no tratamento de dependentes

químicos caminha na contramão do conhecimento científico sobre o tema”, e pode “exacerbar as condições de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários de drogas” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2013). A referida nota ainda adverte que:

Diante da preocupação com a garantia dos direitos humanos e com o respeito ao processo legal para autorizar e manter a internação compulsória, 12 agências das Nações Unidas, entre elas a OMS, emitiram em 2012 comunicado conjunto sobre os Centros de Detenção e Reabilitação Compulsória. Esta iniciativa recomendou aos países que estes centros sejam fechados, ou, na impossibilidade do fechamento imediato, que sejam seguidas recomendações descritas no documento. As agências recomendam claramente que seja priorizada a implantação de ações e serviços de saúde comunitários com características voluntárias. As internações compulsórias só devem ser utilizadas em circunstâncias claramente definidas como excepcionais e, mesmo assim, devem respeitar os direitos humanos previstos na legislação internacional. O Conselho Diretor da OPAS aprovou resoluções em 1997 e 2001 que defendem a ênfase na implantação de serviços comunitários de saúde mental e de atenção psicossocial aos transtornos mentais. Mais recentemente, em 2011, resolução que aprova o Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública, diz textualmente que “os recursos financeiros e humanos devem ser usados, em primeiro lugar, nos serviços ambulatoriais de base comunitária da atenção básica e que sejam integrados no sistema de saúde gera” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2013, s/p).

Vargas (2012) afirma que se faz necessário romper com a concepção ideológica na qual se acredita que meios de aprisionamento da vida venham solucionar as questões referentes aos modos de uso e consumo das drogas ilícitas. “Aliás, nenhuma “solução” pode ser concebida na linha da “eliminação” do problema, mas somente na lógica de sua “redução”. A eliminação é arrogante” (VARGAS, 2012, p. 39).

O Programa de redução de danos poderia se constituir numa alternativa de tratamento aos usuários de drogas, e não apenas aos que estão em situação de rua, por meio de uma aposta na vida, na ética e nos direitos humanos, visando minimizar os efeitos decorrentes do uso nocivo de substâncias psicoativas e contaminação de doenças sexualmente transmissíveis.

Cabe ressaltar que

As práticas de RD tiveram na Constituição Federal de 1988 (Constituição cidadã) e a partir da consolidação do SUS um grande amparo legal no sentido da universalização, equidade e acesso à saúde pública. No Artigo 196 da Constituição Federal, a saúde é descrita como um direito de todos e um dever do estado, que deve ser garantida “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças e outros agravos e o acesso universal às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. A Redução de Danos (RD) é uma estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos à saúde em decorrência de práticas de risco, como o uso de drogas lícitas ou ilícitas, tais como o álcool, crack e drogas injetáveis (DI). As práticas da RD são baseadas em ações no território onde os usuários vivem e através de redes sociais articuladas nesses espaços. O protagonismo e a cooperação dos usuários são fundamentais para o desenvolvimento das estratégias de RD. A RD começa como prática de saúde em 1989, com ações de troca de seringas na cidade de Santos para usuários de drogas injetáveis (UDI). No entanto, é somente em 1º de

julho de 2005 que o Ministério da Saúde edita a Portaria no 1.028, que define “as ações de redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, compreendam uma ou mais das medidas de atenção integral à saúde [...] praticadas respeitando as necessidades do público alvo e da comunidade” (DIAS, 2008, p.2013).

Para Lancetti (2011), o que se propõe com a redução de danos é um rompimento com o modelo hegemônico instituído como tratamento na dependência química. Não se trata de levantar uma bandeira em prol do traficante ou do policial, mas sim em defesa da vida. “A redução de danos pode transformar-se num desvio que consiste em criar uma experimentação de vida ali onde o empreendimento é mortífero” (LANCETTI, 2011, p.82).

Ainda , segundo Lancetti (2011), desde 1989, quando implantado no Brasil, o programa de RD enfrentou diversos impasses com a mídia e com o Ministério Público, a ponto de serem interrompidas algumas atividades. Apesar de o programa ter apresentado resultados positivos, há ainda necessidades de quebrar paradigmas equivocados e enviesados sobre a RD, pois se trata de um modelo de tratamento que se difere dos métodos tradicionais. É um modo de ampliar a vida. É uma aposta na reabilitação do usuário em seu ambiente, sem confinamento ou segregação, “é uma política e uma prática de saúde pública definida como uma série de procedimentos destinados a atenuar as consequências adversas do consumo de drogas” (LANCETTI, 2011, p. 77).

Nesse sentido, Dias (2008) adverte que

O movimento instituinte da reforma psiquiátrica, no Brasil, produziu mudanças no aparelho de Estado, como as que se configuraram na Lei nº 1.026/01, que institui a reforma psiquiátrica, e na implantação de Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSad). Atualmente, a reforma psiquiátrica passa por um processo de institucionalização de suas práticas que pode levar à burocratização dos serviços. Esse é um dos desafios políticos dos serviços substitutivos de saúde mental: desviar das pedras no caminho para não levar uma topada na burocracia de Estado e nos seus modos de centralização política. A burocracia nos CAPS pode naturalizar as práticas em saúde mental e barrar o poder inventivo na produção de novas práticas de cuidado. As estratégias de RD ascendem como um aspecto importante no CAPSad e na integração com outros programas de saúde pública. Através do relato das práticas em RD na cidade de Salvador, vamos analisar o cenário do Rio de Janeiro e das políticas públicas de saúde. Interessa-nos saber como um serviço de saúde mental do estado constrói a articulação com as estratégias de RD (DIAS, 2008, p. 13).

Apesar dos avanços alcançados no campo Saúde Mental, ainda há um cenário permeado por muita incongruência e limitação, que se tornam entraves para implantação de serviços substitutivos existentes na proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira. Segundo Fossi e Guarschi (2015), é evidente a desconexão das políticas adotadas no tratamento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas implementadas em nosso país. Torna-se notável a

prevalência de duas posturas institucionais que se divergem entre si. Uma é representada pelo Ministério da Saúde, que preconiza a Redução de Danos, outra expressa na postura do Ministério da Justiça, que dá ênfase às medidas de internação compulsória, valorizando a abstinência em detrimento de outras abordagens.

Nesse sentido, Assis; Barreiros; Conceição (2015), provocam para o fato de que:

Além disso, ressaltamos que o papel do Ministério da Justiça é relacionado com combate às drogas, repressão do tráfico, entrada das drogas no país, entre outras questões afins à temática de segurança pública. Constatamos que a questão do uso de substâncias psicoativas no país é muitas vezes tida como um ‘caso de polícia’ e não de saúde, e nos questionamos sobre a abordagem biopsicossocial do uso de substâncias psicoativas, uma vez que a questão social relacionada às drogas, por exemplo, é ainda um grave problema. Acreditamos que o foco no quesito repressão não é suficiente, devendo haver uma abordagem mais ampla, relacionada à prevenção, ao tratamento, à reinserção social e à redução de danos. Logo, o Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social devem participar ativamente deste processo de forma integrada, para não correr o risco de fragmentação (WANDEKOKEN, DALBELLO-ARAÚJO, 2015, p 163).

Em decorrência da visão negativa e discriminatória presente na contemporaneidade, constrói-se uma determinada opinião enviesada sobre as drogas e sobre os dependentes químicos. Tal situação distorce outras possibilidades de visualizar a temática e arrastam o preconceito para olhares que afetam possibilidades de trabalhos profissionais. Diante de tal pressuposto, faz-se necessário romper com uma série de estigmas sociais construídos acerca do assunto e, em troca, propor um novo olhar sobre esse fenômeno social.

A dualidade de entendimento na condução das medidas de internação compulsória configura a persistência de uma visão política de cunho discriminatório, higienista e moralizador: descarta-se o tratamento por meio de outros serviços substitutivos, fato que impõe a esses sujeitos um tratamento pautado na abstinência – o qual representa mais uma punição aos usuários pobres de drogas do que um tratamento propriamente dito.

4. AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E SEUS DESCAMINHOS NA REALIDADE CONCRETA.

O conceito de comunidade terapêutica (Therapeutic Community) surgiu na Grã-Bretanha, no final da década de 1940, por meio de um conjunto de ações realizadas pela psiquiatria social. Esse movimento teve como principal precursor o médico psiquiatra do exército inglês, Maxwell Jones, através de suas observações clínicas no atendimento a soldados que sofriam de stress pós-traumático, decorrentes da Segunda Guerra. A princípio, propunha-se um modelo de tratamento alternativo, dentro do contexto psiquiátrico, em substituição aos eletrochoques e demais maneiras desumanas de tratamento existentes por psicodramas, abordagens educativas. (DAMAS, 2013; VICENTINI, 2011; RIBEIRO, 2010).

A partir de 1950, as comunidades terapêuticas foram alcançando maior visibilidade, entretanto, muitos desses estabelecimentos, cuja proposta era romper com o modelo asilar, reproduziam práticas a ele similares (DAMAS, 2013). No ano de 1953, a Organização Mundial de Saúde emite um relatório no qual recomendava que todos os hospitais psiquiátricos se tornassem comunidades terapêuticas (PACHECO, 2009). Em 1960, surgem as primeiras comunidades terapêuticas, com tratamento exclusivamente direcionando para pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) (RIBEIRO, 2010)

A Comunidade Terapêutica para tratamento a usuários de drogas emerge como uma alternativa àqueles usuários que almejavam um tratamento à sua dependência e pretendiam escapar às forças biomédicas e jurídico-policiais, com suas práticas de enclausuramento em hospitais psiquiátricos manicomial ou na prisão, e não tinham acesso a clínicas particulares (VICENTINI, 2011, p. 40).

As comunidades terapêuticas aderiram como metodologia de trabalho os doze passos, fundamentados no programa dos Narcóticos Anônimos (NA), desenvolvido no sul da Califórnia, Estados Unidos, em meados de 1953, seguindo o mesmo modelo dos Alcoólicos Anônimos (AA). O NA é formado por um grupo de usuários que se uniu com o propósito de alcançar abstinência do uso de substâncias psicoativas, por meio da ajuda mútua. “[...] Alcoolismo é um termo demasiado limitado para nós; o nosso problema não é determinada substância, mas sim uma doença chamada adicção” (NA, 1991, p. XIII).

Os doze passos do NA propõem que

Se queres o que nós temos para oferecer e estás disposto a fazer um esforço para obtê-lo, então estás preparado para dar determinados passos. Estes são os princípios que tornaram a nossa recuperação possível:

1º Admitimos que éramos impotentes perante a nossa adicção, que tínhamos perdido o domínio sobre as nossas vidas;

2º Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade;

3º Decidimos entregar a nossa vontade e as nossas vidas aos cuidados de Deus na forma em que O concebíamos;

4º Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos;

5º Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas;

6º Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter;

7º Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse das nossas imperfeições;

8º Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e dispusemo-nos a reparar os danos a ela causados;

9º Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicar essas pessoas ou a outras;

10º Continuamos a fazer um inventário pessoal e quando estávamos errados admitimo-lo prontamente;

11º Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar o nosso contato consciente com Deus, na forma em que o concebíamos, rogando apenas pelo conhecimento de Sua vontade em relação a nós e pelas forças para realizar essa vontade;

12º Tendo experimentado um despertar espiritual graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem a outros adictos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades (NA, 2001, p.20).

Em meados da década de 1970, surgem no Brasil as primeiras Comunidades Terapêuticas, sucessivamente se ampliando pelo país (COSTA, 2009). Devido à crescente expansão desses estabelecimentos, também surgiu a necessidade de se organizarem critérios para seu funcionamento. A regulamentação das comunidades terapêuticas se dispõe sob a responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da RDC 101/2001, de 31 de maio de 2001, sendo substituída pela RDC 29/2011, 30 de junho de 2011 (BRASIL).

Nota-se que, durante muito tempo, as comunidades terapêuticas atuaram sem qualquer critério para o seu funcionamento, em virtude da escassez de políticas públicas que viabilizassem tratamento às pessoas com uso abusivo de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas). Esses

estabelecimentos, ainda em dias atuais, têm se constituído como um serviço altamente demandado no atendimento desse público. “(...) Historicamente relegadas ao segundo plano, as comunidades terapêuticas atualmente são consideradas ponto importante na atenção ao usuário de crack pelas políticas públicas vigentes” (DAMAS, 2013, p. 50).

Segundo Vicentini (2011), observa-se que, ao invés de os estabelecimentos se adequarem à política, aconteceu o inverso. A antiga RDC 101/2001 havia estabelecido um prazo de dois anos para adequar-se aos preceitos legais. Um número mínimo de comunidades terapêuticas, contudo, conseguiu se adequar às normativas para obterem seu alvará de funcionamento e recursos públicos. (VICENTINI, 2011).

De acordo com a nota técnica nº 101/2001, de esclarecimentos e orientações sobre o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativa – RDC nº 29/2011⁹, de 30 de junho de 2011, mudanças significativas em alguns itens foram realizadas, as quais podem ser observadas na tabela abaixo, para melhor compreensão.

ITEM	RDC 101/2001	RDC 29/2011
Denominação das Instituições	Denomina como “comunidades terapêuticas”	Não utiliza denominação específica, abrangendo todas as instituições, independente de nomenclatura.
Licença sanitária	Há exigência	Mantida a exigência
Responsável Técnico	Profissional de nível superior na área da saúde e serviço social	Profissional e um substituto, sendo ambos de nível superior de qualquer área de formação
Recursos Humanos	Denomina tipos de profissionais e estabelece sua proporção em relação ao número de residentes	Recursos humanos em número compatível com as atividades desenvolvidas.
Capacitação	Exige o reconhecimento de cursos de capacitação pelos antigos “conselhos de entorpecentes”	Determina ações de capacitação para a equipe, mantendo o registro da execução.

⁹Sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html

ITEM	RDC 101/2001	RDC 29/2011
Organização do Serviço	Estabelece poucos requisitos de forma dispersa	Estabelece condições organizacionais de forma sistemática
Programa Terapêutico	Estabelece a obrigação de “programa terapêutico” especificando atividades fixas com respectiva frequência de realização	Abandona o termo “programa terapêutico” e institui o registro de atividades em ficha do residente, sem definir rol fixo.
Procedimento/Processos Assistenciais	Extensa lista de aspectos a serem contemplados na admissão e durante o tratamento, com repetição de critérios	Itens específicos para os processos de admissão, tratamento e desligamento do residente.
Prestação de serviços de saúde e relação com a rede de serviços de saúde	Rotina de atendimento de saúde <input type="checkbox"/> Atendimento psiquiátrico periódico <input type="checkbox"/> Encaminhamento à rede de saúde em caso de intercorrências clínicas.	<input type="checkbox"/> Indicação de serviços de atenção à saúde da rede pública ou privada para os residentes <input type="checkbox"/> Mantido encaminhamento à rede
Infraestrutura	Necessidade de aprovação de projeto físico na vigilância sanitária e várias exigências para os ambientes, como metragem, proporções e limite para número de residentes. Estabelece proposta de listagem de ambientes	Dispensa aprovação de projeto e exige infraestrutura compatível com número de residentes da instituição. Não estabelece proporção entre os ambientes e o número de residentes. Determina os ambientes que a instituição deve possuir
Sigilo e Anonimato	Compromisso com o sigilo segundo normas éticas e legais e garantia do anonimato	Mantida a garantia do sigilo segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato
Crítérios de Elegibilidade	Veda a admissão de grau grave de comprometimento orgânico e/ou psicológico. Determina encaminhamento a outras modalidades de atenção.	Veda a admissão de pessoas que necessitem de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição

ITEM	RDC 101/2001	RDC 29/2011
Administração de Medicamentos	Estabelecimentos de saúde com procedimentos de desintoxicação com medicamentos sob controle especial estão submetidos à Portaria SVS/MS n.º 344/98. Quando não há prescrição, somente guarda, fica dispensada da Portaria SVS/MS n.º 344/98.	Designa ao RT a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes e veda o estoque de medicamentos sem prescrição médica.
Prazo de Adequação	2 anos	12 meses

Fonte: Ministério da Saúde (2011)

Segundo Vicentini (2012), as comunidades terapêuticas, em seu crescimento demasiado, distanciaram de seu objetivo, que seria oferecer um local de acolhimento e convivência entre os pares, através da ajuda mútua e troca de experiências, aproximando-se muito mais do modelo asilar no controle e disciplina da vida.

Atualmente, no Brasil, as comunidades terapêuticas consistem em espaços privados, em sua maioria de cunho religioso, no entanto, as crenças de um residente, ao adentrar esses espaços, não são levadas em consideração, sendo este obrigado a seguir os dogmas e liturgias que lhe são impostos, em concordância com a religião vigente daquele local. Fica estabelecido um tratamento com duração de seis a doze meses, critérios esses que podem variar de instituição para instituição. Nesse período, o residente é afastado do mundo externo, com visitas familiares mensais e afastamento de atividades profissionais ou estudos. (FOSSI, GUARESCHI, 2015).

No ano de 2011, as comunidades terapêuticas firmam convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), passando a receber apoio financeiro por parte do governo. As mesmas, até então, não eram reconhecidas como serviços de saúde, por não estarem vinculadas à rede de atenção em saúde. A respeito disso, Fossi e Guareschi (2015) assinalam que

O governo do país a partir de 2011 tem como plano governamental o ‘enfrentamento ao crack’, sob a campanha “Crack, é possível vencer”, com significativo investimento financeiro para contemplar a demanda da sociedade por alguma medida para dar conta de tal problemática. Antes disso, em 2010, foi publicado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack que conveniou formalmente as comunidades terapêuticas com o SUS (Decreto 717– intitulado de “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”). Este plano teve como principal e primeira ação imediata a ampliação de leitos para tratamento de usuários de crack. Após esta publicação, foi lançado o Edital 001/2010 do Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, SENAD e Ministério da

Saúde para a contratação de leitos em comunidades terapêuticas. No final de 2011, o governo federal anunciou o investimento de R\$ 4 bilhões em ações para enfrentar o crack, prevendo a criação de mais 2.462 leitos para internação de usuários de drogas e a abertura de 2.500 vagas em comunidades terapêuticas. O plano contou, ainda, com uma capacitação intitulada “Fé na Recuperação”, para lideranças religiosas através de curso promovido pela SENAD. Portanto, estabelece formalmente o papel das instituições religiosas na execução da política nacional proposta pela SENAD (FOSSI, GUARESCHI, 2015, p. 97).

