

# **DROGAS, DIREITOS E DISCURSOS PÚBLICOS: INQUIETAÇÕES COM RELAÇÃO ÀS MODALIDADES DE INTERNAÇÃO DE PESSOAS QUE FAZEM USO DE CRACK<sup>1</sup>**

“saúde rima com cidadania, e com promoção de autonomia. Não se constrói autonomia com medidas arbitrárias e unilaterais”. (PETUCO, 2010)

ADRIANE ROSO

## **INTRODUÇÃO**

Esse ensaio teórico-crítico envolve uma reflexão sobre um tema bastante polêmico e ainda pouco investigado em profundidade que é a relação entre internação e uso de crack (forma de cocaína). De acordo com o Senado Federal (2011), há falta de dados atualizados sobre dependência química no Brasil, especialmente dessa substância. A estimativa da Organização Mundial da Saúde para o Brasil é que 3% da população é usuária de crack e isso resulta em aproximadamente seis milhões de brasileiros.

A Associação Brasileira de Psiquiatria, compilando informações, revela que o uso do crack tem aumentado progressivamente em várias partes do país, inclusive entre mulheres. Dois levantamentos domiciliares nacionais, em 24 cidades com mais de 200.000 habitantes (2001 e 2005), demonstraram que o consumo

---

<sup>1</sup> Agradeço as contribuições feitas nesse texto pelos integrantes do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Psicologia Social (LEPPSO), especialmente a Mauren de Vargas Minato, Bruna Osório e Moises Romanini que fizeram assinalamentos teóricos importantes na versão preliminar.

de crack dobrou e que a região sul foi a mais atingida, seguida pela região sudeste (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2012). Também, estudos mostram que a prevalência do uso do crack tem aumentado drasticamente entre mulheres gestantes nas últimas décadas (HOLLZTRATNER, 2010).

Contrariando a Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, a internação compulsória de pessoas que fazem uso de crack consiste numa situação cada vez mais recorrente nos serviços de saúde. Evidentemente, as possíveis consequências do uso de drogas é de interesse do campo da Saúde Coletiva, pois medidas de prevenção e promoção da saúde podem beneficiar o indivíduo e o coletivo, mas, para além disso, esse tema envolve a reflexão sobre direitos sociais, discursos públicos e ética. No caso de mulheres usuárias de crack, o tema interconecta e reaviva questionamentos éticos que dizem respeito diretamente aos direitos da pessoa usuária de drogas, incluindo seus direitos sexuais e reprodutivos<sup>2</sup>.

Notem que optarei, nesse texto, sempre pela longa expressão “pessoa que faz uso de drogas” porque nos convoca a entender o uso de drogas como um significante para o sujeito e não como um significado do sujeito. Isso evita que se entenda a pessoa como alguém encarnado, atemporalmente e descontextualizadamente, pela droga. A própria classificação “usuário de droga” exclui a pessoa na sua integralidade e nos exclui dessa relação, portanto só será usada entre aspas quando indico sua aplicação no sentido usual. Ao categorizarmos, mantemos “a ilusão de uma condição intrínseca ao objeto classificado, ilusão esta responsável pela clivagem da experiência do sujeito classificador, que se mantém excluído da mesma” (COSTA, 2009, p. 114).

Portanto, a opção pela expressão “pessoa que faz uso de drogas” busca atenuar os sentidos classificatórios que limitam a

---

<sup>2</sup> Um caso ilustrativo é o da mãe de uma mulher usuária de crack que entrou com uma ação judiciária solicitando que a filha fosse esterilizada via laqueadura tubária. A ação foi negada em primeira instância pelo juiz que considerou que não cabia à mãe pedir a esterilização da filha. A ação foi extinta antes mesmo do julgamento do mérito ou de que a jovem fosse ouvida, mas a mãe entrou com recurso (Consulte na referência bibliográfica: ZERO HORA, 2012).

autonomia do sujeito e o situam no campo patológico. Apesar de buscar contribuir com os estudos sobre o uso de drogas em geral, meu interesse é prestar especial atenção àquelas pessoas que usam drogas e que estão em sofrimento, ou seja nos sujeitos que sofrem.

Autonomia como emprego nesse ensaio está longe do ideal de autonomia cartesiano e das propostas contratualistas, a qual sujeita os indivíduos a uma submissão às normas estabelecidas a partir da vontade e da liberdade coletivas. O sentido que adoto de autonomia liga-se à Pedagogia da Autonomia, desenvolvida por Paulo Freire (1986), centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiência respeitosa da liberdade (FREIRE, 1996, p. 67)

Desde já apresento minha posição contrária à internação sem sustentação na promoção da saúde, pois desse modo ela se reverte em uma medida punitiva e não promotora de vidas. Internação sem promoção da saúde viola os Direitos Humanos. A promoção da saúde envolve valorizar a vida, a independência do sujeito e os direitos das pessoas através do cuidado de nós – não um cuidado de mim, nem de si ou do outro. É invenção de si, do Outro/mundo, para na alteridade compor um nós coletivo, que nos remete à grupalidade. Os “nós” que se amarram e se desamarram nas tramas da alteridade, promovem fluxos de direitos universais e singulares ao mesmo tempo.