Ainda no ano de 2011, realizou-se um Censo das comunidades terapêuticas em todo país, onde se totalizou 1795 estabelecimentos (BRASIL, 2014). De acordo com o mapa das comunidades terapêuticas, no estado do Espírito Santo encontra-se o registro de 106 comunidades terapêuticas, sendo este o sexto estado com o maior número desses espaços (BRASIL, 2015). Matéria divulgada pelo jornal A Gazeta expôs gastos da Secretaria de Saúde, referentes a internações compulsórias, que chegaram a 17 milhões de reais (GAZETA, 2014), representando um montante que deixa de ser investido em serviços alternativos e passa a financiar a compra de leitos em instituições particulares, que, segundo a matéria, chegam a custar de 10 a 15 mil reais por mês.

O Ministério da Saúde reconhece que a drogadição durante a Reforma Psiquiátrica no Brasil não recebeu a merecida atenção, o que historicamente contribuiu para que a questão ficasse à mercê de instituições filantrópicas e de cunho religiosos, tais como as comunidades terapêuticas (BRASIL, 2005, p.1).

Nesse sentido, Oliveira (2012) afirma que durante a Reforma Psiquiátrica no Brasil os dependentes químicos permaneceram despercebidos, todavia, inseridos nos hospitais psiquiátricos, ocupando um lugar nos 120.000 leitos que existiam no país. Conseqüentemente, essa negligência fez com que a temática das drogas ingressasse tardiamente no campo da saúde mental.

Ainda convém lembrar que “não produzimos alternativas e manejos terapêuticos ou clínicos. Nós postergamos o problema tanto do ponto de vista do campo reflexivo quanto do ponto de vista institucional” (OLIVEIRA, 2013, p. 85). A Reforma Psiquiátrica possibilitou um novo olhar para a pessoa com sofrimento psíquico, mas Lancetti (2012) alerta que o mesmo não foi possível com as pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas).

Para dar continuidade ao nosso debate, é de relevância citar a Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, que diz respeito ao incentivo do financiamento das comunidades terapêuticas pelas

esferas estaduais, municipais e federais. Para usuários de drogas, chamamos atenção do leitor ao seguinte ponto:

Considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 448, de 6 de outubro de 2011, que resolve que a inserção de toda e qualquer entidade ou instituição na Rede de Atenção Psicossocial do SUS seja orientada pela adesão aos princípios da reforma antimanicomial, em especial no que se refere ao não-isolamento de indivíduos e grupos populacionais; e Considerando a gravidade epidemiológica e social dos agravos à saúde relacionados ao uso do álcool, crack e outras drogas(...) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, s/p),

Observa-se aqui uma contradição entre o previsto na lei e a realidade vivenciada nesses estabelecimentos, como aponta o Relatório da 4ª Inspeção Nacional dos Direitos Humanos, Locais para Internação de Usuários de Drogas, documento produzido pelo Conselho Federal de Psicologia, em 2011, em parceria com os Conselhos Regionais de Psicologia. A inspeção aconteceu a partir das Comissões de Direitos Humanos do Sistema Conselhos de Psicologia, em 2011, e envolveu seus atuais 20 Conselhos Regionais de Psicologia, que visitaram 68 unidades de internação voltadas aos usuários de drogas no território das 27 Unidades Federativas do nosso país. Sobre os “estabelecimentos especializados”, chamados de Comunidades Terapêuticas, a inspeção realizada pelo CFP constatou que a internação compulsória é admitida em parte das instituições (CFP, 2011).

Outra face da questão surge mesmo onde a internação compulsória ou involuntária não é admitida. Pôde-se perceber, em muitos desses lugares, uma contradição clara entre discurso e prática, já que a decisão de permanecer ou não – de dar continuidade ou interromper a internação – é intermediada pela instituição, e nem sempre de forma respeitosa. As estratégias de convencimento apostam, quase sempre, no aumento da fragilidade, recorrendo ao medo e à intimidação para dissuadir o interno de sua decisão. Uma estratégia que aposta, portanto, na submissão e não na capacidade de decisão real, no consentimento com o tratamento, como o fazem os serviços substitutivos de saúde mental, no respeito à cidadania e à subjetividade dos sujeitos (CFP, 2011, p. 191).

De acordo com o Relatório, grande número das instituições inspecionadas recebe financiamento e recursos públicos. Algumas são reconhecidas como instituições de “utilidade pública”, ficando isentas de recolhimento de impostos. Sob tal aspecto, urge a necessidade de o Estado concretizar dupla tarefa: a de fiscalizar com rigor a aplicação desses recursos e a vigilância quanto à proteção e defesa dos direitos sociais e humanos dos homens e mulheres assistidos por essas instituições.

Chamamos a atenção do leitor para o seguinte alerta construído pelo Relatório da 4ª Inspeção Nacional dos Direitos Humanos: locais para internação de usuários de droga (CFP):

Um dos pressupostos dessa lógica de “tratamento” – a separação do sujeito de seu meio social, portanto, a adoção da segregação como resposta de tratamento – revela-se de modo cristalino, na admissão feita pelos responsáveis, quanto à necessidade de romper os laços dos usuários com o mundo externo. Variando quanto ao tempo exigido de não comunicação com familiares, a maioria das instituições admite que os internos são proibidos de acessar qualquer meio de comunicação, como, por exemplo: acessar internet, ouvir rádio, ver televisão, etc., além de terem suas correspondências violadas e seu contato com familiares – presencial ou por telefone – monitorado pela instituição. O que fundamenta esta posição? A descrença, ou melhor, a desqualificação do interno como sujeito responsável, portanto, como um sujeito de direitos. Aposta-se que ele minta, distorça a realidade para “confundir” os que lhe dão suporte, opondo-os à instituição. Cabe indagar: qual a possibilidade real de tratamento de uma prática que não dá crédito, que não reconhece e desqualifica o sujeito de quem diz tratar? (CFP, 2011, p. 193).

De acordo com Damas (2015), as comunidades terapêuticas perderam sua essência, antes desenhada para o acolhimento, promoção de saúde e humanização do tratamento, contemporaneamente, em nossa sociedade, se configura por locais de exclusão e adoecimento. “[...] Se a comunidade terapêutica inglesa buscou desconstruir a psiquiatria, objetivando tornar terapêuticas instituições iatrogênicas, as comunidades terapêuticas atuais as reificam” (LANCETTI, 2015, p32).

O usuário de drogas passa a ser compreendido como um sujeito desviado de seu estado normal, frente ao sistema capitalista de produção, apresentando-se como um ser improdutivo e imoral, catalisador dos grandes problemas sociais que assolam o país. Diante dessa paisagem desviante, o dito tratamento, apresentado pela internação compulsória, convoca o dependente químico a voltar para um suposto estado de normalidade.

Nesse sentido, Bicalho (2013) assinala que

A potência da prática em direitos humanos está na problematização da violência e da exclusão produzida na sociedade. Os diversos modelos de aprisionamento produzem efeitos no mundo, que podemos (e devemos) colocar em análise. A individualização da problemática em questão configura-se como uma armadilha, pois entende que há um sujeito errado a ser corrigido. Uma alternativa possível está no reconhecimento de tal produção coletiva e do caráter político das práticas que se articulam a discursos de proteção e de cuidado. Questionar respostas políticas que são produzidas antes mesmo de serem formuladas como perguntas. Produzir redes de conversa e interrogação, apontando que a urgência do tema não pode prescindir da amplitude de nossas discussões. (BICALHO, 2013, p. 11).

O tratamento compulsório se reveste de nova roupagem, talvez mais sutil, para continuar a funcionar pela lógica do encarceramento: medida privativa de liberdade travestida de internação. Esse tratamento ainda é fortemente influenciado pelo modelo hegemônico de saúde, ou seja, o modelo dominante, com base no saber-poder médico, que dita as regras e

impõe suas normas, desconsiderando os demais fatores que compõem a subjetividade do sujeito.

Nesse sentido, o Documento de Referências Técnicas para atuação dos(as) psicólogos(as) em políticas públicas de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas), elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), no ano de 2013, assinala que,

Assim, o mundo configura-se como o lugar de constituição da subjetividade, na medida em que nele ocorrem as relações que possibilitam a construção da singularidade humana a partir do reconhecimento do outro. Mundo esse que, além de físico e biológico, é simbólico e social, e que possibilita a constituição da rede de cuidados para indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e se encontram em sofrimento psíquico, na perspectiva emancipatória de garantia de direitos individuais e coletivos, deve ser norteadada por uma compreensão de subjetividade mutável, contextualizada em um determinado momento histórico e social e constituída a partir das relações sociais que estes estabelecem na família, na comunidade, na rua e na sociedade mais ampla. (CFP, 2013, p. 67).

A compreensão do uso de drogas na contemporaneidade está para além de aspectos particulares de um determinado grupo, ou de fenômenos ditos patológicos, mas diz respeito aos modos de subjetivação. Abordar a temática da drogadição, em tempos contemporâneos, exige tanto do Estado quanto da sociedade, a análise desse fenômeno em sua dimensão subjetiva.

Nessa perspectiva, Gentilli (2010) assinala que não há como separar o sujeito da questão subjetiva e da questão social, visto que são os mesmos. A compreensão desse paradigma sempre foi uma tarefa complexa aos profissionais que lidam com pessoas em sofrimento psíquico. Atualmente, essa complexidade se estende aos sujeitos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas que despontam não apenas como mais uma demanda, mas também constituem-se enquanto o principal desafio da saúde mental em tempos contemporâneos.

5. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E A BIOPOLÍTICA: CRUZAMENTOS POSSÍVEIS.

Diante da existência, no Brasil, de certos discursos e práticas que criam uma ‘*epidemia das drogas*’, tece-se, com emergente necessidade, a criação de dispositivos que possibilitem intervenções às vidas mortificadas por estes preceitos. A internação compulsória irrompe, nesse cenário da dita drogadição, como um desses mecanismos de controle, que faz uso da ordem e da gestão sobre a vida, através de um discurso de cuidado.

Para Foucault (2002), o poder se efetua por meio de uma correlação de forças, ou seja, o poder não é uma "coisa", por isso não reside em um local determinado, não possui uma residência fixa. O poder se produz em redes, numa relação de forças, produzindo modos de sujeição e modos de subjetivação.

O aludido autor (2002) analisa o poder, escapando das definições tradicionais associadas a castigos e/ou afirmações negativas, construídas no tempo da Soberania, momento em que o poder era centrado na figura do rei, do soberano, possuidor do direito de vida e morte sobre os vassallos e súditos, numa relação de fazer morrer ou deixar viver.

Os rituais de suplícios, realizados na Idade Média, exemplificam o exercício do controle real. Nesses rituais, os inimigos da ordem eram castigados até a morte, em praça pública, não apenas por punição, mas também como meio de firmar e garantir a imagem do rei tal qual figura dominante.

Com a ascensão do capitalismo e dos interesses que os cercam, o poder de soberania passou a não mais atender à rede de forças colocadas, ou seja, já não era interessante o binômio fazer morrer, deixar viver. Outro drama do poder é desenhado, então: fazer viver - deixar morrer (FOUCAULT, 1988). Desse modo, surge a necessidade de se utilizar outras estratégias de controle que não fossem mais por meio do *fio da espada*, mas sim por mecanismos que permitissem “gerir a vida”, os quais Foucault denominou de biopolítica (VICENTINI, 2011).

A biopolítica (1988) visa promover um prolongamento da vida, com intervenções nas mais diversas faculdades humanas, tendo como mote a regulamentação e normatização da vida. A biopolítica, portanto, não se encontra voltada apenas para o homem-indivíduo, mas busca também atingir a população enquanto espécie. “A velha potência de morte, em que se

simbolizava o poder soberano, é agora, cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida” (FOUCAULT, 1988, p.152).

As tecnologias de controle direcionadas ao corpo, unificadas às tecnologias de controle voltadas a espécie humana, constituem o biopoder: o poder sobre a vida. Ou seja, o biopoder compreende as biotecnologias disciplinares direcionadas ao homem-corpo, aliadas às biotecnologias de gestão da vida, ao homem-espécie.

A disciplina é uma biotecnologia de poder que se constrói sobre o corpo de cada indivíduo; é um poder que se investe sobre o homem enquanto corpo do homem-sujeito. Para que esse processo se realize, constituem-se instituições de sequestro caracterizadas por escolas, hospitais, quartéis, conventos, fábricas, etc. Instituições essas que objetivam fixar o sujeito-corpo em uma aparelhagem biotecnológica de normatização. Transformam os homens em corpos maleáveis e moldáveis, os quais Foucault (2002) irá denominar “corpos dóceis”.

Conforme Ferreirinha e Raits (2010, p. 370), “a disciplina atravessa o corpo num ganho de força pela sua utilidade, e, por outro lado, perde força pela sua sujeição à obediência política”. A disciplina é uma ferramenta capaz de exercer o domínio e controle dos corpos, modelando pensamentos e comportamentos.

Nesse sentido, problematiza-se a internação compulsória como uma tecnologia que se engendra às estratégias de biopoder, à medida em que agregam mecanismos e estratégias políticas que objetivam disciplinar o corpo e regulamentar a vida humana. Portanto, atreve-se dizer que nas medidas de internação compulsória há práticas de um passado não muito longínquo, cujas propostas de internação visavam retirar da sociedade os “sujeitos potencialmente perigosos”, que retratavam possibilidade de risco à sociedade.

De acordo com Foucault (1975), em seu significado fundamental, o ato de internação estava associado a um mecanismo de controle, destinado à reestruturação dos espaços sociais, e à retirada dos indesejáveis. Se na Idade Média a população era assombrada pelo medo do contágio com a lepra, hoje, pode-se dizer, em uma das perspectivas, que o medo se dá frente ao cenário das drogas, anunciado pela mídia como uma “epidemia” que oferece risco. Os leprosos, outrora substituídos pelos doentes mentais, agora são caracterizados pelos usuários de crack, que precisam ser confinados para que a epidemia não se alastre.

A temática das drogas, nas últimas décadas, tem ocupado um lugar de destaque nos meios de comunicação, elencada a uma série de debates públicos, e também vinculada a outros temas correlatos, tais como as desigualdades sociais e segurança pública, entre outros que aumentam sua complexidade, fazendo com que a drogadição seja, em uma das expressões da questão¹⁰, de maior impacto na atualidade.

No decorrer da história, distintas manobras proibicionistas conquistaram legalidade e aceitação popular, a partir do momento em que os meios de comunicação começaram a divulgar uma ameaça de “pestes morais”, ou então da existência de um quadro epidemiológico. (LANCETTI, 2012). “Tão acostumados estamos com as notícias permanentemente veiculadas pela mídia ou presentes nas conversas cotidianas que entramos em uma espécie de anestesia na qual percebemos a realidade ao redor como algo pronto, imutável e inquestionável.” (BOCCO, 2006, p. 60).

Mesmo em passos lentos, o Brasil caminhava para a construção de redes em saúde mental, no atendimento aos sujeitos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas ilegais, quando os meios de comunicação passaram a disseminar no corpo social, de forma alarmante e destorcida, a existência de uma epidemia de drogas em território nacional. Em virtude dessas informações tendenciosas, desencadeou-se uma série de atos policiais em capitais brasileiras. A título de exemplo, pode destacar o caso de São Paulo, onde uma pesquisa realizada pelo Datafolha apontou que 90% da população é favorável às medidas de internação compulsória (LANCETTI, 2012), além de ser implementada, nessa cidade, “[...] uma nova forma de internação que é a internação voluntária por coação. Ou se interna ou vai preso”. (LANCETTI, 2012, p. 30).

Percebe-se que as abordagens policiais, realizadas por profissionais da saúde e da assistência social, produzem efeitos colaterais, como a quebra de vínculos para com os sujeitos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas ilícitas em situação de rua. É preciso ter consciência de que esses sujeitos internados compulsoriamente retornarão às ruas, propensos a aderir à pedagogia do crime organizado, produzindo outros efeitos no corpo social. Essa não seria uma preocupação da classe dominante, todavia. Nota-se que não há interesse da mídia em divulgar essa outra face das medidas de internação compulsória (BOCCO, 2006).

¹⁰Expressão surgida por volta de 1830 referindo-se à pobreza existente na Europa Ocidental industrializada e urbanizada. Pauperismo acentuado decorrente da industrialização.

As medidas de internação compulsória justificam suas ações policiais tomando como [...] “fundamento de realidade” a força das imagens veiculadas pela mídia nacional, das *cracolândias*, cenas de degradação humana exibidas como “prova irrefutável” da necessidade das intervenções proibicionistas e segregadoras” (CASTILHO, 2012, p.35, grifo do autor). A mídia faz com que esses *corpos drogadictos* sejam eleitos pela população como uma ameaça à ordem pública que precisa urgentemente ser combatida (OLIVEIRA, 2012).

Tais discursos midiáticos fazem com que a drogadição seja concebida tal qual uma praga, uma peste moral da contemporaneidade, que necessita ser aniquilada a qualquer custo, que reedita padrões medievais referentes ao uso pecaminoso do corpo, o qual precisa ser punido, pois rompe com o plano divino de um corpo consagrado, templo e morada do “Espírito Santo”. “O drogado ora é um afastado de Deus, um ser possuído por satanases, ora um vítima de cérebro doente que perdeu toda possibilidade de autodeterminação (LANCETTI, 2015, p34). Desse modo, a degradação física pelo uso drogas seria um castigo divino por destruir o que seria feito como obra e semelhança de Deus, igualmente à lepra, que outrora era assim concebida. O isolamento do leproso era justificado pelo fato de ele se tornar um ser impuro, incapaz de viver em sociedade, pois sua enfermidade era manifesta como punição divina.

Segundo Foucault (1975), em seu significado fundamental, o ato do internamento estava associado a um mecanismo de controle destinado à reestruturação dos espaços sociais e à retirada dos indesejáveis. Na esteira desse pensamento, Oliveira (2012) afirma que

Foucault revela, ao estabelecer as condições de possibilidade do surgimento dos Manicômios no século XVIII, o curioso trânsito na sensibilidade social europeia, em relação ao Mal, projetado enquanto exterioridade ameaçadora, que migra sucessivamente da Lepra, que marca pela via da deformidade física a condição trágica do risco da vida em sociedade, para as Doenças Venéreas, mal individualizado no século XVI, como expressão do uso pecaminoso do corpo, para só após então, pousar sobre os Loucos, candidatos socialmente disponíveis para ocuparem os lugares vazios da internação, despojados da serventia pela superação dos males antecessores (OLIVEIRA, 2012).

A palavra epidemia, de etimologia grega, pode ser entendida como *epi* (sobre); *demos* (povo). Segundo Lancetti (2015), é possível encontrar nos textos hipocráticos estudos referentes ao conceito epidemia, que pode ser apontada como um aumento de doenças com características afins em um determinado tempo e local. A terminologia tem sido aplicada para definir moléstias infecciosas, transmissíveis por meio do contato físico, de uma pessoa para a outra. Sobre esse aspecto, o uso de substâncias psicoativas, sobretudo o crack, que se destaca como a droga da vez, não poderia ser compreendido como uma epidemia, uma vez que não se

transmite por si próprio. Entretanto, a partir dos séculos XIX e XX, o termo foi ampliado, considerando como epidemia doenças transmissíveis e não transmissíveis, tendo em vista sua prevalência em um determinado local no mesmo período de tempo.

Reiteram-se a essas linhas as palavras de Lancetti (2015), embora haja fatos comprovando que “[...] a quantidade de pessoas que se tornaram consumidoras compulsivas de crack, com seus agravos, como os dependentes de álcool, por exemplo, servem para desmontar o exagero da mídia e de governantes, mas não para desconstruir essa ideia de epidemia” (LANCETTI, 2015, p.26). Torna-se relevante, para fortalecer nosso debate, apresentar os resultados do levantamento nacional referente ao uso do crack, considerado uma das maiores pesquisas da história sobre a temática. A mesma foi realizada pela Fiocruz, no ano de 2013. O estudo sobre o “Perfil dos Usuários de Crack e/ou Similares no Brasil” apresenta proeminências para auxiliar o país a lidar com a questão do crack de modo mais objetivo, coerente aos direitos humanos (BASTOS, BERTONI, 2014).

Desconstruindo o quadro epidemiológico de drogas, divulgado pela mídia, de 1,2 milhões de usuários de crack, no país, cálculo estimado para implementação de ações do programa “Crack é preciso vencer”, conforme pesquisa, seriam mais de 370 mil usuários. O levantamento evidenciou que 78,9% desses sujeitos têm interesse em realizar tratamento, e apontam como dificuldade o acesso, devido à escassez de serviços. Diferente de outros estudos, as entrevistas não foram realizadas em ambientes domiciliares, mas em locais de uso, onde 30% narraram que, antes do uso de drogas, vivenciaram experiências de violência familiar, perdas afetivas e ausência de expectativas em relação à vida. Entre as mulheres entrevistadas, 44,5% afirmam ter sido vítimas de violência sexual (BASTOS, BERTONI, 2014).

As entrevistas trouxeram outra questão importante, no que se refere ao comportamento sexual de risco entre os participantes da pesquisa, em que 53,9% relataram não fazer uso de preservativos, como também nunca terem realizado um teste de HIV. O estudo apontou que o percentual de contaminação desse público, pelo vírus HIV, é o equivalente a oito vezes mais que o restante da população, num percentual de 5% contra 0,6%. Ademais, 70% afirmaram compartilhar cachimbos e latas, o que torna maior o risco de doenças transmissíveis, como a hepatite. O levantamento constatou, ainda, que 80% dos usuários de crack também fazem uso de outras drogas lícitas, como álcool e tabaco. Os dados citados apontam para a necessidade

urgente de se investir em estratégias de redução de danos, e não em internações compulsórias (BASTOS, BERTONI, 2014).

Nesse sentido, a pesquisa nos oferece maiores subsídios para contestar a produção de discursos midiáticos, bem como possibilita ampliar nossos olhares para questão do uso e consumo de substâncias psicoativas na sociedade brasileira contemporânea, em que a concepção de uma epidemia de drogas é sustentada pela mídia, que não divulga a falta de implementação de serviços públicos, no atendimento dessas vidas que se encontram em processo de exclusão social, consolidado através das medidas de internação compulsória.

A exclusão, compreendida enquanto um processo, apresenta o excluído como sujeito cuja história de vida é marcada por um conjunto de rupturas (CASTEL, 2004). O governo, em seu esplendor biopolítico, aliado à mídia, como dispositivo de controle das massas [...] passa a divulgar efeitos como causas, justificando sérias ações jurídico-policiais, com fins de combate e controle às drogas, vistas como produtoras de formas de ser, e não produto de formas de viver [...] (VICENTINI, 2012, p. 31).

De acordo com Bocco (2006), para além dos três poderes federais, a mídia poderia ser pensada como o quarto poder, pois, com o auxílio desse dispositivo, ao mesmo tempo potente e partidário, no controle das massas, “[...] o capitalismo tem se empenhado em encobrir sua coreografia financeira e corporativa, criando, para tanto, inimigos ideais sobre os quais cairá toda a responsabilidade pelo medo e a insegurança contemporâneos” (BOCCO, 2006, p.94). O medo é um operador político que atua por meio da segregação, culpabilização e infantilização (BICALHO, 2015).

Sobre esse aspecto, Pacheco e Scisleski (2013), advertem que

O encaminhamento de usuários de drogas às comunidades terapêuticas, especialmente por meio de internação compulsória, por outro lado, vemos a insurgência de um modelo de internamento que reedita uma série de questões contrárias à criação de serviços substitutivos à internação, que operam fazendo a manutenção da lógica manicomial através de mecanismos que interditam a circulação de sujeitos tidos como *perigosos*, que é o caso, então, dos usuários de drogas. Ou seja, discute-se o encaminhamento às comunidades terapêuticas, mas não se coloca em debate a falta de implementação de serviços substitutivos em número suficiente para lidar com a questão do uso abusivo de drogas (PACHECO; SCISLESKI, 2013, p.166).

6. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA, ENTRE POLÍTICAS E CLÍNICAS POSSÍVEIS.

As medidas de internação compulsória assemelham-se a episódios de um passado não muito distante, em que as práticas de internação visavam à exclusão social dos que, de algum modo, eram vistos como perigosos, desviantes. Tais medidas trazem consigo uma ideia de “tratamento” norteada por um modelo científico medicalocêntrico, que percebe o usuário de drogas como um sujeito desviado de seu estado normal, um ser improdutivo economicamente e imoral socialmente, funcionando como catalisador dos grandes problemas sociais que assolam o país.

Consoante Castilho (2012),

Não há dúvida de que o crack é um problema grave, mas igualmente não há certeza de que a segregação do usuário seja a solução. Ao contrário, se não deu resultado no tratamento de doentes mentais, por que motivo teria que dar certo no tratamento de dependentes químicos?! A internação forçada ou não voluntária é a antítese de toda a experiência antimanicomial, pois representa um retorno ao modelo carcerário do passado. Aliás, medidas coercitivas em geral são adequadas à ideologia do castigo, na qual, por definição, é totalmente prescindível a adesão voluntária, ativa e participativa, do sujeito. Na lógica coercitiva, o sujeito é “mais que passivo”, é convertido em objeto sobre o qual deverá recair a ação definida por terceiros. O tratamento compulsório é violência; segregação sem o devido processo legal. Significa negação da liberdade individual ou, antes, da própria condição para o exercício dessa liberdade, isto é, negação da própria capacidade de discernimento e tomada de decisões por parte do usuário-dependente – como decorrência do uso de droga em si mesmo. A partir desta lógica, a exceção se torna regra, o recolhimento se converte em medida preferencial – sobretudo quando se trata de combater a “epidemia do crack” (CASTILHO, 2012, p.36).

O que faz com que a medida de internação compulsória ganhe força? Certo discurso de uma cidade asséptica, nos moldes do cartão postal, produz um desejo de uma vida cartão postal, vida que não contempla as mazelas do existir humano, criando uma humanidade ideal, incolor, neutra e inodora. Tal desejo asséptico reverbera no concreto da realidade quando, por exemplo, acredita-se que os modos de vidas singulares são perigosos e dignos de dispositivos preventivos de segurança (BAPTISTA, 2009).

Os grandes eventos que o Brasil sediará nesta década colocam em cena algumas questões: Quais modos de vidas estão se fortalecendo e quais modos de vidas estão sendo alijados? E mais, como estamos construindo nossas vidas e nossas políticas? Com quais aliados? Há aliados? Como forjar uma rede, uma aliança? Percebe-se, com isso, que a preparação para esses eventos está muito além do que erguer uma infraestrutura metropolitana, mas na

necessidade de organização de uma cidade, como dito, cartão-postal, na qual se faz necessário retirar de cena os indesejáveis. Ao passarem a ser considerados “lixo da sociedade”, os reconhecidos como menos-humanos compõem uma categoria de pessoas composta por usuários de drogas (sic) e pela população em situação de rua (BICALHO, 2013).

Esses são vistos tal qual ameaça à segurança pública, cuja presença produz medo, sentimento que nasce por efeito da violência que é diretamente associada a esses sujeitos, passando eles mesmos a serem responsabilizados por sua condição no mundo. Reitera-se aqui o que Coimbra e Leitão já provocavam: “a pobreza, ao longo dos dois últimos séculos, vem sendo associada ao perigo, à desordem, à violência, à criminalidade” (2007, p.07).

O recolhimento compulsório dos ditos degenerados sociais baliza uma estratégia higienista de cunho repressor e evidencia uma intolerância às diferenças das formas singulares de subjetividade. Adota-se, para tanto, práticas de exclusão, em nome de um tratamento que se apresenta com caráter punitivista a esses sujeitos (BICALHO, 2012). Na esteira desse pensamento, Coimbra e Leitão afirmam que a sociedade contemporânea

É percebida como o mundo livre, aberto, das liberdades democráticas, onde se glorifica o mito da mobilidade social, onde o indivíduo é percebido como aquele que, se possuir méritos, terá aprovação e reconhecimento, “vencerá na vida”. Assim, o grande contingente de excluídos teria uma essência faltosa, seriam considerados marginais, desordeiros, danosos e pecadores. Da mesma forma, os contestadores, os não convencionais, os diferentes, os fora-da-norma, os transgressores e, mais do que nunca, os inventores, criadores e construtores de outros modos de viver e existir também seriam indesejáveis, pois estariam habitando o território da falta, do “mal”. Em suma, seriam perigosos (2007, p.06).

Com isso, faz-se notório o estabelecimento de uma lógica sustentada na compreensão do mais ou menos humano, quiçá, sujeitos que mereçam mais ou menos este reconhecimento. O *mais humano* seria então o sujeito enquadrado dentro das normas e padrões estabelecidos como ideais, submisso às regras e limites, atendendo prontamente às demandas do capitalismo e da sociedade contemporânea. Por outro lado, ter-se-ia por sujeito *menos humano* aquele que possui uma “postura desviante”, que rompe com aquilo que se propõe como ideal, burlando normas e limites impostos a ele.

Há que se afirmar a fissura, o possível em meio a essa querela. E o que há de possível, atrevese afirmar, é a vida. A vida tomada como potência de existir, a predominância de forças ativas sobre as forças reativas. Essa vida, por um fio que cambaleia e resiste, que deixa pousar aquilo que desvia... Nas palavras de Deleuze, “E o que é resistir? Criar é resistir...” (DELEUZE, 1994, p. 90). Essa vida, *ponto fora da curva*, que ao sentir ressignifica, resiste,

faz a dobra. A essa vida cuja perspectiva ética, estética e política se coloca além/aquém dos princípios moralizadores e normativos. Essa vida, a internação compulsória não cala, por mais que tente. É com ela que este texto se dedica a estar junto.

Tendo em vista o campo objeto deste trabalho, e com a clareza da diversidade discursiva da questão que ele apresenta, propomo-nos acionar discussões e avaliação a respeito das políticas implementadas para a resolução dessa questão, acompanhadas das suas tecnologias no apresentado contexto. Há quem pense que as políticas públicas estão sendo desafiadas com tais questões e, frente a isso, talvez repensem suas estratégias de atuação. Repensem suas vidas. Há, ao mesmo tempo, uma querela onde estas políticas não apenas sejam repensadas, mas forjadas. Aposta-se aqui num pensamento implicado à ação, e, nesse processo de criação, as vidas drogadas¹¹ não mais são respostas, mas questões; são princípios que balizam os discursos/práxis. Como encruzilhada política, entretanto, são também produzidas no embate de outros tantos discursos vigentes no mundo. Entre esses se fortalecem discursos de cunho moralista, que tentarão associar a essas vidas um certo caráter de perigo, promovendo uma ligação direta e ameaçadora entre drogas e violência (MOTA, 2012).

Após a década de 1970, quando o Brasil entrou na rota internacional do tráfico de drogas, houve uma conseqüente expansão do consumo ilícito de substâncias psicotrópicas no país. Ao mesmo tempo, ocorreu também um aumento significativo da participação de jovens entre 15 e 24 anos nos crimes considerados violentos, seja como autores ou como vítimas. Esses fatores, associados, têm sido sintomas de temor e preocupação em nossa sociedade, sendo apresentados como sintomas de **“explosão e descontrole”** da violência. [...] Não raro a associação entre juventude e violência é justificada pelo uso e o comércio de substâncias entorpecentes ilícitas [...] **a associação entre juventude e violência é algo que deve ser contextualizado num cenário mais amplo, que traga à tona a forma como o Estado, em suas múltiplas esferas e poderes, está organizado para mediar e solucionar conflitos.** Ou seja, sem levar em conta a existência de uma multiplicidade de motivos que desencadeiam o atual quadro de violência, medo e insegurança no país, somos impedidos de enxergar uma lógica urbana mais ampla e complexa, em que valores tidos como chave no processo de socialização aparecem de modo fragmentado. (LIMA, PAULA, 2006, p. 92-93, grifo nosso).

Nesse sentido, já associando *drogas* à *violência*, há em curso uma produção de medo. E mais, uma produção discursiva de que é necessário combater a violência, como se combate à violência fosse sinônimo de combate às drogas. Sem colocar essa máxima em questão, inicia-se uma guerra às drogas. E como é próprio das guerras, um inimigo tem que ser eleito. A população mais pobre¹² é, nesse sentido, eleita como alvo das intervenções governamentais

¹¹Por vidas drogadas, entende-se aquelas vidas que estão diretamente ligadas ao uso de substâncias atualmente ilícitas.

¹²Vale pontuar aqui que ao dizer ‘população mais pobre’ não estamos tachando todos numa categoria ‘pobre’, produzindo como efeito dicotomias pobres x ricos. Destacamos ainda que não podemos negligenciar no Brasil

para a redução da criminalidade. Urge, pois, analisar quais cadeias discursivas de produção de verdade têm sustentado tomar ao pé de igualdade *pobreza, violência e drogas*. E ainda, como, ao torná-las sinônimos, temos produzido entradas para lidar com as ditas vidas drogaditas? (CERQUEIRA, 2010). Gilles Deleuze (2004) afirmava que uma vida ética só pode ser tomada em imanência¹³ de uma vida plural e, ao mesmo tempo, singular. Tais vidas são compostas e atravessadas por linhas de forças que têm naturezas das mais distintas. Machado, na esteira de Deleuze, atenta-nos que

é necessário termos claro que é de vida que se trata, do arpejo que percorre a pele, do olhar que vagueia por outros sons, do ouvido que escreve outras palavras, das mãos que sentem a textura de outras paisagens (DOMINGUES, 2010, p.15).

Com isso, afirma-se que discursos que insistem em reduzir as possibilidades de uma vida não estão fora dessa vida; eles se tecem e ganham força nessa vida mesmo, provocando sua expansão ou seu constrangimento. Tomados por uma vida afirmativa, reitero que não se trata de uma eleição dos homens do bem ou do mal, mas da clareza de que existem bons ou maus encontros que forjam vias a uma vida ética, ou não. Não se pretende, com essa pesquisa, uma censura moral à vida, mas pensar as redes de relações que enunciam tais questões.

Sobre esse aspecto, Bicalho (2013, p. 20) adverte que,

Portanto, nossa discussão é muito menos uma discussão das formas e muito mais uma discussão das forças. É preciso considerar que o poder que analisamos não é o poder soberano da época dos suplícios característico dos séculos XV e XVI. Também não estamos colocando em discussão apenas o poder gerenciado pelas instituições disciplinares, mas principalmente o poder que se dá por meio da sutileza, um poder que faz funcionar e que opera a partir da lógica da proteção e do cuidado.

Pode-se pensar, então, que não há quem esteja isento das relações de força. Todos estão, em graus diferentes, ligados a essa questão. As ações, nesse sentido, são necessariamente políticas. E assim são justamente por portarem um caráter produtor de realidades. Emerge em meio a esse cenário um ator intrigante: a internação compulsória.

Lancetti (2011) diz que a internação não deve ser tomada como fundamento para o exercício clínico, pois segregar seres humanos a espaços de exclusão não significa promover cuidado: é

anos de produção de pobreza e sucateamento da vida. Acreditamos que a pobreza material, resultante do modo como estamos mundialmente organizados, é algo extremamente complicada. Entretanto estamos atento com o discurso que tenta separar o ‘bom pobre’ do ‘mau pobre’, como nos atenta Monique Borba, onde estaria na categoria dos bons aqueles que aceitam e se submetem aos regimes mais duros de servidão; e na ala dos maus aqueles que subvertem e negam mandados, desobedientes e que por sua petulância devem pagar, as vezes com o próprio sangue, tal atrevimento.

¹³ Para Deleuze a plano de imanência consiste na produção de linhas de fugas, de um plano molar, para o molecular, possibilitando a existência de novas formas de vida.

preciso desconstruir a concepção de que tratamento é sinônimo de internação. Faz-se urgente disparar vetores ao conceito medicalocêntrico de tratamento, em que o sujeito é esquadrihado por uma série de preceitos bio-tecno-científicos, que abortam a vida em prol de uma “verdade” pautada em critérios eugenistas e higienistas. É necessário construir políticas públicas que possuam postura ética, em face dos direitos humanos, produtoras de vida e não de manobras normativas, que viabilizem um tratamento por meio de um fazer clínico que seja *peripatético*.