Minha posição vai ao encontro da Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual se pronuncia abertamente contra a internação compulsória. Para o médico Nicolas Clark (FERNANDES, 2013), da OMS, a internação compulsória traz o risco de criar uma barreira com o dependente e afetar sua confiança, dificultando, portanto, o tratamento. Seu posicionamento é que a mesma não funciona realmente na prática e a melhor forma é o sistema voluntário de tratamento.

Em 6 de março de 2013, o relator especial Juan. E. Méndez apresentou relatório em Genebra, Suíça, alertando para práticas abusivas em todo mundo como detenção compulsória em condições médicas, violações dos direitos reprodutivos, negação de tratamento contra a dor e discriminação contra pessoas com deficiência psicossocial e outros grupos marginalizados. Para o relator, a internação compulsória e discriminação na saúde podem ser formas de tortura.

Também os Conselhos de Psicologia se manifestaram contrários

à internação compulsória, especialmente quanto a menores de 18 anos, como é o caso do Conselho Regional de Psicologia – São Paulo (CRP-SP), que ressaltou os aspectos ilegais e inconstitucionais da Resolução nº 20/2011<sup>3</sup>. Um estudo feito em 2009 mostra que 64% das unidades socioeducativas respondentes afirmaram que a rede de saúde mental recebe mandado de internação compulsória emitida pela Vara da Infância ou Ministério Público. Destas, 40% acatam o mandado e internam o adolescente, independente de buscarem ou não mecanismos de diálogo com o Judiciário (VICENTIN & GRAMKOW, 2010), o que fere claramente o que prevê a Lei 10.216/2001.

O objetivo desse ensaio é empreender uma leitura crítica, montada a partir da interlocução com minha experiência de vida, de mulher e psicóloga. Como disse Bondia (2002), a experiência “é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém ao mesmo tempo, quase nada nos acontece” (p. 21). Somente quando nos sentimos tocados é que conseguimos criar empatia pelo Outro diferente e, assim, respeitar, entender e crescer na bondade humana.

Nesse processo de leitura discursiva, tentaremos “ter olhos sutis, deixar portas abertas, sem deixar de aprofundar as questões” que nos inquietam, como o faz Orlandi (2012, p. 10). Nesse contexto, nenhuma palavra é ao acaso, cada uma é efeito de sentido e por isso a linguagem jamais será translúcida ou um espelho mimetizador do sujeito e do social.

Através da análise discursiva tento refletir criticamente sobre como funcionam diferentes discursos públicos, no caso, legislação, políticas públicas e formas simbólicas midiáticas) e como eles podem estar relacionados, um reforçando ou contradizendo o outro. Um discurso “nunca começa nele mesmo. Já há sentidos que sustentam os sentidos que se constituem nele. E, quando lemos, já nos comprometemos com esses sentidos que já estão significando naqueles a que estamos tendo acesso” (ORLANDI, 2012, p. 161). Por isso a análise de discurso envolve sempre a um ato de interpretação; trata-se de uma forma singular de ler e dar sentido a

---

<sup>3</sup> Consulte na referência bibliográfica: ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (2012).

um fenômeno social.

O capítulo está dividido em três partes que se inter-relacionam. Na primeira parte, abordo a Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001). Na segunda, a Lei 11.343/06 (BRASIL, 2006). Em ambas trarei recortes de formas simbólicas midiáticas<sup>4</sup> com o intuito de reforçar a análise discursiva. Na última parte, intitulado “Ofertas de Possibilidades: Por uma efetiva Rede de Atenção Psicossocial”, sinalizo a importância das estratégias do Projeto Terapêutico Singular e dos Consultórios de Rua para a promoção da saúde em pessoas que usam crack.

### **Lei 10.216/2001**

Os direitos e a proteção das pessoas usuárias de drogas são regidos pela Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), dirigida às pessoas acometidas de **transtorno mental**<sup>5</sup>. A escolha pela terminologia “transtorno mental” parece predominar nos documentos clínicos nacionais e internacionais, inclusive no Brasil. Segundo a OMS (2005), apesar do termo “transtorno” não ser exato e universal, ele designa a existência de um conjunto de sintomas clinicamente identificáveis ou comportamento associado, na maioria dos casos, a sofrimento e à interferência nas funções pessoais. O desvio ou o conflito social, sem disfunção pessoal, não devem ser incluídos no “transtorno mental”. Esse termo pode abranger enfermidade mental, retardamento mental, transtornos de personalidade e dependência de substâncias.

Vamos nos aproximar da terminologia “transtorno mental” e analisá-la discursivamente. Transtorno é o ato ou efeito de transtornar; alterar a ordem de; por em desordem; perturbar; alterar o viver de; demudar; desfigurar. Refere-se à contrariedade, decepção, desarranjo e perturbação mental (FERREIRA, 1987). Há, portanto, um potencial negativo na expressão. No uso cotidiano, essa

---

<sup>4</sup> Por formas simbólicas midiáticas entendo um conjunto de elementos diversos (reportagens, editoriais, notícias, imagens, etc) veiculados em diferentes meios de técnicos de transmissão de mensagens (mídia escrita e televisiva, rádio, computadores, celulares, etc) cuja finalidade, explícita ou implícita, intencional ou não intencional, é fabricar, reforçar e recriar representações sociais.