O termo *peripatético*, original do grego (*peritatéo*), entendido como passear, ir e vir conversando, foi utilizado para nomear a escola filosófica fundada por Aristóteles (384-22 a. C.), pelo fato de suas aulas se darem ao ar livre, pelo costume Estagirita de lecionar caminhando entre os Jardins de Apolo, no Liceu, perto de Ilissos, nas cercanias de Atenas. Lancetti (2011) adota o termo para debater a respeito de uma clínica que não esteja limitada apenas a um determinado espaço institucional, tornando a rua, com isso, um espaço de compreensão da vida, por meio de uma série de experiências clínicas, as quais sucedem fora do consultório.

Ampliar a clínica envolve colocar em análise: as nossas posturas, as nossas concepções, os nossos preconceitos, os nossos endurecimentos, as nossas permeáveis impermeabilidades ao que difere ao que é diferente de nós mesmos. Avaliando, cada momento, “como” e com “o que” e “quem” estamos compondo e o que estamos produzindo (MACHADO, LAVRADOR, 2009, p. 518).

Os serviços que promovem o atendimento ao usuário de drogas em situação de rua devem ser pensados como um bom encontro, algo que seja potencializador para a vida do sujeito. Contagiando-se à filosofia de Spinoza (2009), e dialogando com ela, entende-se que nossa existência se faz nos encontros dos corpos com outros corpos, das ideias com outras ideias. Assim, nossa existência se compõe por relações, infinitas relações que podem expandir a vida (quando um corpo compõe com o nosso corpo de forma a ampliar nossa potência de agir), e relações que, ao contrário, tendem a enfraquecê-la, diminuí-la (quando um corpo decompõe nosso corpo, de forma a reduzir nossa potência de agir), provocando o nosso padecimento.

Para Spinoza (2009), *bom encontro* é aquele que compõe com nosso corpo, que aumenta nossa potência para agir, que convém à nossa natureza, que produz a expansão da vida. O *mau encontro* pode ser compreendido como aquele que contraria nosso corpo, produz constrangimento à vida, vai contra a nossa natureza e decompõe nossas forças, ao reduzir nossa potência para agir. Assim, podemos falar de bons e maus encontros. De encontros e de relações que tendem à expansão da vida, ou que levam ao seu padecimento.

Torna-se preciso pensar em propostas de tratamento que sejam pautadas no cuidado, na construção de uma clínica ética compromissada em promover potência de vida e não pautada em normatização meramente estrutural. Propostas nas quais as possibilidades de atuação não se construam com base na exclusão do ser humano, mas na emancipação do sujeito, que esteja intimamente ligada à ética e aposte na potência e na expansão da vida.

Durante muito tempo, e ainda hoje, a Psicologia e o Serviço Social, juntamente com outras ciências humanas e defensores dos direitos humanos, lutaram (e lutam) contra o sistema manicomial, que retira o sujeito do convívio social e o afasta de relações caras e necessárias à ressignificação da vida. Todas essas lutas proporcionaram muitas conquistas e avanços no campo da saúde mental, seja na metodologia utilizada nos tratamentos, seja no modo com que passamos a olhar pacientes psiquiátricos.

Novas possibilidades de clínica surgiram diante do contexto psiquiátrico que apresenta a construção de uma clínica que seja política, ética e estética. Política porque reverbera no social, ética porque aposta na ampliação da vida e potência do sujeito, e estética porque questiona as formas de vida nas quais se está apostando ou produzindo. “A ética nos remete à vida (valores vitais), a estética à criação de novas formulações existenciais, e a política à produção de modos de existir atravessados por vetores de enunciação coletivos” (OLIVEIRA 2012, p. 08).

um processo de abertura às diferenças intensivas que pulsam em nós, um lidar com a tensão entre as formas postas e os estados intensivos que se insinuam e que vão desmanchando as figuras atuais e construindo outros modos de existência (LAVRADOR & MACHADO, 2009, p. 519).

Fonseca e Farina (2010) apontam duas posturas, ao se pensar em clínica, nominadas por *Klinicos* e *Clinamen*.

O termo *Klinicos* apresenta a ideia de debruçar-se sobre o leito em que se encontra um sujeito, com um suposto estado de normalidade perdido. Debruçar-se sobre o sujeito *em falta* tem por objetivo restituir-lhe algo que foi perdido, sua saúde, e trazê-lo de volta à normalidade. Tal postura, ou compreensão de clínica, remete-nos a uma busca pela normalização do indivíduo, o enquadramento do sujeito em um padrão aceitável de ser e existir. Nesse sentido, podemos aproximar a ideia de *Klinicos* ao que se propõe no modelo de clínica que se apresenta com a internação compulsória, uma clínica normativa, pautada no poder/saber das ciências médicas e jurídicas, que tendem a adequar o sujeito aos padrões de normalidade e moralidade considerados como ideais.

Uma postura oposta à ideia de *Klinicos* apresenta-se na ideia de *Clinamen*. A partir desse conceito de clínica, passamos a entendê-la como uma postura política que não se destina à normalização dos sujeitos, não busca o enquadre das diferenças em modelos fechados e padrões de existência, mas ao acolhimento e à escuta daquilo que compõe o sujeito. É uma postura política porque visa romper modos engessados de existir, e é exercida coletivamente, em contágio. Essa postura nos propõe a construção de uma clínica da expansão de *uma vida*, que busca promover a capacidade de o usuário intervir sobre a sua realidade, considerando possíveis mecanismos produtores de potência de ação. Logo, pensar em internação compulsória é estar na contramão dessa postura ética guiada pela ideia de *Clinamen* (FONSECA; FARINA, 2010).

Uma vida, um corpo que se configura em meio às intensidades que o atravessam. Um corpo em expansão já não mais entendido como simples modo identitário de existência, ou seja, uma identidade fixada à vida, que a reconheça apenas como aquilo que é socialmente forjado e instituído. Uma vida que passa e deixa passar os afetos. Uma vida que é acolhida e ressignificada neste espaço clínico outro, aqui entendido como *Clinamen*. Não apenas à clínica são possíveis rupturas, mas aos corpos que engendram o fazer clínico, apostando na imanência entre os diferentes fenômenos que compõem a clínica: a vida que está em cena e as políticas que incidem sobre ela. Não se faz necessário regressar aos modos retrógrados de uma subjetividade instituída, na tentativa de resgatá-la, mas, “[...] se buscaria resgatar; ao contrário, é necessário criar condições para a produção de um novo tipo de subjetividade, que singulariza e que encontra as vias de sua especificação” (ROLNIK; GUATTARI, p.58, 2005).

A internação, portanto, pode ser vista como uma estratégia biopolítica que impõe um tratamento que, para o sujeito que faz uso abusivo de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas), representa muito mais um castigo do que uma forma de cuidado, “[...] pois o espaço do *clinamen* é aquele onde os modos cansados e adoecidos de viver são colocados em processo de destruição ao mesmo tempo em que se criam novos territórios existenciais (FONSECA; FARINA, 2010, p.50).

A clínica precisa estar aberta às sensações, a uma escuta dos desassossegos da contemporaneidade. Só assim mostra-se possível compreendermos, um pouco, os sofrimentos que se colocam, nos outros e em nós: os medos, as ansiedades, os pânicos, as depressões, o modismo das psicofármacos e da sociedade sem dor, as descrenças, a solidão, as indiferenças, o vício do trabalho, as intolerâncias. [...] A clínica é inseparável da vida, ela é exercício de análise desse cotidiano, é exercício de transformação desse mesmo cotidiano e se implica um esforço é o esforço de querer sair do lugar, de aceitar esse desafio de pensar na vida sem tantos pré-conceitos. (MACHADO, 2008, p. 62-64).

Com isso, surge o questionamento de se pensar em que estéticas, ou seja, que formas de clínica estão sendo produzidas e se pretendem construir com a internação compulsória. Uma clínica que produz linhas de vida ou linhas de morte? Para Fonseca e Farina (2010), o fazer clínico é comparado à arte, que, por meio da ética, consiste na produção devida. “[...] A clínica é, portanto, destrutiva das representações pretensamente universais que aprisionam a subjetividade numa história individual e pessoal, descolada das produções político-sociais” (FONSECA; FARINA, 2010, p. 50).

Torna-se possível, assim, pensar acerca dos horizontes da clínica. Oliveira (2012) define-os enquanto uma linha capaz de realizar separação entre o céu e a terra, envolvidos, em sua plenitude, por uma abertura capaz de levar a várias dimensões, pois um horizonte guia a outro. “[...] A problematização dos horizontes da clínica, portanto, nos lança nas aventuras da tentativa de pensar o sentido da vida, isto é, a questão da liberdade da existência” (OLIVEIRA, 2012, p.07).

Fortalecendo esta trama, Silva (2001) afirma que se faz necessário “clínica com cuidado” em tempos contemporâneos, nos quais atravessamos por momentos críticos; é preciso que as intervenções destinadas aos sujeitos que façam uso abusivo de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) sejam éticas. A ética se efetua por meio da relação com o outro, ou seja, ela se dá a partir do encontro, fazendo-nos perceber, com isso, que não há como produzir ética sozinho.

Ética é, antes de mais nada, uma ação, uma atitude, uma forma de encontrar-se com o mundo. Porém não existe a forma, existem múltiplas possibilidades de encontro. E dentre estas multiplicidades vamos escolher uma que aproxime a psicologia clínica aos fazeres de uma obra de arte, que leve em consideração o prazer do outro e que contribua para a construção de uma sociedade mais solidária e democrática (SILVA, 2001, p.04).

De acordo com Passos e Barros (2000), a clínica se apresenta como produtora de desvios, que aposta na sua dimensão multidisciplinar, a partir de um experimento que rompe com as relações de saber/poder instituídos, mas ultrapassando as fronteiras epistemológicas, não resumindo sua prática a conhecimentos dados e prontos. “[...] A direção de uma clínica que amplia seus horizontes, aponta para a possibilidade de pensar o próprio campo da clínica no que ele tem de potência de criar e recriar a cada instante” (OLIVEIRA, 2012, p.9).

A produção de uma clínica que seja ética e ampliada possibilita que o habitat desse sujeito se torne o *setting* terapêutico, ou seja, que as ruas, praças e lugares a céu aberto possam ser locais de intervenção. Para Moreira e Esteves (2012), o *setting* não se limita ao espaço físico,

mas este traz como características as relações éticas que ocorrem a partir do encontro. Por isso, o atendimento ao usuário do serviço deve ser pensado como um bom encontro, algo que seja potencializador para a vida do sujeito. “Nesse sentido, pensar a clínica como prática de liberdade, remete-nos a provocar o sujeito ético-político a criar transmutações nas perspectivas políticas que o constituem” (OLIVEIRA, 2012, p.12)

Desse modo, a clínica, na concepção que queremos aqui abordar, exige óticas ampliadas que possibilitem uma visão panorâmica dos horizontes que a englobam e dos por ela englobados. Como imagem caleidoscópica, que muda a cada movimento criando combinações variadas, mas sem padrão, os horizontes da clínica, como um *éthos*, não nos indicam pressupostos essencialistas, estáticos, padronizados. Ao contrário, a perspectiva da clínica como uma ética leva-nos a paisagens subjetivas provisórias, que se modificam continuamente no dinamismo espaço-tempo [...] (OLIVEIRA 2012, p. 14).

Ao se pensar em uma clínica produtora de desvios e acolhedora das diferenças, assim como contrária e questionadora das normalizações, conseguimos pensar em alguns projetos que já existem e estão em funcionamento na sociedade brasileira, inclusive como políticas públicas de saúde. A visão que se tem sobre tais políticas, entretanto, precisa ser trabalhada, estimulada e afirmada a todo o momento, para que as mesmas não sejam capturadas e enquadradas em um modelo tecno-científico de clínica, ou, essencialmente *klinicos*.

7. CONTRADIÇÕES DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: O PREVISTO E O VIVIDO PELOS USUÁRIOS DE DROGAS.

Ainda que seja inegável que a Lei 10.216/01 é uma conquista para a política de saúde mental, percebe-se que a mesma tem sido burlada em alguns de seus princípios, com usuários que fazem uso problemático de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) internados, com base nas medidas compulsórias, em comunidades terapêuticas. Nesse sentido, serão assinalados neste trabalho alguns pontos relevantes, a partir dos depoimentos dos participantes da pesquisa, que evidenciam as contradições da internação compulsória com o previsto na lei.

Assegura-se, no art. 2, inciso I, da Lei 10.216/01, “melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades” (BRASIL, 2001). No mesmo propósito, o inciso II do mesmo artigo enfatiza que a pessoa precisa “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” (BRASIL, 2001). Entretanto, observa-se nos relatos abaixo que as comunidades terapêuticas nem sempre seguem essa lógica, distanciando-se do que está previsto na lei, como nos demonstra o seguinte excerto de entrevista:

Eu tenho histórico de internações, já vi de tudo, internos sendo amarrado, levando tapa na cara, ficar sem comer ou ter que comer no chão, ficar sem visitas, sem contato com a família, levar mangueirada (sic) de água fria, tomar tanto remédio a ponto de cagar (sic) e mijar (sic) na roupa, como você acha que uma pessoa dessa vai sair da internação? O cara chega ruim e sai pior. (Sujeito 2).

Quando você é viciado você deixa de ser gente. Não vou falar que todas as clínicas são ruins, mas acontece muita coisa nelas que eu acho errado, ou você fica de boa ou se fode (sic). (Sujeito 5).

Já ouvi histórias de pessoas que ficaram internadas que parece até filme de terror. (Sujeito 3)

Além do inciso II, observa-se que os incisos III e IV também são violados, o que mostra que o processo terapêutico, na internação compulsória, permanece inexistente, pois a identidade profissional é corrompida a partir do momento em que o profissional deixa de ser visto como alguém capaz de acolher e passa a ser compreendido como um relator de comportamentos que podem ameaçar a saída do residente da instituição. Pode-se observar, nos depoimentos abaixo, tal contradição:

[...] lembro, que fiquei internado uma vez em uma clínica que a psicóloga me atendia como se fosse policial. Ela falava por mim, e dizia que se eu não me comportasse, ia pôr no meu relatório. Depois mandava falar o que eu tava sentindo. Tudo que eu sentia era raiva, mas como eu ia falar? Só dizia que tava tudo bem, mas eu queria poder ser ouvido, menos julgado, isso faz diferença. Estou falando isso

com você porque eu li no papel que assinei que isso não vai alterar em nada na minha alta, por que a galera tem medo até de participar de uma pesquisa assim. Você viu, teve gente que não aceitou [...] (Sujeito 4).

Esse depoimento nos leva a questionar, juntamente a Bocco (2006), sobre qual psicologia tem sido promovida pelos profissionais da área que atuam dentro desses contextos de reclusão social, uma vez que assumem o papel de psicotiras (sic). Canal (2012, p.43) afirma que “[...] esses profissionais devem exercer ainda a vigilância a posteriori, para que seja assegurado o cumprimento da sanção penal. Mais uma vez, os técnicos fazem às vezes de carrascos”. Outros depoimentos demonstram como essa postura rígida adotada inviabiliza o processo terapêutico:

Tem horas que você quer falar, mas tem medo do que vão fazer com aquilo que você disse. Às vezes, o que você fala pode ser usado contra você. Peixe morre pela boca, então é melhor ficar quieto (Sujeito 6).

[...] a gente precisa aprender o que falar aqui dentro, seja uns com os outros, e principalmente com os profissionais que estão acima de nós, nos avaliando. Aqui dentro vale o que eles disserem a seu respeito, o que tiver escrito no papel (Sujeito 7).

Percebe-se que o sigilo profissional mostra-se ameaçado, com a elaboração dos relatórios que informam às instâncias superiores sobre como tem sido o processo de internação do paciente. Isso fere frontalmente a ética profissional. “Tratamentos médicos obrigatórios, vinculados ao sistema penal, se confrontam com o direito do paciente à intimidade, e com o dever de sigilo a que estão adstritos médicos, psicólogos e demais profissionais da saúde (Karan, 2013, p. 149).

Nota-se que tais relatórios se configuram como verdadeiras formas de “vigiar e punir”, similares à figura do panóptico, que, segundo Foucault (2000), seria uma construção em que várias celas se encontram direcionadas para uma torre central, da qual é possível que um vigilante observe tudo e a todos, sem que esses o vejam. Entretanto, não se sabe quando e se realmente há alguém nessa torre os observando, a vigilância é internalizada. Para evitar possíveis punições, o vigiado age como se estivesse sendo constantemente monitorado.

Os relatórios de avaliação, elaborados mensalmente para informar a instâncias superiores sobre o tratamento dos residentes internados compulsoriamente, intervêm sobre o corpo e produzem subjetividades que interiorizam a disciplina. Portanto, torna-se compreensível o medo de expor opiniões, que podem ser compreendidas como comportamentos desviantes e punidas com aumento da permanência na instituição, complicando o processo de alta do interno.

Torna-se evidente, a partir da observação dos depoimentos apresentados a seguir, a positivação do tratamento como punição aos desviantes, cujo bom comportamento reduziria sua pena, tal como ocorre no sistema penitenciário.

Não sei quando vou sair. É de nove meses a um ano, entendeu? Mas, dependendo do comportamento, eu posso sair bem antes (Sujeito 2).

O jeito é ficar de boa, porque se você quiser aprontar, mostrar muita agitação, ansiedade, é sinal que você não está pronto para sair. E ninguém quer ficar aqui muito tempo (Sujeito 1).

O bom comportamento ajuda a gente sair no tempo certo (Sujeito 3).

Tem que obedecer, baixar a cabeça. Se você se comporta bem, é sinal que o tratamento está funcionando (Sujeito 4).