<sup>5</sup> Ao longo do capítulo poderei colocar em negrito algumas palavras, expressões e frases de modo a dirigir o olhar do leitor para algum elemento de análise.

valoração é acentuada na mídia de massa (um dos responsáveis pela criação e manutenção de representações sociais<sup>6</sup>), juntando-se, comumente, a situações que envolvem perigo e violência, como pode ser ilustrado em discursos de jornais de grande circulação:

Segundo registro policial, o rapaz teria chegado na casa do pai, por volta das 5h40min, **drogado e transtornado**. O jovem teria tentado **arrombar a porta** do quarto, onde estava a família. Ao tentar acalmar o filho, o sapateiro teria sido **ameaçado por ele com um facão**. (DIÁRIO DE SANTA MARIA, 2010/mai., online)

(...) conter um homem de 27 anos que teria chegado **transtornado** no local. Segundo a ocorrência, o indivíduo **estaria embriagado**, teria **quebrado duas garrafas e dois copos** e, depois, teria **chutado portas e mesas**. (DIÁRIO DE SANTA MARIA, 2012/jun., online)

**Transtornado por mais uma pedra de crack**, um jovem de 23 anos protagonizou cenas de **horror na madrugada** de ontem, (...). (DIÁRIO GAÚCHO, 2012/set., online)

Ora, nas formas simbólicas midiáticas são empregadas expressões que parecem despidas de significados contextuais e históricos. A relação entre transtorno e uso de drogas é direta, e pelo silogismo construímos rapidamente a relação entre usuário-violência:

Todo transtorno [mental] causa violência.

O usuário de drogas é portador de transtorno [mental].

Logo, todo usuário de drogas é violento.

Esse silogismo também foi evidenciado na pesquisa realizada pela ANDI (Agência de Notícias dos Direitos da Infância), em parceria com o Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde (Brasil, 2005). Também no estudo realizado pelo Grupo de

---

<sup>6</sup> Representações Sociais, segundo Moscovici (2003), são um conjunto de conceitos, explicações e afirmações que se originam na vida diária, no curso das interações sociais e que permitem aos indivíduos apreenderem a realidade social e o mundo que os rodeia, dando-lhes um sentido e uma explicação estáveis. Facilitam (ou dificultam) a comunicação social entre indivíduos e membros de um grupo, equipando-os de um código e sistema classificatório comuns para tratar as informações sobre outros sujeitos e objetos, estranhos ou pertencentes a outros ambientes socioculturais.

Pesquisa “Saúde, Minorias Sociais e Comunicação” observou-se associação marcante do crack com a violência; além de indicar a ênfase na repressão e no combate às drogas, a opacidade das mulheres e o alto índice de matérias do tipo reportagem, de nível factual, que podem estar indicando o motivo de tantas matérias não discutirem causas e soluções (ROSO ET al., 2013).

Enfim, arrombamento, ameaças, destruição de objetos, chute. Qual a implicação prática dessas construções? Provavelmente a geração de afastamento, isolamento do Outro, e nesse caso o usuário de drogas violento parece ser uma “reação contra algo ameaçador” (IZECKSON, 2003, p. 128). Como em um negativo de fotografia, os usuários de droga denunciam aspectos da sociedade que deveriam permanecer obscuros (IBID). Ao invés da violência produzida pela sociedade, deposita-se na pessoa que usa drogas a carga que não podemos suportar enquanto sozinhos.

São criadas bordas imaginárias entre sujeitos que justificam a separação, segregação e a internação do “usuário” a partir de desejos expressos por uma maioria. O Outro nos causa medo e sem tentar entender o que está acontecendo no mundo, passamos a confinar involuntariamente ou compulsoriamente a “encarnação do mau”. Nessa via, podemos traçar um paralelo entre o que disse Cecília Coimbra, em entrevista ao Conselho Regional de Psicologia (CRP/07) sobre a falácia do estado democrático e do próprio campo dos direitos humanos e as bordas que criamos para não aceitarmos o Outro:

Nós próprios pedimos punição, mais leis, queremos criminalizar tudo, queremos a tutela do estado sobre cada um de nós, isso nos dá segurança, isso é produzido na cabeça de cada um, nas mentes e nos corações. É um processo perverso extremamente competente, extremamente eficaz, que nos transforma em soldados cidadãos. (CRP/07, 2013, p. 20).

O adjetivo “mental” deriva de mente e está ligado ao intelecto, cérebro, pensamento, assim remete-nos à dicotomia mente-corpo. Se aceitarmos o substantivo transtorno para a pessoa que usa drogas, o mental seria relativo à quê? Seria possível um transtorno apenas da mente, como se a pessoa fosse formada por dois entes distintos, o da mente e do corpo? O uso do mental não serviria para

justificar que a pessoa faz isso por conta de sua razão e, por tanto, facilmente culpabilizada por isso? Além disso, justificaria também a internação. Primeiro higieniza-se o corpo, via desintoxicação e depois a mente é “limpada” através do tratamento psicológico. Só então, o sujeito será capaz de se reinserir no social.

O adjetivo mental também nos remete à história da psiquiatria e seus principais paradigmas: 1) *paradigma da alienação mental*, com uma afecção única; 2) *paradigma das enfermidades mentais*, relativa à semiologia médica estabelecendo criteriosamente diversos tipos de doenças; e 3) *paradigma das grandes estruturas*, no qual tenta-se reagrupar aquele sem número de doenças em grandes estruturas<sup>7</sup>. O mental, nesta história, sempre esteve relacionado ao transtorno, à doença, e para a “cura” do patológico nada mais lógico que seguir o modelo hospitalar: internar o doente.

São três tipos de internação psiquiátrica na legislação: internação voluntária, onde há o consentimento do usuário; internação involuntária, onde não há o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e internação compulsória, onde há determinação da Justiça (parágrafo único do Art. 6º, Lei 10.216/2001). A necessidade de internação, em qualquer modalidade, será somente realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos (Art. 6º, Lei 10.216/2001) e só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (Art. 4º, Lei 10.216/2001). O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio (Art. 4º, § 1, Lei 10.216/2001) (BRASIL, 2001).

Na Lei não há descrição de quem constitui esse “terceiro”. Quer dizer, qualquer pessoa poderá solicitar a internação involuntária, ou seja, ao colocar o direito de internar nas mãos de um terceiro, nega-se o direito da pessoa que usa drogas a não desejar a internação. A família, de modo direto, tem função melhor definida apenas no término da internação, pois a solicitação de finalização deve ser escrita pelo “familiar, ou responsável legal. Também pode ser estabelecida pelo especialista responsável pelo tratamento” (Art. 8º, § 2º-Lei 10.216/2001).

Mas se a pessoa que usa droga não tem e nem teve alguém

---

<sup>7</sup> Consulte na referência bibliográfica: LANTÉRI-LAURA, 2000.



ou um familiar que se importe com ela, como pode um terceiro ou um familiar ter o direito de solicitar essa internação? Tanto a internação involuntária quando compulsória propiciam a retirada da autoria do sujeito de seu próprio destino, de sua vida.

Diversos elementos desse artigo 8º (Lei 10.216/2001) podem ser questionados. Por exemplo, por que a internação involuntária pode ser autorizada somente pelo médico e a decisão do término pode ser da família? A família é reconhecida como capaz de assumir o fim de um tratamento, mas não é considerada capaz de autorizar seu início. O médico é o único que atesta quando alguém “adoece”, já que a internação só é aceita mediante laudo médico, mas o este não é o único a atestar a “saúde”, vinculando, mais uma vez, a Medicina à doença e, de certo modo, aliviando a responsabilidade do profissional em questão em responder pela alta do paciente. Se o paciente reincidir, há grandes chances de responsabilizar a família e o “terceiro” por isso, já que é ela que atestará que o paciente está em condições de alta.

Não vou aprofundar essas questões, pois temo que me estenderia em demasia e muito já se tem discutido sobre o modelo médico-centrado e sobre a predominância da modalidade hospitalocêntrica<sup>8</sup>. Para meu intento, basta deslizar para o disposto na mesma Lei sobre a parte que advoga sobre privilegiar o tratamento em serviços substitutivos, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de base territorial e comunitária, para além dos contornos hospitalares.

Se privilegiar esses centros é um dever do estado, internação involuntária e compulsória deveriam ser atos cada vez mais reduzidos. Mas isso está longe de acontecer, inclusive por que a legislação parece facilitar o procedimento da internação involuntária. Como esclarece Costa (2013), não há necessidade de intervenção Judicial ou do Ministério Público para que haja a internação involuntária. Apenas é preciso que o estabelecimento hospitalar comunique ao Ministério Público, em 72 horas, na forma da referida lei. A internação compulsória está prevista na lei para aplicação naquelas situações em que há necessidade de intervenção estatal (questão de saúde pública),

---

<sup>8</sup> Consulte na referência bibliográfica: FOUCAULT, 1999; CASTEL, 1978. CASTEL, R. (1978).

mas não há solicitação de familiar para a internação. Nestes casos, tanto o Ministério Público quanto o setor próprio da área de saúde pública podem formular ao Judiciário o pedido de internação compulsória do paciente. O pedido de internação compulsória deve ser direcionado ao Juiz da Vara de Família, pois o fundamento do pedido é o fato de o usuário de substância entorpecente estar impossibilitado, momentaneamente, de decidir acerca do próprio interesse, no caso sua saúde (COSTA, 2013).

De qualquer forma, a internação compulsória deve ser deferida em caráter emergencial e temporária, deve preceder de manifestação do Ministério Público e será sempre deferida no intuito de proteger o interesse do usuário. O magistrado jamais deve fixar o tempo da internação, pois caberá ao especialista responsável pelo tratamento decidir sobre o término da internação (Art. 8º, § 2º). A internação compulsória atinge também pessoas com idade inferior a 18 anos. O artigo 5º, parágrafo 3º da Resolução n. 20/2011 estabelece que os menores [sic], **sob a influência nítida do uso de drogas**, devem ser mantido(s) abrigado(s) em serviço especializado de forma compulsória (COSTA, 2013).

Não posso argumentar sobre a capacitação dos profissionais do Ministério Público porque foge à minha experiência, mas com relação aos profissionais da saúde psicólogos me autorizo a afirmar que há carência na formação no que tange à compreensão e intervenção de/com pessoas que fazem uso de drogas. O Ministério Público e o setor próprio da área da saúde precisam estar capacitados para atender o que exige a lei, isto é, ser capaz de reconhecer se a pessoa está **sob a influência nítida do uso de drogas**, conforme o artigo 5º, parágrafo 3º da Resolução n. 20/2011.