Além de duvidosa eficácia, as medidas de internação compulsória invalidam todo processo terapêutico, conforme expressam os residentes, ao se queixarem de temer expor suas questões, pelo fato de se sentirem avaliados e receosos pela não obtenção da alta, escondendo sentimentos e dissimulando comportamentos, forjando uma manipulação. Outros depoimentos reforçam esse pensamento:

Dizem que o adicto é mentiroso, manipulador. Eu concordo. Mas me diga, quem falaria algo que poderia ser utilizado contra si mesmo, que vai estar no seu relatório, que vai ser avaliado por um juiz? Pior ainda, eu acho pior quando é o psiquiatra pois ele não está aqui direto com você e vai decidir da sua vida, da sua liberdade, com umas perguntinhas (Sujeito 2).

O depoimento acima ainda nos chama atenção para o inciso V, no qual a lei assegura a presença médica “em qualquer tempo”, para prestar esclarecimentos ao paciente sobre seu estado; e também para o inciso VII, que assegura ao paciente “receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento”. Com isso, observa-se que os residentes possuem contato mensal com o psiquiatra, apesar de os mesmos se queixarem de pouca presença para atendimento.

Estou esperando o psiquiatra passar, olhar pra mim e me passar um remédio. É muito rápido a consulta com ele. Deve ser também porque tem muita gente para ele consultar (Sujeito 2).

Eu ficava preocupado porque o psiquiatra nem falava, só fazia umas perguntas e depois mandava eu sair. Eu pensava comigo: “Será que ele tá me achando doido?” Eu não sabia se isso era bom ou ruim, eu ficava preocupado, eu pensava: “Como ele vai me dar alta?”. Depois eu fui perguntando à galera e eles disseram que é assim mesmo, ele não demorava para atender (Sujeito 3).

Estou esperando o psiquiatra vir aqui esse mês, pra poder mexer na minha medicação. Quando eu penso que vai diminuir, ele aumenta. É a única coisa que ele faz! Passar remédio (...)” (Sujeito 1).

Segundo Caponi (2009), de certo modo, a medicalização passou a compor todos os domínios da existência humana, regulamentando a vida e os comportamentos desviantes. Torna-se evidente que automedicação é uma realidade presente na vida desses jovens, como é possível observar nos depoimentos a seguir:

Tem uns que planejam fugir. Aí eles tomam um remedinho pra ficar dormindo. Aí no outro dia pensam melhor (Sujeito 3).

Rapaz, já tomei tanto remédio, tudo que você pode imaginar, que nem sei mais o que eles estão me dando. Se fizer efeito e me deixar de boa, tá bom pra mim e pra eles também (Sujeito 5).

Eu tomo meus remédios direitinho (sic). Os remédios ajudam muito. Assim você não fica pensando muito na vida (Sujeito 6).

Nesse sentido já colocado, os medicamentos também são drogas, contudo, substâncias que se encontram sobre o domínio do saber/poder médico. Investe-se em um tratamento que visa impor a esses sujeitos uma vida abstinentes ao uso de drogas, em uma sociedade na qual essas substâncias são produzidas e consumidas a cada dia com maior frequência e intensidade (VICENTINI, 2012). “Se não estamos felizes, recorreremos à pílula da felicidade, ou antidepressivos, e até à pílula da beleza. Há também outras técnicas que pretendem acabar com nossas mazelas, com a insuportável dor de existir” (ZIMMER, 2011, p. 56). Como reforço a esse pensamento, seguem os depoimentos:

Os remédios me dão força para estar aqui (Sujeito 1).

Eu tinha muita ansiedade, entendeu? A ansiedade tomava conta de mim, entendeu? Hoje eu já não sinto ansiedade igual eu sentia, mas devido também os remédios (Sujeito 2).

Tem horas que o remédio já não faz mais efeito, aí você tem que tomar mais e mais, igual à maconha. Principalmente aqui dentro, você precisa usar para dormir, para acordar, para viver (Sujeito 4).

No que se refere ao inciso VI, que diz respeito ao fato de o residente ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis, há sua infração dentro de comunidades terapêuticas, que regulam esse acesso, no monitoramento de conversas telefônicas e possibilidade de suspensão às visitas, caso o paciente não apresente bom comportamento ou falte às terapias e aos cultos realizados na instituição, como apontam os relatos abaixo:

Tô andando na linha, entendeu? Porque, se sair da linha, você é punido, perde visita e um monte de coisa. E eu já perdi muito na minha vida. Chega de perder (Sujeito 1).

Teve uma internação que eu fiquei cerca de 3 meses sem contato com ninguém (Sujeito 5).

As comunidades terapêuticas se assemelham aos hospitais psiquiátricos, ao proporem a internação, em tempo integral, em espaços de confinamento, em um dito tratamento que se aproxima do modelo asilar, outrora direcionado às pessoas consideradas doentes mentais ou indesejadas, que representassem algum risco à população. Dessa forma, as comunidades terapêuticas podem ser pensadas tais quais instituições de sequestro. Ao mesmo tempo em que essas instituições (escolas, presídios, hospitais etc.) oferecem proteção e assistencialismos, implantam mecanismos de tecnologia política, que são os poderes capazes de controlar o tempo e o espaço. Essas instituições são apresentadas por Foucault como instituições de sequestro (VEIGA-NETO, 2003).

Por isso, segundo Foucault, estas instituições têm por finalidade não excluir, mas fixar os indivíduos. A escola não exclui os indivíduos; mesmo fechando-os; ela os fixa a um aparelho de transmissão do saber. O hospital psiquiátrico não exclui os indivíduos; liga-os a um aparelho de correção, a um aparelho de normalização dos indivíduos. O mesmo acontece com a casa de correção ou com a prisão. Mesmo se os efeitos dessas instituições são a exclusão do indivíduo, elas têm por finalidade, primeiro, fixar os indivíduos a um aparelho de normatização dos homens. A fábrica, a escola, a prisão ou os hospitais têm por objetivo ligar os indivíduos a um processo de produção, de formação ou de correção dos produtores. Trata-se de garantir a produção ou os produtores em função de uma determinada norma (MEDEIROS, 2011, p.01).

São as instituições de sequestro que, ao fixarem o sujeito-corpo em um aparelho de normatização, transformam os homens em corpos maleáveis e moldáveis, os quais Foucault irá denominar de “corpos dóceis”, como já dito. E o poder disciplinar torna esses corpos úteis quando intervém sobre eles,

[...] enquanto processo de docilização para sujeição e controle da produção de energia individual voltado ao capitalismo. Dá-nos uma clara visão dos processos de adestramentos desenvolvidos no cárcere, semelhantes em seminários, quartéis, escolas, locais em que a supressão do tempo é um forte aliado neste processo de sujeição. Identifica a aprendizagem corporativa como forma de desenvolvimento de programas bem definidos para atendimento deste estado de coisas, pautado pela dominação do sistema e pela sujeição dos seres humanos (CROSSELLI, 2009, p. 88-89).

O isolamento do mundo externo se faz necessário para que o sujeito interiorize as regras e disciplinas investidas sobre sua vida, sendo isso parte do seu processo de aprendizagem. Esse mesmo modelo ideológico se aplica dentro das comunidades terapêuticas, onde se “ensina” ao sujeito viver uma vida sem drogas, afastando-o do convívio social.

A partir de tal descrição das comunidades terapêuticas, podemos relacionar esse modelo com o manicômio. O surgimento destas instituições, embasado na compreensão de que a exclusão dos loucos estava justificada pela necessidade de um local 'protegido', com regramentos de horário na rotina dos asilados, foi por séculos justificado pelas ciências como possibilidade única para os portadores de transtornos mentais (FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 100).

Torna-se muito mais cômodo e simples disciplinar, impor, punir, segregar, negar o prazer e conter o gozo, mesmo tendo conhecimento prévio de que tais medidas não obtêm o êxito esperado. Desse modo, o debate que se propõe com o tratamento compulsório está muito além da abstinência de drogas, mas na privação de liberdade, afrontando os direitos humanos dos usuários de drogas (SILVA, 2013).

A Lei 10.216/01 prevê em seu artigo 2º, inciso IX, que o usuário deve ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Entretanto, foi possível observar, por meio das falas dos sujeitos da pesquisa, que a internação torna-se a primeira alternativa de tratamento, conforme estes depoimentos:

Cara, eu não acho que a internação compulsória seja o melhor jeito de se tratar um dependente químico. Não vejo isso como um tratamento (Sujeito 4).

Nunca cheguei a tentar outro tipo de tratamento. Nada. Só chegava a falar que eu queria me curar, que eu queria sair dessa. Por acaso existe outro modo de se tratar sem ser a internação? (Sujeito 3).

Nota-se nos depoimentos acima que a internação é apresentada como se fosse a única forma de tratamento, como se não existissem alternativas possíveis de acolhimento. Percebe-se que as internações compulsórias se tornam um processo contínuo na vida desses sujeitos, demonstrando a ineficácia dessas medidas, como reforçam os depoimentos a seguir:

Eu já fui internado uma vez no ano passado, aí eu, agora em março, fiquei dois, uns dois meses, três meses na rua. Aí, eu voltei de novo a ser internado, estava internado compulsório, também pelo governo, na outra clínica (Sujeito 5).

Essa já a minha oitava internação, e compulsória já a minha terceira, entendeu? Que a minha família não é que me obriga, mas chama o resgate para me pegar e ultimamente, agora de uns 3 anos para cá, eu não estava trabalhando mais, então minha mãe que estava sustentando meu vício (Sujeito 2).

Se eu for contar todas, são umas 18 internações mais ou menos, entendeu? Mas que eu completei, eu tenho quatro internações. Tomara que essa daqui dê jeito! Minha vida tem sido de clínica em clínica (Sujeito 6).

Ao falarem de seu tratamento, os usuários afirmam que

A internação compulsória, ela, no fundo no fundo, não vale a pena, porque você é capturado no meio da rua por um resgate, e trago [sic] por um lugar onde você passa uns meses que, se você analisar bem, tem até como fugir, mas você vai se rasgar

todo, mas que você vai ficar aqui um ano, vai embora para ter outros pacientes aqui. Primeira vez que você sair, você vai usar entendeu? Eu acho que a internação, ela tem que partir da pessoa, ela tem que querer, entendeu? Porque, se você não quiser, não vai, uma hora você surta, uma hora você vai ter que sair desse lugar. Aí, de repente, você pode sair até pior (Sujeito 1)

Eu não toa qui pra falar de ninguém. Eu tô aqui pra falar de mim, né? Mas quem usa droga não vai parar de usar contra sua vontade, obrigado, você esquece. Para mim, não tem sentido estar aqui dentro. Quando eu sair, eu vou usar [...] (Sujeito 5).

Eu penso que o maior problema da internação compulsória é quando o adicto sai da clínica, quando a família vê que não valeu a pena, até para o próprio adicto, porque a internação traz sofrimento. Não é fácil ficar preso aqui dentro, e quando você sai, percebe que essa porra (sic) não valeu de nada, porque só vai funcionar se tiver um sentido, se camarada tiver força de vontade (Sujeito 2).

Percebe-se que outras estratégias de tratamento, tais como o Programa de redução de danos, proposta contrária à internação das pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas), permanecem desconhecidas, conforme o relatam os participantes da pesquisa:

Redução de danos? Não! Mas se você me explicar mais ou menos como é... (Sujeito 6).

Nunca ouvi falar sobre isso: redução de danos. Nem sei se na minha cidade tem. (Sujeito 2)

Não, nunca. Não, nunca cheguei não! Nunca cheguei a tentar outro tipo de tratamento. Nada! Só chegava a falar que eu queria me curar, que eu queria sair dessa. Por acaso existe outro modo de se tratar sem ser a internação? Qual? Eu não conheço? (Sujeito 3).

[...] já fui em uns acompanhamentos em minha cidade lá, não lembro o nome, mas não me lembro de ter ouvido falar de redução de danos, não (Sujeito 7).

Entre os participantes da pesquisa, apenas um sujeito afirma ter conhecimento do Programa de redução de danos. Contudo, a mesma repressão que o programa enfrentou, desde sua implantação, permanece presente na sociedade, pois muitos familiares não chegam a tentar essa possibilidade de tratamento, como é possível observar no depoimento de uns dos entrevistados:

“Você conseguiu só cheirar pó?” Eu falei: “Não, porque no final eu vou querer algo mais forte, que vai me suprir, que vai ser a pedra”. Ele: “Se você fumar maconha?” Eu: “Se eu fumar maconha, eu fico tranquila, eu posso até ficar dentro de casa o tempo todo”. Minha mãe falou: “Isso é verdade. Se ela arrumar maconha, ela fica só dentro de casa, ela não dá trabalho nem nada, mas de repente fica meio biruta, mete o pé e vai fumar”. Mas isso acontecia quando eu ia na boca comprar maconha. Na boca não tem só maconha, tem outras drogas. Eu acabava comprando a outra droga, entendeu? Ele: “Então seu problema é o seguinte: vai e compra uma grande quantidade de maconha para que você não precise sair”. A minha mãe olhou assim pra cara dele: “Eu tô tentando tirar minha filha das drogas e você tá mandando ela comprar uma grande quantidade?” Ele: “A senhora não está entendendo”. Ela ficou nervosa, saiu de lá, levantou e foi embora (Sujeito 1).

O Programa de redução de danos caracteriza-se como um movimento instituinte. Em contrapartida, a internação compulsória seria um modelo instituído de se tratar a dependência química. Compreende-se como instituído, algo estático, cristalizado, que contém forças que tendem a arrostar as possíveis mudanças, comportando forças que tendem a produzir movimentos que transformem as formas instituídas de se viver. Contudo, isso não significa classificar o instituído como ruim e o instituinte como bom, pois, “na realidade, não teria sentido esse jogo de forças se o instituinte não se materializasse no instituído e, por outro lado, o instituído não seria funcional se não estivesse permanentemente abertos a potência do instituinte.” (LIMA, RIANI, 2014, p.01).

8. SUBJETIVIDADES EM DESCOMPASSO: O IMPERATIVO DE UMA SUBJETIVIDADE IMPOSTA

As histórias de vida desses jovens internados compulsoriamente, que compõem as linhas deste trabalho, foram avassaladas por um “fracasso”, por não conseguirem consumir plenamente formas de subjetividades capitalísticas, sendo tratados como sujeitos que já foram previamente produzidos na falta de suas garantias, sem conseguirem o ingresso na vida capitalística e suas quinquilharias que lhes atribuiriam sentido. Portanto, tornam-se “restos” descartados, sendo postos em tais medidas, para que sejam capazes de se inserir no sistema vigente de produção capitalista. A internação compulsória é um aparato que visa enquadrá-los no único modo que entendem que eles podem existir: submissos ao poder, como modo de dominação da existência humana, dentro de uma forma de subjetividade determinada, como expressa o depoimento a seguir:

Eu quero voltar a ser mãe, eu quero voltar a ser sobrinha, neta, entendeu? (Sujeito 1).

Ou seja, no estágio em que essa vida se encontra, não é possível ser, não é possível existir, apenas sobreviver. Enquanto estiver viciada ou cumprindo medida de internação, estará em impossibilidade de exercer determinados papéis sociais, uma vez que esses foram instituídos para um público específico. Como existir mãe, se ela sequer existe como sujeito?

Outro depoimento reforça esse pensamento:

[...] quando você é viciado, você deixa de ser gente [...] (Sujeito 4).

Para voltarem a “ser gente”, essas vidas precisam ser corrigidas, pois fracassaram em existir, nos modos de existência forjados pelo Estado e pelas formas jurídicas anteriores, dentro de um ideal de mundo, de uma forma de subjetividade produzida pelo capital. A internação vai tentar forçá-los a cumprir um caminho, do qual tentaram fugir: o de ser “nada”, dentro dos parâmetros instituídos de ser e estar no mundo, conforme esse sistema. Para isso, é necessário que essas vidas assumam uma forma que se configure naquilo que lhe tem sido exigido, tomando-a para si os discursos dominantes de um saber, que lhes impõem um modo de existir, como nos leva a pensar o seguinte fala:

[...] lá fora, a gente fala nóia, mas aqui dentro, a gente aprende que é adicto. Se você for visto como uma nóia, lá fora, você não consegue emprego, você mal, mal, fala com as pessoas, porque eles não te dão confiança, entendeu? (Sujeito 1).

Em meio a esse processo de forjar uma forma de subjetividade, um dos primeiros passos seria reconhecer-se como um adicto, ou seja, um servo, um escravo da substância psicoativa. Você ser um servo o torna menos degenerado do que ser um nóia. Ser doente (reconhecer e assumir a doença) é aceitável. Ser promíscuo (não se reconhecer como doente, não aceitar o caráter patológico produzido pelas ciências régias) é inaceitável. As pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas ilícitas não deixaram de ser pessoas. Entretanto, essas não são subjetividades comercializadas, tornadas produtos rejeitados pelo capital, comparadas a lixo, e, por isso, precisam ser “recicladas” para produzir, consumir, amar, viver como se exige, como se aceita. A internação compulsória atua como um meio de dominação e não uma vontade de potência que visa minar as resistências, seja por estratégias mais agressivas, ou sutis, como expressa o próximo relato:

[...] a força uma hora vai cansar. A gente tem que ter a boa vontade, não a força de vontade, entendeu? (Sujeito 1).

Precisa-se ter boa vontade para forjar um corpo docilizado, através das mazelas do sistema de produção de subjetividade capitalística, e assumir um modo de existir que esteja nesses parâmetros, em territórios existenciais delimitados a um determinado modo de existir, regido por dispositivos legais. As vidas que não se submetem a estes dispositivos, que não conseguem assumir uma forma subjetividade imposta por esse tratamento, tendem a ser depreciadas. Observa-se que o processo de recuperação, do qual estes sujeitos falam, retratam muito mais uma estratégia de docilização, ao invés de uma mudança de vida, pois os sujeitos apenas reproduzem os discursos que lhes são impostos de forma bancário, como apontam os depoimentos a seguir.

Esse processo de recuperação é como me ensinam: a recaída faz parte da minha doença, mas a recaída também faz parte da recuperação. Então, por isso que, por eu ter recaído, eu podia muito bem ter ficado na rua, não ter voltado para clínica. Mas eu voltei (Sujeito 1).

Sei que, enquanto estiver aqui, pelo menos não vou usar droga. Aqui ela não chega perto de mim. Mesmo que eu procure, não vou encontrar. O problema está lá fora. É lá que eu tenho que ser forte pra não cair (Sujeito 6).