Conforme Dartiu Xavier da Silveira (in Moncau, 2013), professor da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e diretor do Programa de Orientação e Assistência a Dependentes (PROAD),

a internação compulsória é um dispositivo para ser usado quando existe um risco constatado de suicídio. A outra situação é quando existe um quadro mental associado do tipo psicose, seria quando a pessoa tem um julgamento falseado da realidade: se ela acha que está sendo perseguida por alienígenas ou se acredita que pode voar

e resolve pular pela janela. Nessas situações de psicose ou um risco de suicídio é quando poderíamos lançar mão de uma internação involuntária.

Ou nos encontramos em uma crise que acentua suicídio e psicose, ou não estamos sabendo avaliar adequadamente cada caso. De fato, “se está recorrendo a um modelo considerado ultrapassado, um modelo carcerário, dos grandes hospícios. Então, mesmo para as internações voluntárias acaba sendo usado um modelo de internação ineficaz” (Silveira, in Moncau, 2013, s. p.).

Infelizmente, como denuncia Costa (2013), muitos pedidos de internação visam, na verdade, a entrada dos pacientes em estabelecimentos hospitalares, por força de ordem judicial, sem observância à regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). A falta de vagas no SUS não deveria ser enfrentada com pedido judicial de internação compulsória, que visa quase sempre desrespeitar essa regulação. Uma vez autorizada a internação involuntária ou compulsória, **cabe ao SUS providenciar a entrada do paciente no hospital**, o que, por certo, deve ser feito com atuação dos agentes do SAMU. **Tais providências são de saúde pública e não exigem atuação do Poder Judiciário.**

Na minha experiência enquanto supervisora acadêmica de estágio em CAPs Alcool e outras drogas (CAPs AD) ouço relatos de casos sobre familiares que conseguem internação compulsória para o filho que usa maconha alegando falsamente que os mesmos são viciados em crack. Criam estratégias inovadoras, ainda que dúbias, possibilitando a abertura de brechas em um sistema que não foi capaz de acolhê-los preventivamente.

Outro elemento que pode ser levantado é quanto à exigência da solicitação escrita do familiar. Segundo Costa (2013), quando o pedido de internação for feito por terceiro, entendido como tal o familiar, o requerimento deve ser administrativo e apresentado diretamente no estabelecimento de internação, ou no centro de regulação, no caso do SUS. Espera-se, então, pela lógica legal que o familiar saiba escrever e esteja capacitado a enfrentar os procedimentos administrativos, nem sempre de fácil compreensão.

Ainda, na Lei 10.216/2001, no seu artigo 2º, é colocado como direitos da pessoa portadora de transtorno mental, entre outros:

ter **acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde**, consentâneo às suas necessidades; 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; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; ser **tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis**; ser **tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental**. Vamos analisar cada parte assinalada em negrito.

O que significa **ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde**? Nessa sentença não é feita diferenciação entre sistema público e privado. Na afirmação “ter acesso” não está indicado se o Estado se responsabilizará por isso e refere-se a um direito. Significa que a pessoa com transtorno mental tem direito a ter acesso, mas esse pode ser um acesso a um serviço privado financiado pelo próprio interessado. O que não seria um problema em si se as pessoas desfavorecidas economicamente tivessem acesso de qualidade ao sistema público de saúde, imediato ou breve, para atender seus interesses e necessidades com relação ao uso de drogas.

Em **Visando alcançar sua recuperação pela inserção na família**, supõe-se que a pessoa com “transtorno mental” tem uma família e deseja se reinserir nela. Considerando que muitas pessoas que fazem uso do crack já não viviam com a família, ou não tinham interesse em conviver com ela antes mesmo de fazer uso da droga, a quem esse artigo alcança e protege?

O argumento **Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos** deixa margens bem alargadas para o que pode ser considerado invasivo. Usualmente, tanto a internação involuntária quanto compulsória exigem medidas de contenção do sujeito. O uso involuntário de medicação, a abstinência mandatória, exames toxicológicos baseados em fluidos corporais ou ser conduzido por policiais ao hospital, podem não ser considerados por alguns, mas pelas pessoas que usam drogas podem ser sentidos como uma violação.

A indicação de tratamento, **preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental** é um avanço em termos de promoção de saúde, pois coloca o tratamento para fora das portas tradicionais. O advérbio “preferencialmente” utilizado na lei enfatiza a indicação dessa modalidade, o que no meu modo de entender é

muito positivo. Entretanto, é preciso esmiuçar o que se entende por serviços comunitários. Comunidades Terapêuticas (algumas denominadas Fazendas Terapêuticas) também podem ser uma espécie de serviços comunitários.

Segundo Queiroz (2001), o termo Comunidade Terapêutica foi consagrado em 1959, na Inglaterra, iniciando um processo de reforma do hospital psiquiátrico, marcado pela adoção de medidas administrativas democráticas, participativas e coletivas. Para tanto, propõe a “terapêutica ativa” ou terapia ocupacional. Baseava-se na integração dos pacientes em sistemas grupais:

Por meio da concepção de comunidade, procurava-se desarticular a estrutura hospitalar considerada segregadora e cronificadora. A ênfase na comunicação livre entre equipe e grupos de pacientes e nas atitudes permissivas que encorajam a expressão dos sentimentos, implicaria numa organização social democrática, igualitária e não numa organização social do tipo hierárquico tradicional (QUEIROZ, 2001, p. 3)

À parte às críticas com relação a esse modelo de funcionamento<sup>9</sup>, existem diferentes instituições funcionando como comunidades terapêuticas. Algumas delas, notadamente as denominadas fazendas terapêuticas, violam os direitos, conforme denunciado no Relatório da 4ª Inspeção Nacional dos Direitos Humanos (CFP, 2011):

a assistência que vem sendo ofertada, na maioria desses lugares, fundamenta-se em princípios que contrariam os pressupostos que orientam as políticas públicas, a saber: o respeito à cidadania dos usuários. (...). Há claros indícios de violação de direitos humanos em todos os relatos. (...). Exemplificando a afirmativa, registramos: interceptação e violação de correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, como o anti-HIV – exigência esta inconstitucional –, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras, são ocorrências registradas em todos os lugares. (...). (CFP, 2011, p. 190).

---

<sup>9</sup> Consulte na referência bibliográfica: AMARANTE, 2005.

Ainda que tenham sido tecidas críticas à pesquisa do Conselho Federal de Psicologia com relação ao tamanho da amostra, ela serve como um sinalizador aos profissionais da saúde para refletir sobre a violação de direitos. A denúncia indica não apenas a necessidade de construirmos políticas públicas eficazes, mas elaborarmos estratégias de avaliação continuada dos serviços. No fim das contas, o cidadão sofredor encontra nas fazendas “apenas a mesma estrutura insuportável que o levou a recorrer a ela” (QUEIROZ, 2001, p. 9).

Há um problema mais complexo, quando a Lei 10.216/2001, não especifica o que seriam os serviços comunitários, dando oportunidade para qualquer serviço que se diga comunitário abrir portas para atendimento e, inclusive, angariar fundos públicos para sua manutenção. Essas comunidades são entidades privadas e em sua maioria vinculadas a igrejas. Se o Projeto de Lei n. 7663/2010 (TERRA, 2010)<sup>10</sup> for aprovado no Senado, passarão a contar com financiamento público: na hipótese da inexistência de programa público de atendimento adequado, o Poder Judiciário poderá determinar que o tratamento seja realizado na rede privada, incluindo internação, às expensas do poder público (Art. 10º, § 2º).

Não podemos negar que muitas pessoas ligadas a igrejas desempenham papéis próceros na promoção da saúde, inclusive junto a pessoas que usam drogas. O que não é aceitável, num Estado laico, é “valorizar as parcerias com instituições religiosas” na abordagem das questões de sexualidade e uso de drogas, como propõe o Projeto de Lei Nº 7663/2010<sup>11</sup> (Art. 5º, VI).

O recurso destinado aos serviços privados poderia ser melhor aplicado e fiscalizado se a Lei visasse fortalecer os serviços do SUS tais como os CAPs AD e dos Consultórios de Rua. Certamente a questão orçamentária da União é uma ferida que precisa ser tratada com

---

<sup>10</sup> Felizmente, o requerimento [REQ 3/2012 PL766310. PL 7663/2010](#) foi aprovado em setembro de 2012. Através desse foi aprovada a realização de Audiência Pública, com a Ministra da Casa Civil e dos Ministérios nomeados, para debater acerca da proposta preliminar de substitutivo ao PL nº 7.663/2010.

<sup>11</sup> PROJETO DE LEI Nº 7663, DE 2010 (TERRA, 2010), que acrescenta e altera dispositivos à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências.

sensibilidade e transparência, até por que a Lei 11.343/06, que discutiremos a seguir, prevê a concessão de benefícios fiscais para iniciativas de prevenção, tratamento, reinserção social e repressão ao tráfico, aspecto ainda parcamente discutido no âmbito acadêmico da Psicologia.

### **Lei nº 11.343/06**

A Lei nº 11.343/06 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e prescreve medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. O principal ponto a ser destacado nessa Lei é a distinção clara e definitiva entre usuários, dependentes de drogas e traficantes, tratandos de forma diferenciada, sem, no entanto, descuidar e negligenciar os mecanismos de repressão ao tráfico. Até a publicação da referida Lei, os procedimentos contavam predominantemente com ações policiais e encaminhamento a hospitais psiquiátricos.

Na nova Lei, o indivíduo que for processado por posse de droga para uso próprio terá direito à definição de um projeto terapêutico individualizado, cujo mote é a ressocialização, a inclusão social e a redução de riscos e de danos sociais e à saúde (art. 22, inc. III). A pessoa que adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido à advertência sobre efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade; à medida educativa de comparecimento ao programa ou curso educativo. (Art. 28).