Aqueles que não conseguem assumir essa forma de subjetividade, produzida pela internação compulsória, são fracos. Em contrapartida, os que conseguem se configurar nessa forma seriam fortes. Entretanto, a relação do sujeito com o uso dessas substâncias não é levada em consideração, pois a mesma também faz parte de um processo de subjetivação, da criação de possíveis modos de existir. Como apontam os seguintes depoimentos:

Eu tenho uma história com as drogas. Usar drogas, para mim, tem um sentido; parar de usar, não. Ela tem sido minha amiga durante anos. Nos melhores e piores momentos da vida, ela esteve comigo. Até hoje, eu posso contar com ela. Já tiraram muito de mim (Sujeito 4).

Meu maior crime foi se apaixonar pelas drogas, gostar mais dela que de mim, da minha família (Sujeito 5).

Observa-se que essas substâncias possuem um lugar na vida dessas pessoas, histórias de alegrias, medos, perdas, lágrimas, sorrisos, conquistas, auxílio, amizade, paixão.

9. REBATIMENTOS DAS DESIGUALDADES NA APLICAÇÃO DA LEI.

As políticas antidrogas, em sua historicidade, sempre estiveram direcionadas aos segmentos mais pobres da população. Conseqüentemente, “o problema mais grave da maior parte dos usuários de crack no Brasil não é o crack em si mesmo. O problema mais grave está sim em suas precárias condições de vida, na privação de direitos básicos, na miséria”. (KARAN, 2013, p. 46).

Há muito tempo, o crack está presente na sociedade brasileira, entretanto, alcançou maior visibilidade social e atenção do poder público quando deixou de ser um dilema que afetava apenas as classes excluídas; quando os seus usuários se tornaram não apenas pessoas dos guetos e habitantes das zonas periféricas, mas habitantes de bairros nobres, de alto poder aquisitivo. Rodrigues (2013) faz uso da seguinte analogia, para se referir aos diferentes segmentos de classe: “quando deixou de se pegar botijão de gás de casa para vender e comprar pedra e [se] começou a pegar o estepe do Mitsubishi, aí a coisa mudou para o crack.” (RODRIGUES, 2013, p.185).

A temática das drogas tem sido compreendida como uma espécie de “epidemia” por alguns órgãos públicos de saúde e de controle social. Para Bicalho (2013), a ideologia tecida através desta concepção parece não levar em consideração o contexto histórico-político em nosso país, sobre as condições de vida dos segmentos mais vulneráveis socialmente, “em função da conjuntura política em que nós vivemos, em que as drogas são consideradas como epidemia social e os sujeitos com ela envolvidos, lixo. Um lixo que demanda limpeza e, assim, a legitimação de um “neo-higienismo” (BICALHO, 2013, p.17).

De acordo com Castilho (2012), o fato de as medidas de internação compulsória serem equiparáveis às políticas públicas é uma questão preocupante, pois aposta em uma política de internação para o tratamento de dependentes químicos, o que retoma o modelo asilar e de reprodução do encarceramento. De acordo com o autor, tais medidas ocorrem de forma desigual, tendo em vista que a privação de liberdade recai sobre os que se encontram em situação de vulnerabilidade social, desprovidos de recursos políticos ou econômicos, como é possível observar no relato abaixo:

Uma vez saí com um amigo. Ele estava com droga no carro. Eu e ele “tinha” usado. A polícia parou o carro em uma blitz. Como o pai dele é juiz, nós fomos detidos, alguém tinha que levar a culpa, e fui eu. Ele foi solto, eu tive que passar a noite na cadeia. Minha mãe teve que ir lá pagar fiança. Arranjou o dinheiro não sei como. Eu

acho que só fui solto ainda, porque esse juiz ficou com medo de dar alguma notícia. O meu amigo traficava, mas quem foi preso como bandido fui eu (Sujeito 2).

O depoimento aponta para a equanimidade do tratamento dispensado atualmente aos usuários. Conforme Castilho (2012), ao longo da história, as políticas de repressão às drogas nunca mostraram eficácia, mas apenas aumentaram, quantitativamente, no sistema prisional, o número de jovens envolvidos com substâncias psicoativas ilegais. Na visão de Zaluar (1994), em virtude da classe social em que estão inseridas, as pessoas que fazem uso abusivo de substâncias ilícitas, embora regidas pela mesma lei, são tratadas de modo diferenciado, tanto pela sociedade quanto pelo Estado. Essa realidade pode ser observada nos depoimentos a seguir:

A sociedade não julga igual. A droga pode dar a mesma onda para o rico e para o pobre, mas a lei, não (Sujeito 1).

Ninguém vai descer porrada (*sic*) em filho de papai. Agora, prende um moleque negro da favela, tira até sangue, e todo mundo diz que está certo bater, que tem mesmo que apanhar (Sujeito 4).

Percebe-se que há uma aprovação da sociedade na realização de tais práticas de violências sobre essas vidas, vidas matáveis. Conforme Agamben (2010), na Grécia Antiga, a vida era compreendida por duas formas, sendo *zoé e bios*. À vida *bios*, atribuíam-se valor, pois estava inserida em um contexto político e moral, ou seja, faziam parte dessa vida aqueles que pertenciam à *Pólis*. Em contrapartida, a vida *zoé* não estava inserida neste contexto, o que a tornava limitada à reprodução de uma vida matável, sem valor social. Alguns depoimentos nos levam a pensar que, diante do cenário de desigualdades sociais, essas vidas que aqui narram suas experiências assumem para si uma vida *zoé*, como nos apontam as falas a seguir:

Na verdade, eu penso que a vida de um usuário de drogas não possui valor para sociedade; ele é um problema. Se você é usuário, sua vida não serve nada. Teve um tempo na drogadição que eu me senti assim (Sujeito 1).

Eu já ouvi dizer que o usuário de drogas é bom de três jeitos: ou limpo, ou em tratamento, senão morto. Usuário de drogas e pobre serve pra quê? (Sujeito 4).

As políticas de repressão e combate às drogas forjaram um perfil de usuário de drogas sustentado, até os dias atuais, por antigos discursos, “No caso do discurso moral, que associava ao consumo de drogas um ato de fraqueza de caráter ou mesmo um pecado, e do discurso eugenista, que relacionava o uso de certas substâncias ilícitas a grupos étnicos distintos e marginalizados (SCISLESKI; SILVA; GALENO; CAETANO, 2013, p.109).

Os jovens “enquadrados” nesse perfil “ameaçam a ordem social não somente pela via da segurança pública, mas porque denunciam a falência das nossas instituições de disciplinamento e os limites dos conhecimentos que produzimos”(SCISLESKI, REIS, HADLER, WEIGERT, GUARESCHI, 2012, p.30).

Pobre usando droga é *nóia* [*sic*], bandido; rico é *playboy*” (Sujeito 4)

O rico sempre vai ser o *bad boy*, o menino mau; o pobre é o *nóia* [*sic*]. Sempre foi e sempre vai ser assim (Sujeito 6).

Mota (2009) lembra que usuários de drogas ilícitas, pertencentes às classes médias e altas, são classificados como *bad boys*, ou seja, *meninos maus*, em virtude de os mesmos realizarem furtos dentro de casa e de pessoas da família, como a carteira do pai, bolsa da mãe, ou em seus guarda-roupas. Já os usuários pobres de drogas são classificados por *nóia* (que remete ao sentido de paranoia, loucura), que, para conseguirem sustentar seus vícios, precisam cometer furtos contra outras pessoas não familiares, por serem desprovidos de bens de consumo e recursos financeiros.

E assim tem gente que pensa que só pobre usa e vende droga [...] (Sujeito 5).

De acordo com Oliveira (2012), a questão social das drogas na sociedade brasileira envolve outros temas correlatos que precisam ser levados em consideração, entre eles, as desigualdades sociais e as violações aos direitos humanos, com a realização das medidas de internação compulsória. No que tange à associação de pobreza com o uso de substâncias psicoativas, Silveira (2014, p. 79) afirma que “a droga não é a causa, mas consequência. É inviável se propor uma intervenção pela consequência e não pela causa do problema”. Nesse sentido, as medidas de internação compulsória podem ser pensadas como cortinas em meio ao cenário permeado por desigualdades e injustiças sociais na aplicação das leis, que julgam conforme a cor ou classe social.

10. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA COMO PUNIÇÃO-HUMANIZADA: UM MODO CONTEMPORÂNEO DE ENCARCERAR

De acordo com Bicalho (2013), a internação compulsória de usuários de drogas opera por meio de práticas de exclusão, em nome de um tratamento que se desenha muito mais como forma de punição, pelo uso de substâncias psicoativas ilegais, do que em uma forma de cuidado. Nesse sentido, há, segundo Karan (2012), um afastamento do usuário de drogas do convívio social, sustentado por bases legais, constantes no sistema penal, que “baseiam-se no maniqueísmo simplista que divide as pessoas entre “bons” e “maus”, satisfazendo os desejos de encontrar “bodes expiatórios” que possam assumir uma individualizada culpa por todos os males” (KARAN, 2012, p.40, 2012).

Na esteira desse pensamento, Scopel e Tavares (2012) afirmam “[...] que aquele que anteriormente era reconhecido como adversário do soberano, passa a integrar o papel de inimigo social e se transforma em sujeito desviado, que carrega consigo o perigo múltiplo da desordem, do crime, da loucura” (p.110).

As teorias da inferioridade biológica, de César Lombroso, ganham, assim, continuidade, dando sustentabilidade a discursos fascistas, que preconizam que “[...] quanto mais as espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie [...]” (FOCAULT, 2005, p. 305). Sobre esse aspecto, Matsumoto (2015) afirma que “[...] a prisão dos países periféricos é uma instituição de sequestro menor, dentro de outra muito maior, um apartheid criminológico, natural. Em nossa região, o sistema penal adquire características genocidas de contenção diferente das características disciplinadoras.” (s/p).

Com o advento do capitalismo, as prisões emergem sobre um discurso de penas humanizadas, em oposição aos suplícios realizados publicamente (SCOPEL, TAVARES, 2012). A justiça terapêutica atua pelo mesmo discurso, ao propor um tratamento “mais humanizado”, através das medidas de internação compulsória. Contudo, produzem o mesmo efeito de encarceramento. Nesse sentido, o Manual de referências técnicas para atuação de psicólogos (os) em políticas públicas sobre álcool e outras drogas assinala que

[...] a questão do uso de drogas é permeada por determinantes históricos, sociais e culturais, não podendo ser reduzida a uma classificação ou a um diagnóstico patológico a ser tratado. Por outro lado, não se pode negar que o uso abusivo de álcool e outras drogas, ao colocar a substância no controle da vida do indivíduo, cria uma condição de assujeitamento e coisificação, provocando intenso sofrimento

psíquico, o que gera a necessidade e impulsiona a busca por cuidado (CFP,2013, p. 65).

Os depoimentos a seguir apontam como o tratamento imposto pelas medidas de internação compulsória passa a ser contemplado pelos jovens que participaram desse estudo como uma forma de punição, pelo seu envolvimento com uso abusivo de substâncias psicoativas ilícitas.

[...] meu maior crime foi se apaixonar pelas drogas, gostar mais dela que de mim, da minha família. Por isso estou preso nesse lugar (Sujeito 5)

[...] eu fico pensando onde eu cheguei cara! Não é à toa que estou preso aqui dentro. (Sujeito 6).

[...] quem está internado tem que entender que fez merda, por isso está aqui preso, sem liberdade, entendeu? Tem que reconhecer os erros para poder ser aceito de volta na sociedade. (Sujeito 7).

Segundo Zimmer (2012), distintas tecnologias foram utilizadas na gestão dos corpos. As medidas de internação compulsória, na atualidade, dão continuidade ao modelo asilar, no adestramento e controle da vida. Segundo Foucault (2002), os hospitais psiquiátricos foram considerados máquinas de curar, através da exclusão social, por meio de um tratamento punitivo de cunho moral, que visava à correção de comportamentos desviantes. Um depoimento de um residente aproxima a realidade de outrora, do modelo asilar de tratamento, para o que tem sido vivenciado atualmente por esses jovens, em suas internações:

[...] eu quero sair no tempo certo, mas, se nas minhas avaliações eu estiver bem, eu tenho chance de sair antes. Quero sair pelo portão, não pelo muro. Quero sair curado, com minha moral restaurada (Sujeito 6).

Barros (1994) já atentava para o fato de que o manicômio nunca deixou de existir, mas “[...] ele persiste, às vezes mais limpo, modernizado ou humanizado” (p. 173), com outra fachada, nome e endereço que podem ser encontrados na contemporaneidade como centros de recuperação, clínicas de tratamento para dependentes químicos, considerando que esses determinados espaços fazem uso das mesmas práticas utilizadas no contexto asilar, funcionando pela ideologia do encarceramento, através de um discurso de cuidado que, ao mesmo tempo, pune e aprisiona a vida, pois “[...] a disciplina traz consigo uma maneira específica de punir, que é apenas um modelo reduzido do tribunal” (Foucault, 2008, p.149), como consta nos depoimentos a seguir.

Hoje eu sou mais disciplinado em diversas maneiras, entendeu? (Sujeito 2).

Porque aqui é disciplinada a clínica, cheia de regras. Tem que ter comportamento adequado. Isso faz parte do tratamento e dá certo (Sujeito 3).

Ferrinha e Raits (2010) afirmam que as relações de poder tornam-se mais visíveis através da disciplina, “pois é por meio da disciplina que estabelecem as relações: opressor-oprimido, mandante-mandatário, persuasivo-persuadido, e tantas quantas forem às relações que exprimam comando e comandados” (p. 371). O depoimento a seguir endossa essa lógica:

A gente precisa aprender o que falar aqui dentro, seja uns com os outros e, principalmente, com os profissionais que estão acima de nós, nos avaliando. (Sujeito 4).

De acordo com Foucault (2008), as instituições de sequestro, mencionadas anteriormente, prescrevem comportamentos e normas a serem seguidas, punindo aqueles que não se submetem às regras instituídas e às posições hierárquicas presentes nesse contexto. “Nas sociedades disciplinares surgem os mecanismos voltados à incitação da vida, ao seu controle, vigilância, um poder destinado a produzir forças, a fazê-las crescer e a ordená-las mais do que barrá-las, dobrá-las ou destruí-las.” (SCOPEL; TAVARES, 2012, p. 110), como se observa nos depoimentos a seguir.

O jeito é ficar de boa, porque se você quiser aprontar, mostrar muita agitação, ansiedade, é sinal que você não está pronto para sair e ninguém quer ficar aqui muito tempo (Sujeito 1).

Tais depoimentos dão a atender como esse dito tratamento se configura como uma sanção penal e, conseqüentemente, ineficaz, pois segundo Castilho (2012), as medidas que o permeiam são “coercitivas, em geral, de restrição da liberdade e de internação compulsória, não são adequadas ao tratamento da dependência química, mas à ideologia do castigo, na qual, por definição, é totalmente prescindível a adesão voluntária, ativa e participativa do sujeito (p. 63).

Se a pessoa não quiser se tratar, apenas fica presa aqui dentro, igual cadeia mesmo, cumprindo pena (Sujeito 1).

As medidas de internação compulsória retomam o modelo asilar de “tratamento”, outrora direcionado para as pessoas em sofrimento psíquico, atualizando a ideologia de exclusão social, na qual esses espaços sempre funcionaram atuando como prisão para os alienados, degenerados e as demais formas de subjetividade que não correspondem aos ideais de uma sociedade burguesa, regida pelo sistema capitalista.

As comunidades terapêuticas se assemelham aos hospitais psiquiátricos, ao proporem a internação em tempo integral, em espaços de confinamento, em um dito tratamento que se aproxima do modelo asilar, outrora direcionado às pessoas consideradas doentes mentais ou

indesejados, que representassem risco social. Dessa forma, as comunidades terapêuticas podem ser pensadas como instituições totais, sendo descritas pelo cientista social e escritor Erving Goffman, em seu livro *Manicômio, prisões e conventos*, que, ao comparar esses espaços, cunhou o conceito de instituições totais, definindo-as “como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 2001, p. 11).

A gente muitas vezes não vê, entendeu? O lado bom da história. A gente vê o lado ruim que tá contra a vontade, que tá preso entendeu? Que não pode sair, tá sendo vigiado, tá sendo monitorado, entendeu? Por câmera, por segurança, que fica olhando. É uma coisa meio constringedora (Sujeito 2).

Segundo Wanderley (2013), um consenso entre os pesquisadores que se dedicam ao tema da exclusão social é percebê-lo como um fenômeno amplo e complexo, que não pode ser delimitado. Nas palavras de Xiberbas (1993), “[...] os excluídos são todos aqueles que são rejeitados de nossos mercados materiais ou simbólicos de nossos valores” (p. 21). Os corpos jovens, que se encontram envolvidos com uso abusivo de substâncias psicoativas, integram esse coletivo de excluídos. A internação compulsória é um meio de incluir aqueles que nunca foram incluídos, por meio da exclusão social, em um dito tratamento que se estende como uma punição, ministrado a essas vidas através de biotecnologias disciplinares, que visam corrigir um sujeito desviado, errante. Entretanto, pouco se diz sobre a relação que esses sujeitos possuem com tais substâncias, e a função que as mesmas exercem em suas vidas.

11. DROGAS: O ESTIGMA QUE FICA

Os pacientes internados na clínica de recuperação privada, que está sendo estudada, queixam-se por se sentirem excluídos, em decorrência da influência dos preconceitos, tanto nas relações sociais, quanto na adoção de medidas judiciais, e apontam possíveis riscos maiores que temem:

Depois que você é internado, você sempre vai ser o “ex-drogado”, as pessoas sempre vão te olhar diferente. Se eu estiver na casa de um amigo, parente, e sumir alguma parada, de cara vão pensar que fui eu. Trabalho, nem se fala. Eu quero trabalhar, mas é difícil ex-drogado conseguir um trampo [sic] legal. É como se você sáisse da internação, mas a internação não sai de você, entendeu? É foda [sic]! (Sujeito 6).

E assim, tem gente que pensa que só pobre usa e vende droga. A gente não pode abrir a boca, senão veste o “paletó de madeira”. Mas tem policial, político, gente de bem que vende e usa. Tem muito que nem usa, mas vende, porque dá dinheiro. (Sujeito 2).