Certamente a Lei nº 11.343/06, consiste num avanço em relação Lei 10.216/2001, especialmente ao promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão (conforme Art. 3º e Art. 5º). Todavia alguns aspectos merecem reflexão, como é o caso do artigo 19, quando se afirma que as atividades de prevenção do **uso indevido de drogas** devem observar alguns princípios e diretrizes, tal como o fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas e o reconhecimento do “não-uso”, do “retardamento do uso” e da redução de riscos como resultados desejáveis das atividades de natureza preventiva, quando da

definição dos objetivos a serem alcançados.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID-10 (OMS, 1994), referências para classificação de transtornos mentais e de comportamento, não utilizam a expressão **uso indevido**. Ambos recorrem ao termo **dependência e uso nocivo de substância**. O primeiro ainda refere “uso disfuncional”. Em outro documento importante do Ministério da Saúde (SENAD, 2011) dirigido à prevenção ao uso indevido de drogas - Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias também não encontramos definição de “uso indevido” de drogas.

Já no texto da Política Nacional a palavra “uso indevido” aparece 31 vezes no texto da Lei, no entanto, não há definição da mesma. Além disso, não abrem a possibilidade para outros modos de viver as drogas – o foco é no não-uso, seu retardamento e redução de riscos. O conetivo “e” descarta a possibilidade, por exemplo, de a pessoa decidir pelo uso ou pela redução de risco apenas, não necessariamente pelos dois.

O termo “uso indevido” é citado 14 vezes na Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004), mas nele não está definido o que significa:

o uso indevido de álcool e tabaco tem a **maior prevalência** global, trazendo também as mais **graves conseqüências para a saúde pública mundial**. (...) inclui **transtornos físicos (...) e lesões decorrentes de acidentes** (...) influenciados pelo uso indevido de álcool, o qual **crece de forma preocupante** (...) (BRASIL, 2004, p. 12).

No Brasil, estudo realizado pelo (...) CEBRID sobre o uso indevido de drogas por estudantes (...) revelou **percentual altíssimo** de adolescentes que já haviam feito uso de álcool na vida (p. 13)

Em todo o mundo, são evidentes os **agravos decorrentes do uso indevido** de substâncias psicoativas; também é de conhecimento público a **crecente elevação dos custos** decorrentes direta ou indiretamente de tal uso. (...). (p. 26)

(...) verificamos que o **maior percentual de gastos** é decorrente do uso indevido de álcool (83%) (p. 33)



Como busco ressaltar em negrito alguns recortes da Política, na maior parte das vezes, ao invés de trazer linhas de compreensão sobre o que seria “uso indevido”, o texto enfatiza três aspectos: epidemiológico, consequências e custos. Aspectos importantes, mas que não dão conta de amparar integralmente os profissionais da saúde e áreas afins na busca de entendimento sobre as relações entre o uso de droga, Estado, sociedade e as políticas públicas.

O uso/*abuso* de crack constitui-se em um problema social para o Estado, salienta Nascimento (2006), nas esferas afetiva, produtivas, consumistas, educativa e de saúde. Os prejuízos nessas diversas esferas resultam ao Estado, sobretudo, em prejuízos de ordem econômica e, mesmo ciente disso, não consegue reduzir os impactos causados nessas esferas. A ênfase no proibicionismo ou no combate ao consumo de drogas através do direito penal pode ser um indicador do fracasso do Estado em agir em termos de promoção da saúde.

Quando um fenômeno revela-se num problema social, como “a epidemia do crack”, esse problema acaba se tornando alvo de políticas cujas ações tendem a inibir ou prevenir os “fatores causais” do mesmo. É, portanto, através das políticas públicas que o Estado adquire legitimidade para agir sobre um determinado grupo social, buscando implementar suas ações (Nascimento, 2006).

Enfim, a falta na clareza ao empregar certos termos na legislação analisada – do “transtorno mental” a uso indevido de drogas – abre um abismo muito grande entre ações de promoção de saúde e a legislação.

## **OFERTA DE POSSIBILIDADES: POR UMA EFETIVA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Sou a favor da internação compulsória dos usuários de crack, que perambulam pelas ruas feito zumbis. (...). A você, que considera essa solução higienista e antidemocrática, (...), pergunto: se sua filha estivesse maltrapilha e sem banho numa sarjeta da cracolândia, você a deixaria lá em nome do respeito à cidadania, até que ela decidisse pedir ajuda? De minha parte, posso adiantar que fosse minha a filha, eu a retiraria dali nem que atada a uma camisa de força. (...). Está mais do que na hora de pararmos com discussões estereis e paralisantes sobre a abordagem ideal, para um problema tão urgente e dramático como a epidemia de crack. Se a decisão de internar

pessoas com a sobrevivência ameaçada pelo consumo da droga amadureceu a ponto de ser implantada, vamos nessa direção. É pouco, mas é um primeiro passo. (VARELLA, s.d, online)

O texto de Varella, publicado em seu site pessoal, é argumentativo e tenta convencer o leitor que a melhor solução para pessoas que usam crack é a internação à força. Recebeu até o momento da escrita desse ensaio 3,7 mil “curtiu” no Facebook, indicando uma aprovação pública da internação compulsória por um número considerável de internautas que visitaram o site. Inclusive, o site veicula a publicidade de uma clínica que oferece e defende a internação involuntária, como consta na publicidade da clínica<sup>12</sup>, aspecto que não analisarei nesse ensaio, mas que certamente merece atenção em futuros estudos.