Tem sim muita desigualdade mano. Quer ver? Tem gente que sai da clínica, igual eu conheço, e volta a traficar. Daqui a pouco tá usando de novo, porque não consegue emprego. Você fica marcado. A parada [sic] é sinistra. Tráfico te dá grana [sic] fácil e rápido”. (Sujeito 4).

Observa-se, na fala dos residentes, que a dificuldade em se inserirem ao mercado de trabalho e retomarem a uma vida produtiva é um dos fatores de risco que pode influenciar nas recaídas e no envolvimento com o crime. As medidas de internação compulsória produzem encarceramento e exclusão social, pois mesmo após realizar o tratamento, essas vidas drogaditas continuam sendo contempladas como ameaça social.

Trabalhava como pizzaolo. Trabalhei muito de ajudante de serralheiro, de pedreiro, de tudo um pouco, né? Nunca fiquei parado, sempre me esforcei para aprender alguma coisa, mas as drogas, aos poucos, foi tirando tudo de mim. Eu sou um bom profissional, mas depois que você usa droga uma vez, mesmo se tratando e saindo da internação, todo mundo te olha diferente. É como se você ficasse marcado (Sujeito 6).

Portanto, é possível pensar, por meio da fala dos sujeitos, que as drogas e a internação se tornam estigmas¹⁴, marcas feitas a ferro e fogo, na antiga Grécia, para classificar quais pessoas deveriam ser evitadas, principalmente em espaços públicas, de modo que esses sinais alteravam o curso da vida das pessoas que a traziam em seus corpos (GOFFMAN, 2012). “O estigma internalizado é um processo subjetivo que faz com que o usuário de drogas tente

¹⁴ Os gregos, que tinham bastante conhecimento de recursos visuais, criaram o termo estigma para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo criminoso ou traidor – uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que deveria ser evitada, especialmente em lugares públicos. (GOFFMAN, 2012, p. 11).

esconder a sua condição dos outros para que consiga evitar as experiências de discriminação”. (RAZONI; NOTO; SILVEIRA, 2014, p. 11). De acordo com Goffman (2012), a sociedade estabelece um modelo de categorias com a intenção de classificar pessoas, a partir de características que determinam sua classe social.

As atitudes que nós, normais, temos com uma pessoa com um estigma, e os atos que empreendemos em relação a ela, são bem conhecidos, na medida em que são as respostas que a ação social benevolente tenta suavizar e melhorar. Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida: Construimos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social (GOFFMAN, 2012, p. 07).

Para Goffman (2012), como estigma, culpa-se o sujeito por não conseguir viver conforme o que foi exigido dele. Dessa forma, o estigmatizado toma o estigma como se fosse mercedor dessa marca. “A percepção do estigma ocorre à medida que o usuário se torna consciente das visões negativas que as outras pessoas da sociedade têm sobre o uso de drogas” (RAZONI; NOTO; SILVEIRA, 2014, p.11), conforme pode ser constatado nas falas dos entrevistados, através dos relatos abaixo:

Na verdade, eu penso que a vida de um usuário de drogas não possui valor para sociedade. Ele é um problema. Se você é usuário, sua vida não serve nada. Teve um tempo, na drogadição, que eu me senti assim. A ficha começa cair quando você vê que ninguém quer saber mais de você, quando você olha no espelho e não se enxerga [...] (Sujeito 1).

As drogas são ruins para sociedade, e quem faz uso delas é pior, entendeu? Eu vou carregar pra sempre essa marca, queira eu ou não. A droga e as internações sempre vão fazer parte do meu passado, mesmo que eu escreva uma nova história (Sujeito 2).

De acordo com Sawia (2013), é função do estigma fazer com que a exclusão seja vista como um fenômeno natural, algo necessário, sobretudo em nosso país, onde é perceptível uma “incidência dos mecanismos que promovem o ciclo de reprodução da exclusão, representado pela aceitação tanto a nível social, como do próprio excluído, expressa em afirmações como ‘isso é assim e não há nada pra fazer’” (SAWIA,2013, p.24).

Eu acho que, que é isso ai mesmo, a compulsória mesmo. O jeito é o governo tá ajudando bastante com a compulsória. O dinheiro que eles pagam, eles também poderiam inventar outro negócio, mas não sei se adianta, pois inventaram o CAPS, esse outro negócio que você falou, redução de danos, não é? Então, já tá ajudando bastante (Sujeito 6).

Olha, as compulsórias, para mim, são para as famílias que não têm condição de pagar uma particular, né (*sic*)? É bom! Nesse caso, não é tão ruim não. É um benefício que o governo dá para as famílias mais carentes. (Sujeito 6).

Eu ainda acho que a internação compulsória é o único jeito do Estado ajudar essas pessoas que não tem grana para se tratar (Sujeito 3).

Telles (2001) afirma que esse processo de desqualificação social, produzido pelo estigma, faz com que direitos sejam compreendidos como atos benevolentes. Nesse sentido, mais uma vez, torna-se evidente que a internação compulsória produz na vida desses sujeitos o mesmo efeito que o estigma, conforme o depoimento desses participantes que percebem o tratamento compulsório como um “favor”, não como um direito estabelecido pela Constituição de 1988, e também respaldado pela lei 10.216/01.

Outros depoimentos apontam que o diagnóstico profissional estigmatiza as relações sociais:

Tem gente que fala: “Ah! Não interessa o que os outros falam de mim”. Interessa sim! Porque é a sua personalidade, o seu perfil social, entendeu? Se você for visto como um, lá fora a gente fala ‘nóia’, mas aqui dentro a gente aprende que é adicto. Se você for visto como uma ‘nóia’ lá fora, você não consegue emprego. Você mal, mal fala com as pessoas, porque eles não te dão confiança, entendeu? (Sujeito 1).

Teve um psiquiatra que já me disse que eu vou ser sempre um dependente químico. Se fosse hoje, eu perguntaria para ele: “porque me tratar então?”. Entendeu? Nunca vou esquecer isso (Sujeito 2).

Para Foucault (1975), o diagnóstico profissional produz uma verdade sobre esses corpos, discursos esses que podem exterminar a vida, culpabilizar ou inocentar emitidos pelos peritos do saber. Nesse sentido, “o exame psiquiátrico possibilita a transferência do ponto de aplicação do castigo, da infração definida pela lei à criminalidade apreciada do ponto de vista psicológico-moral”. (1975, p.22). Cabe questionar o que, então, esses laudos e exames têm produzido na vida destas pessoas.

12.VIABILIZAR A ESCUTA É PRECISO: POR UMA CLÍNICA QUE PERMITA A VIDA.

Novamente retorna-se a problematização da *clínica* e de suas dimensões. Desta vez, para pensar que escutas têm sido realizadas nesse cenário da internação compulsória. Para tanto, inicia-se como o seguinte depoimento:

[...] a pessoa tem que querer, senão não vale a pena, não tem sentido. Aqui dentro ninguém vai usar droga, não tem. O problema é quando você sai, pra se manter limpo, porque o desejo volta. Se você não tiver firme, você cai [...] (Sujeito 2).

Verifica-se, nesse depoimento, que a internação, seja compulsória ou não, restringe nossas intervenções à ideologia do encarceramento, a uma postura *Clínicos*, em lugar de uma clínica ampliada, no atendimento aos sujeitos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas ilegais. Nota-se uma clínica limitada, que não permite a expansão de uma vida, pelo contrário, minimiza-a, inviabiliza a experimentação dos afetos, como apontam os depoimentos a seguir:

Enquanto eu estiver aqui dentro, minha vida é essa. Eu tenho que manter meu foco aqui dentro (Sujeito 1).

Aqui dentro, você sempre tem que mostrar que está bem. Se você ficar triste, é abstinência. E não é todo dia que a gente está tão feliz. Tem dias que a gente quer um cantinho para chorar, pensar na vida. Não tô falando de abstinência, mas estou falando de ter um tempo para pensar na vida. Mas aqui ensinam que não se pode pensar muito lá fora, no que passou. Tem que focar no tratamento, entender que sua vida agora é o que você está vivendo aqui agora (Sujeito 2).

Eu vim para poder me curar. Eu não vou ficar com esses pensamentos ruins. O pensamento tem que ser positivo, realista, sincero. Não pode ter pensamento ruim. Pensar demais nas coisas lá de fora atrapalha o tratamento, tem que pensar na vida aqui dentro. (Sujeito 3).

Minha vida agora é essa (Sujeito 4)

Eu gosto de viver do meu jeito a vida. Nas clínicas, se você pensar diferente, é errado. Se pensar demais, prejudica o tratamento. Se falar demais, é abstinência, se falar de menos, também é [...] (Sujeito 5).

[...] hoje tenho que esquecer tudo que vivi, focar no tratamento. É nisso que eu tenho que pensar; não posso deixar a tristeza me vencer. Tenho que estar feliz por estar aqui. É uma oportunidade. (Sujeito 6).

Nesse sentido, Zimmer (2012) afirma que “[...] estamos na era da gestão dos corpos. Os mecanismos disciplinares foram aperfeiçoados no século XVIII e coexistem em nossa sociedade, causando assujeitamento, impactando as vidas” (p. 54). Como vislumbrar um futuro se o pensar na vida é restrito? Focar no tratamento seria esquecer toda uma trajetória, as experiências, ser imune à dor, aos desassossegos, às inquietações que permeiam a vida?

Seria isso possível? “[...] Em resposta a isso, torna-se ético encontrar territórios que permitam a afirmação da vida. É preciso encontrar um arejar em meio àquilo que sufoca, isto é, permitir a criação de novos espaços e novos ritmos” (MARTINS, MACHADO, 2013, p. 40). Essa assertiva encontra afirmação nos depoimentos que seguem:

Eu acredito que minha vida fora daqui vai ser melhor. Não vai ser fácil, mas eu tenho fé, e fé é isso, é acreditar naquilo que os olhos não veem. Eu acredito que posso viver fora daqui, que posso ficar sem droga, me controlar. Eu posso cair, mas eu vou me levantar, como já fiz antes. Quando todas as portas se fecham aqui, outras portas se abrem ali. No fim do túnel sempre há uma luz; é preciso abrir os olhos para enxergar. E eu vejo! (Sujeito 7).

[...] eles falam que nós somos impotentes, nós somos impotentes perante as drogas. A adicção grita dentro de mim, ela grita. Mas eu tenho um desejo de vencer, eu acredito que posso viver uma vida fora daqui (Sujeito 6).

Evidenciam-se, nesses depoimentos, a necessidade de assumir, no campo da dependência química, uma postura *Clinamem*, ao invés da *Klínicos*. Apostar em intervenções que permitam o bom encontro, a expansão de uma vida *bios*, não de uma vida meramente *zoé*, possibilitar linhas de fuga, na perspectiva *deleuziana*, linhas estas que tornem possível a existência neste mundo, quiçá, linhas disruptivas, que tornem possível forjar mundos outros, para uma configuração outra de existência. Linhas que permitam movimentos de desterritorialização, por vezes demarcados pela dor, como os habitados pelas vidas que compõem esta escrita.

Este trabalho acredita em uma clínica que “efetue intervenções nas vidas, nas relações, nas subjetividades das pessoas, sem cair em notória contradição ou ser rechaçada pelas próprias críticas de quem a pratica. Uma clínica que invente práxis éticas e politicamente comprometidas” (SILVA, 2001, s/p). A clínica precisa ser conhecida como um lugar de acolhimento, e não recolhimento. Um espaço que permita compreensão, não condenação ou construção de uma verdade absoluta sobre o sujeito, que permita “escutar, abrir espaço para criação de modos de existência compatíveis com uma vida solidária e generosa, acompanhar os movimentos que criam paisagens por vezes suaves, por vezes endurecidas, por vezes mortificadoras” (HECKERT, 2007, p. 10). Os depoimentos a seguir nos fazem (re)pensar qual escuta tem sido feita do que esses jovens têm a dizer sobre si mesmos:

Eu queria poder ser ouvido, menos julgado. Isso faz diferença (Sujeito 4).

Eu gosto do AA, por isso: lá, pelo menos eles me escutam, ninguém julga ninguém, ninguém te impõe nada, você é acolhido, você sente isso. Não é a mesma coisa aqui dentro (Sujeito 5).

A escuta precisa ser pensada como um meio de cuidar, e não tutelar. Entende-se por cuidar uma relação que valorize os afetos, enquanto tutelar, por outro lado, seria apenas uma obrigação, um papel a ser desempenhado, no qual se escolhe e fala pelo outro. Na drogadição, esse tutelar se efetiva por meio das medidas de internação compulsória. Uma escuta como cuidado, e que precisa ser treinada (BICALHO, 2015), é estar aberto ao que o outro tem a dizer sobre si, que, por vezes, diz muito mais sobre outras realidades. Assim, “talvez as histórias individuais que costumeiramente ouvimos falem muito menos do sujeito que fale e muito mais das políticas que têm permitido a existência desse sujeito entre nós”. (BICALHO, 2015, s/p).

13. UMA CONVERSA QUE NÃO SE ENCERRA AQUI...

Tal pesquisa não se configura delimitada apenas às linhas que aqui se tecem. No entanto, entende-se a relevância desta como um dispositivo a mais no processo de produção de resistência a um modo medicalocêntrico, higienista, serializador e bastante retrógrado de se pensar a emancipação das vidas dos sujeitos que protagonizam este estudo. Afirma-se, portanto, que esses discursos, capturados por uma engrenagem biotecnológica de poder, reitera o cenário de exclusão social, evidenciando as desigualdades e a violação dos direitos humanos, mediante situação de classe.

Entende-se que a internação compulsória surge como uma aparelhagem que visa inviabilizar os questionamentos que aqui ganham corpo. Desse modo, a produção midiática, que se estende como um dos vetores que corroboram no funcionamento dessa aparelhagem, apresentando e disseminando ideias de uma eficácia falaciosa em torno da internação compulsória, oculta expressões da questão social, tais como as desigualdades que perpassam a temática em sua complexidade.

A internação compulsória, há muito tempo, vem sendo utilizada como um dispositivo na reestruturação de espaços coletivos, retirando do convívio social todos aqueles classificados indesejados, inimigos da ordem. Historicamente, no Ocidente, as internações tiveram início na França do século XVII, e foram nomeadas de *Lettre de Cachet*, autorizações concedidas pelo soberano (o rei), para que as famílias nas quais houvessem pessoas consideradas loucas pudessem mantê-las trancadas em casa, ou entregá-las aos cuidados de uma instituição religiosa. Se outrora as *Lettres* eram concebidas como uma forma legítima de cuidar do louco, hoje, as internações compulsórias passaram a ser problematizadas teórica e eticamente.

Os *degenerados* da vez seriam os usuários de substâncias psicoativas, desprovidos de razão, justificando-se, assim, as internações compulsórias dessas vidas, que são submetidas às mais distintas formas de violência através deste dito tratamento, que se configura muito mais enquanto uma punição. Nesse sentido, foi evidenciado por esta pesquisa, através dos seus sujeitos participantes, que as medidas de internação compulsória inviabilizam o processo terapêutico, pois esses sujeitos dissimulam comportamentos, reproduzindo discursos, no intuito de conseguirem alta do tratamento, antes no tempo previsto, temerosos em permanecer mais tempo internados. Assim, as medidas de internação compulsória assumem uma postura *Clínicos*, reafirmando o lugar desse sujeito como *degenerado*, de corpo viciado, uma *vida zoé*.

As medidas de internação compulsória são uma forma retrógada que desconsidera toda trajetória militante de movimentos sociais, como a luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, apoiando modos de encarceramento da vida, que ganham forças por meio dos *desejos de manicômios*, presentes na contemporaneidade.

Se as medidas de internação compulsória nunca tiveram êxito no tratamento das pessoas em sofrimento psíquico, porque iriam funcionar para com os sujeitos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas? Esse questionamento apresenta-se pertinente, tendo em vista que o maior efeito que essas medidas produzem é a exclusão social e estigmatização destas vidas, produzindo, a elas, ainda mais sofrimento, pois as medidas de internação atuam como práticas paliativas que não mudam a realidade social destes sujeitos, produzindo mudanças significativas na vida desses sujeitos, assim como sua relação com o uso dessas substâncias.

Ainda no que diz respeito às medidas de internação compulsória, essas descartam os serviços substitutivos, como a estratégia de redução de danos, que permanece desconhecida, como se a internação fosse a única forma de tratamento possível para se promover um cuidado para essas vidas. Tal forma de tratamento entra em contradição ao se afirmar a abstinência de drogas em um cenário no qual a automedicação está presente na vida desses sujeitos, agindo com estratégias biopolíticas, que visam manter esses corpos sobre controle, considerando que, por vezes, os mesmos são administrados sem caráter terapêutico.

A Reforma Psiquiátrica não terminou. Este trabalho foi uma oposta para se pensar em encontros possíveis, frente a esse cenário tão complexo como o da dependência química. Urge a necessidade de ampliar a clínica e seus horizontes. Para isso, se faz preciso assumir uma postura *Klinamem*, apostando em uma clínica ética, estética e política. Ética porque aposta na vida, estética porque diz respeito às formas as quais assumimos em clinicar, e política porque reverbera no social, produz efeito, assim, possibilita escutas políticas.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua**. 2. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG – Humanistas, 2010.

ALARCON, S. Aos homens de boa vontade: estudos sobre sujeição e singularidade. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaaios. Subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

AMARANTE, P. **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. Coordenado por Paulo Amarante. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

_____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003

_____. Asilos, alienados, alienistas. In: Amarante P. (org). **Psiquiatria Social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

_____. **Saúde mental e Atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. **Psychiatric reform and the challenges posed by deinstitutionalization**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006.

ASSIS, J. T.; BARREIROS, G. B.; CONCEIÇÃO, M. I. G. **A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142013000400007&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jul. 2015.

BARROS, D. D. de. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, Paulo. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

BAPTISTA, L. **O veludo, o vidro e o plástico: desigualdade e diversidade na metrópole**. Niterói: EdUff, 2009.

BASTOS; F. I. BERTONI; N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Ed. 70, 2006.

BICALHO, P.P.G. Em nome da proteção do cuidado, que formas de sofrimento e exclusão temos produzido? In: **Conselho Federal De Psicologia. Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. Brasília, mai. 2013, p. 17-21.

BRASIL. Lei n. 10.216, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 de abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em:

20 nov. 2013.

_____. Lei n. 10.216, 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.

Diário Oficial da União, Brasília, 6 abr. 2001. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 20 nov. 2013.

_____. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em:

<<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Lei n. 11.343/2006, 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.

Diário Oficial da União, Brasília, 24 ago. 2006. Disponível

em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em: 20 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. **Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS**.

Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília, set. 2010, 48 p. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consult_ua17_1_11.pdf>. Acesso em: 08 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003.

Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 08 out. 2013.

_____. Decreto n. 7.637, 08 de dezembro de 2011. Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 dez. 2011. Disponível

em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7637.htm>. Acesso em: 20 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Dape. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

_____. Lei nº 12.961, de 4 de Abril de 2014

_____. **Resolução – RDC nº 101, de 30 de maio de 2001**. Exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de

substâncias psicoativas. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm>. Acesso em: 19 ago. 2014.

_____. **Resolução – RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/anvisa/108617-29.html>>. Acesso em: 12 mai. 2014.

BOCCO, F. **Cartografias da infração juvenil**. Porto Alegre: ABRAPSO SUL, 2009.

_____. A psicologia no Estado Penal: possibilidades e estratégias para subverter a judicialização. In: AYRES, L.S.M.; COIMBRA, C.M.B.; NASCIMENTO, M.L. do. **PIVETES: Encontros entre a Psicologia e o Judiciário**. Curitiba: Juruá, 2009, p.116-122.
BRITTO, R. C. **A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01**. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. Rio de Janeiro: s.n., 2004.

CAPOINI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 529-549, 2009.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1976.

CERQUEIRA, M. **Pobres, resistência e criação: personagens no encontro da arte com a vida**. São Paulo: Cortez, 2010.

COELHO, Isabel; BARROS, Maria. H. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 359-367, abr-jun 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

_____. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas/ Conselho Federal de Psicologia**. - Brasília: CFP, 2013, p.88

COIMBRA, C. M. B.; LEITÃO. M. B. Direitos humanos e a construção de uma ética militante. **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, n. 09 – jan./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.esdc.com.br/RBDC/RBDC-09/RBDC-09-165>>. Acesso em: 05 jul. 2015.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

DAMAS, F. B. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013.

DELGADO, P.G.G. **As Razões da Tutela**. Rio de Janeiro: Te Cora, 1992.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. (org.). **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIAS, R. M. **Do asilo ao CAPSad: lutas na saúde, biopoder e redução de danos**. Rio de Janeiro, Universidade Federal Fluminense, Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, 2008. Disponível em: <http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/DO_ASILO_AO_CAPSad.pdf>. Acesso em 05 jul. 2015.

EDITAL nº 001/2010/GSIPR/SENAD/MS. (2010) **Diário Oficial da União** (Brasília, DF). Recuperado em 17 nov. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/edital_comu_ter_apeuticas.pdf>. Acesso em 05 jul. 2015.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. **Estatuto**. Campinas, 2004. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/estatuto.htm>>. Acesso em: 13 jul. 2010.

FERREINHA, I. M. N.; RAITTS, T. R. As relações de poder em Michael Foucault: reflexões teóricas. **Revista de Administração Pública**, v. 44, n. 2, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122010000200008&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 jun. 2013.

FRANÇA, Fátima. Reflexões sobre Psicologia Jurídica e seu panorama no Brasil. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 73-80, 2004.

FONSECA, T. M. G.; FARINA, J. T. Clinicar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. (orgs.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012, p. 49-52.

FOSSI, L. B., GUARESCHI, N. M.F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro. v.15, n. 1, p. 94-115, 2015.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

_____. Direito de morte e poder sobre a vida. In: **História da sexualidade I: a vontade do saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 27 ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. **História da Sexualidade: a vontade de Saber**. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

_____. **Estigma notas sobre manipulação da identidade deteriorada**. São Paulo, 2010.

GOMES, V. K. I. S. **Mediatização de direitos sociais: uma análise acerca dos desafios colocados ao assistente social na Emergência Psiquiátrica de Campina Grande - PB.** 2012. 72f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2012.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo.** Petrópolis: Vozes, 2005.

HECKERT, A. L. C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** 1. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007, p. 199-212.

KARAM, M.L. Internações: aspectos jurídicos, políticos e sua interface com a saúde mental. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social.** Brasília, mai. 2013.

LANCETTI; Antônio. **Contrafissura e plasticidade psíquica.** São Paulo: Hucitec, 2015.

_____. **Desmistificação da existência de epidemia de álcool e outras drogas e medidas higienistas.** Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/cd-saude-mental/publica%20A7%B5es/drogas_e_cidadania/Drogas-e-cidadania.pdf>. Acesso em 16 fev. 2015.

_____. **Clínica Peripatética: políticas de desejo.** 6.ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

LAVRADOR, M. C. C. A psicologia e os desafios contemporâneos da reforma psiquiátrica. In: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (Orgs). **Diálogos em psicologia social** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012, p. 408-419.

LEITE, F. **Metodologia Científica.** São Paulo: Ideia, 2008.

LIMA, R.; PAULA, L. Juventude, temor e insegurança no Brasil. In: BESSA, M. A.; PINSKY, I. (Orgs). **Adolescência e drogas.** 1. ed. São Paulo: Ed. Contexto, 2004, p. 92-105.

MACHADO, L. D. Subjetividades Contemporâneas. In: BARROS, M. E. B. de (Org.). **Psicologia: questões contemporâneas.** Vitória: EDUFES, 1999, p. 211-229.

_____. O que chamamos clínica? In: ROSA, E. M. (Org). **A produção da psicologia social no Espírito Santo: memórias, interfaces e compromissos.** Vitória: UFES/ABRAPSO, 2008, p. 59-69.

MACHADO, L. A. P.; LAVRADOR, M. C. As políticas que incidem sobre a vida. **Estudos e pesquisas em psicologia.** Rio de Janeiro, n. 1, p. 118-133, jan./abr. 2010.

MARTINS, R.; MACHADO, L. A. P. Por uma ética da existência ou a criação de rotas de fuga: políticas de subjetivação em tempos contemporâneos. **Revista Lampejo,** Fortaleza, v. 1, n. 4, p. 38-45, nov. 2013.

MELO, A. M. C. Apontamentos sobre o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.4, n.10, p. 201-213, 2012.

MANSUR, T. S.; MACHADO, L. A. D. Problematizando a noção de “vítima” de violência. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, p. 183-192, 2014.

MANSANO, R. S. V. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 8 n. 2, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

MOTA, L. **Dependência química e representações sociais: pecado, crime ou doença?** Curitiba: Juruá, 2009.

NARCÓTICOS ANÔNIMOS. **Narcóticos Anônimos**. U.S.A: World Service Office Inc., 1991.

NOTA TÉCNICA 1/2011. **Esclarecimentos e orientações sobre o funcionamento de instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas** - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011.

OLIVEIRA, M. V. População de rua e consumo de drogas: vulnerabilidades associadas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. Brasília, mai. 2013.

OLIVEIRA, P. S. **Horizontes da Clínica: Deslocando a pergunta o que é um ser para o que pode um ser**. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas da Universidade Federal do Espírito Santo, 2012.

PACHECO, A. L.; SCISLESKI, A. Vivências em uma comunidade terapêutica. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 5, p. 165-173, 2013.

PAIVA, I. **Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de renascer sem pedir licença**. 174f. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.

PICCININI, W. J. Psiquiatria forense no Brasil a partir de suas publicações. **Psychiatry on line Brasil**, v. 11, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br>>. Acesso em: 21 dez. 2015.

RAUTER, Cristina. **Criminologia e Subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: REVAN, 2003.

RIBEIRO, M. Organização de serviços de tratamento de dependência química Parte I o Estrutural enquadramento terapêutico. In: FIGLIIE, N. B; BORDIN, S; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, N. R.; TUNDIS, S. A. **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1990.

RODRIGUES, S. Meu trecho, minha vida. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. Brasília, mai. 2013, p. 84-98.

RONZANI, T. M.; NOTO, A. R.; SILVEIRA, P. S. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas**. Colaboradores Ana Luísa Marlière Casela et al., Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014.

ROBAINA; C. M. V. O trabalho do serviço social nos Serviços substitutivos de saúde mental. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010.

SAWAIA, B. Introdução: exclusão ou inclusão perversa. In: SAWAIA, B. (Org). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 13.ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

SEIXAS, A. A. A.; MOTA, A.; ZILBREMANN, M. L. A origem da liga brasileira de saúde mental e seu contexto histórico. **Revista Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 82, 2009.

SILVA, É. R. Psicologia clínica, um espetáculo: dimensões éticas e políticas. In: **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2001.

STUDART, C. A questão das drogas e o Serviço Social. **Jornal O POVO**, Fortaleza, 10 mai. 2014. Disponível em: <<http://www.cress-ce.org.br/noticias/informes/artigo-quest%C3%A3o-das-drogas-e-o-servi%C3%A7o-social>>. Acesso em: 02 ago. 2015.

SCISLESKI, A.; SILVA, J. L. C.; CAETANO, C. L. C.; GALEANO, G. B.; BRUNO, B. S. Polícias de saúde: quem tem medo de usuários de drogas? **Revista Polis e Psique**, São Paulo, v. 3, p. 106-124, 2013.

SCISLESKI, A.; REIS, C.; HADLER, O. H.; WEIGERT, M. A. B. E.; GUARESCHI, N. Juventude e pobreza: a construção de sujeitos potencialmente perigosos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 64, p. 19-34, 2012.

SCOPEL, A. C.; TAVARES, G. M. **As masmorras capixabas e o ronco surdo da batalha**. Polis e Psique, São Paulo, v. 2, n. 1, 2012.

SPINOZA, B. **Ética**. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2009.

TELLES, V. Pobreza e cidadania: duas categorias antinômicas. Mínimos de cidadania: ações afirmativas de enfrentamento da exclusão social. **Cadernos do Núcleo de Seguridade e Assistência Social da PUC-SP**, São Paulo, 1996.

VARGAS, Beatriz. Eliminação versus Redução. **Drogas e Cidadania: em debate**, Brasília, 1. ed., p. 34-38, fev. 2015. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/cd-saude-mental/publica%C3%A7%C3%B5es/drogas_e_cidadania/Drogas-e-cidadania.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2015.

VEIGA-NETO, A. **Foucault e a educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

VICENTINI, N. E. **Drogas e vida**: A alteração (des)controlada sobre os dispositivos biopolíticos. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas da Universidade Federal do Espírito Santo, 2011.

VERGARA, A. J. S. Justiça terapêutica, drogas e controle social. In: IV JORNADA DE PESQUISA EM PSICOLOGIA, 2011, Santa Cruz do Sul. **Anais...** Santa Cruz do Sul: UNISC, 2011, p. 144-158. Disponível em: <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada_psicologia/article/view/10194>. Acesso em: 3 out. 2013.

VISCOVI, P. **Rumores de uma vida**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, da Universidade Federal do Espírito Santo, 2015.

XIBERRAS. M. **Les théories de l'exclusion**. Paris: Mérisiens klincksieck. 1993.

WANDEKOKEN, K. D.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Trabalho no Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas e as Políticas Públicas: que caminho seguir?. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 157-175, 2015.

ZALUAR, A. (Org.). **Drogas e cidadania**: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 171.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A – Perguntas Norteadoras

- 1) Conte como era sua vida antes de chegar a essa instituição?
- 2) O que mudou em sua vida depois que você foi internado nessa instituição para realizar um tratamento para dependência química?
- 3) Como você imagina que será sua vida ao sair dessa instituição?

APÊNDICE B – TCLE (Responsáveis)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Seu filho(a), _____, está sendo convidado a participar voluntariamente da pesquisa com o título **INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: PROBLEMATIZAÇÕES CONTEMPORÂNEAS DAS POLÍTICAS DE DROGADIÇÃO**. Os objetivos desses estudos serão: conhecer como se dão os processos de subjetividades decorrentes da internação compulsória em jovens internados mediante o cometimento de atos inflacionais e estudar como funciona o processo de internação compulsória a partir dos dispositivos legais e das determinações judiciais, ou seja, gostaríamos de ouvir sobre os sentimentos, as opiniões sobre sua internação e o que isso traz a vida do seu filho(a).

A coleta de dados se dará a partir da participação realizada através de entrevistas não padronizadas, cujo conteúdo será gravado em mp3 após a permissão do sujeito, caso a gravação da conversa não seja permitida, a mesma será redigida pelo entrevistador. A pesquisa será desenvolvida pela pesquisadora Dr^a. Raquel de Matos Lopes Gentili, e pelo mestrando Lincon Fricks Hernandes (fricksjr@hotmail.com), e sempre que quiser poderei pedir mais informações à pesquisadora através do e-mail : raquel.gentili@emescam.br.

Eu, _____, afirmo que aceitei a participação espontânea do meu filho, sem receber qualquer incentivo direto, nem ter qualquer ônus, com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) que há sigilo de dados pessoais por parte do pesquisador. Declaro que fui informado (a) que o risco de participantes da pesquisa será mínimo, pois o conteúdo dos temas serão apenas opinativos, se preservará o anonimato e sigilo dos sujeitos participantes que, caso deseje sair da entrevista, motivado por qualquer sentimento, desconforto ou constrangimento, poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento. Estou ciente que este estudo trará informações importantes sobre o conhecimento da Internação Compulsória, como por exemplo, a problematizações contemporâneas das políticas de drogadição. Fui também esclarecido (a) de que apenas o pesquisador e sua orientadora terão acesso às informações e as mesmas ficarão sob a guarda da pesquisadora até 5 (cinco anos) após a conclusão da pesquisa, quando então serão descartados de maneira adequada. A colaboração do meu filho será feita de forma confidencial e privativa através de uma entrevista com duração de aproximadamente 90 minutos, que será realizada por um profissional. Estou ciente que posso me retirar a minha autorização dessa pesquisa e também me recusar a dar alguma informação a qualquer momento, sem prejuízo nenhum ao meu vínculo na instituição ou sofrer qualquer constrangimento.

Qualquer dúvida sobre a ética da pesquisa fui informado (a) de que poderei procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM (CEP/EMESCAM), no telefone: (27) 3334-3586. Atesto o recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Vitória, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do (a) responsável legal

Assinatura do mestrando pesquisador e telefone

Lincon Fricks Hernandes
CRP/16/4102 Telefone para contato (28) 9 9902-3255

APÊNDICE C – TCLE (Participantes)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA O PARTICIPANTE



Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **Internação Compulsória: Problematizações contemporâneas das políticas de drogadição**. Os objetivos desses estudos serão: conhecer como se dão os processos de subjetividades decorrentes da internação compulsória em jovens internados mediante o cometimento de atos inflacionais; estudar como funciona o processo de internação compulsória a partir dos dispositivos legais e das determinações judiciais; ou seja, gostaríamos de ouvir sobre seus sentimentos, sua opinião sobre sua internação e o que isso traz a sua vida.

A coleta de dados se dará a partir da sua participação em entrevistas não padronizadas, cujo conteúdo será gravado em mp3 após a sua permissão, caso você não queira que a conversa seja gravada está será redigida pelo entrevistador. A pesquisa será desenvolvida pela pesquisadora Dr^a. Raquel de Matos Lopes Gentilli, e pelo mestrando Lincon Fricks Hernandez (fricksjr@hotmail.com), e sempre que quiser poderei pedir mais informações à pesquisadora através do e-mail : raquel.gentilli@emescam.br.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados dessa pesquisa serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. O pesquisador me certificou de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Qualquer dúvida sobre a ética da pesquisa fui informado (a) de que poderei procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM (CEP/EMESCAM), no telefone: (27) 3334-3586. Atesto o recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do (a) participante.

Assinatura do mestrando pesquisador e telefone
Lincon Fricks Hernandez
CRP/16/4102 Telefone para contato (28) 9 9902-3255

APÊNDICE D – Termo de Responsabilidade de Utilização de Dados



Eu,, tenho conhecimento e cumprirei os requisitos das Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Como responsável pela pesquisa intitulada “Internação Compulsória: Problematizações Contemporâneas das Políticas de Drogadição”, comprometo-me a manter a privacidade e confidencialidade dos dados utilizados nos documentos base desta pesquisa. Estou ciente de que os dados obtidos somente poderão ser utilizados para o projeto para o qual se veiculam.

Vitória (ES), ____ de _____ de 2015.

Lincon Fricks Hernandes

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Anuência



Centro capixaba de Tratamento para Dependentes Químico – Álcool e outras Drogas

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA

Título: Internação compulsória: problematização contemporâneas das políticas de drogadição.

Instituição proponente: Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM.

Pesquisador: Lincon Fricks Hernandes

Orientadora: Raquel Lopes de Matos Gentilli

Eu, Jonata, Diretor do Instituto Amanhecer de Marataize-ES, declaro ter lido e concordar que o projeto de pesquisa científica intitulado "Internação compulsória: problematização contemporâneas das políticas de drogadição" seja desenvolvido nesta instituição.

Ressalto que conforme Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12, o início da coleta de dados somente poderá ocorrer após o parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos.

Marataize-ES, 12 de Março 2015

JÔNATA MARVILA MACHADO
DIRETOR ADMINISTRATIVO

www.institutoamanhecer.com.br

Jonata do
INSTITUTO AMANHECER

09.255.305/0001-19
CENTRO CAPIXABA DE TRATAMENTO
PARA DEPENDÊNCIA QUÍMICA LTDA. - ME
RUA AIRTON DE MORENO, 125
BAIRRO ILMENITA - CEP 29345-000
MARATAÍZES - ESPÍRITO SANTO

CNPJ: 09.255.305.0001-19 – Inscr. Estadual: isento – Inscr. Municipal: 31433 – Licenc. Sanitário nº 078/11.
www.institutoamanhecer.com.br – E-mail: institutoamanhecer@hotmail.com
Rua Ayrton de Moreno, Nº 125, Bairro: Ilmenita, Marataizes-ES CEP 29345-000.
Tel: (28) 3532-7550 (28) 99935-6479.