Talvez eu também fizesse como Drauzio Varella se minha filha estivesse nessa situação. Ninguém está naturalmente livre de preconceito. Mas como psicóloga, em cujo juramento público me comprometi a estar a serviço da sociedade brasileira, contribuindo para o desenvolvimento da psicologia na direção das demandas da sociedade, promovendo saúde e qualidade de vida de cada sujeito e de todos os cidadãos e instituições, busco questionar cotidianamente sobre por que pensamos e agimos desta ou daquela forma com relação as pessoas que usam drogas. Portanto, independente da atitude que teria se a minha filha estivesse nessa situação, devemos pensar neste tema como saúde publica e no viés coletivo.

Divido com vocês minhas notas de Diário de Supervisão, cujo início de escrita foi em 2010<sup>13</sup>:

Voltando de minha caminhada matinal, avisto um homem do outro lado da rua, com roupas sujas, olhos vidrados e vermelhos, cambaleante, encarava maliciosamente as mulheres que passavam por ele. Algumas atravessavam a rua, notadamente com medo. Já o

---

<sup>12</sup> Informação disponível em <http://www.vivaclinicaterapeutica.com.br/internacao-involuntaria-dependentes.html> Acesso em 1 de maio de 2013.

<sup>13</sup> O Diário de Supervisão assemelha-se a um Diário de Campo de pesquisa. Consiste em anotações regulares referentes ao processo de supervisão de estágio. Seu objetivo é potencializar a reflexão sobre esse processo, envolvendo as percepções da supervisora com relação à aprendizagem do educando assim como sobre sua própria.

tinha visto no CAPS Ad. Atravessou em minha direção, sem mesmo notar o carro que quase o atropela. Confesso que fiquei com um pouco de medo, e a passos rápidos segui adiante, me distanciando dele. Meu primeiro pensamento foi: Ele não devia estar nas ruas nessa condição. Coloca a si mesmo em risco e pode colocar outras pessoas em risco. Meu segundo pensamento foi: O que estamos oferecendo a esse rapaz no CAPS, lugar de portas abertas, que não conseguimos atendê-lo no momento que está sob efeito de alguma droga? (ROSO, 2012, Notas de Diário de Supervisão)

Fui ao CAPS AD novo para conhecer o local. Na varanda externa de entrada, encontravam-se dois usuários do serviço. Logo me avisam: 'Não tem ninguém ai dentro, tia'. Perguntei se eu podia entrar e eles disseram que sim. Logo que entro, percebo que a sala de espera estava vazia. Na sala ao lado, somente profissionais do serviço, que conversavam informalmente. Cumprimentei todos e me apresentei. Minha estagiária disse que ia me mostrar a casa. Havia apenas dois usuários, um olhando tevê e o outro lendo gibi. Sensação de vazio, de nada acontecendo. Realmente os rapazes da entrada estavam certos: não tinha ninguém ali! (ROSO, 2011, Notas de Diário de Supervisão)

Penso que há algo que deve anteceder às internações contrárias ao desejo do sujeito: a oferta de possibilidades. E que possibilidades temos ofertado? Como a oferta de serviços a pessoas que desejam ajuda (e é da ordem do desejo sim!) tem funcionado? Como potencializar a autonomia (independência) da pessoa que usa drogas ao invés de recolhê-la e encolhê-la, ao invés do acolhê-la? Existe outro caminho possível além de medidas punitivas, autoritárias, controladoras e higienizadoras?

Ao defender a internação **voluntária**, não estou condenando e refutando a estratégia de internações e muito menos fazendo apologia ao uso de drogas. Existem drogas que provocam danos, sim. Entretanto, devemos olhar para a pessoa que usa drogas e solicita ajuda de um outro modo. Precisamos, argumenta Abreu (2008), inventar uma nova instituição e novas intervenções que acolham as invenções dos sujeitos. No acolhimento dos sujeitos devemos ao mesmo tempo buscar constituir uma instituição diferente para cada sujeito, pois é a instituição que deve caber ao paciente e não este caber na instituição (IBID).

Sabemos que ainda é preciso caminhar muito para que a aplicação da Lei 10.216/2001 e da Lei 11.343/06 funcionem em sua

potencialidade. Elas precisam ser sempre pensadas levando em conta também a Portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Há que se lembrar que essa portaria institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Em seu artigo 2, inciso XII, regulamenta o desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, **tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.**

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma estratégia fundamental de intervenção e organização das práticas de cuidado em saúde mental, estando em sintonia com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e do SUS. É desenvolvido, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007; 2009), para proporcionar uma atuação integrada da equipe, em que os diferentes saberes possam contribuir com a definição de propostas de ações para um sujeito individual dentro da coletividade da instituição.

Compreende-se que a construção do PTS deve ser realizada de acordo com as condições do usuário do serviço, suas preferências e características, contando com sua participação nesse processo, e discutido pela equipe multiprofissional do serviço. Possibilita que

o planejamento do tratamento supere os aspectos do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, e inclua a dimensão política, a garantia de direitos, o resgate da cidadania e a reinserção social, como também a dimensão subjetiva e clínica na condução das práticas dirigidas ao usuário do serviço (CADORE, 2012, p. 27).

Além do PTS há que se frisar outra estratégia que é a Equipe de Consultório de Rua (Art. 6º, alínea b), que deve ser constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial é responsabilidade da Equipe do Consultório de Rua ofertar cuidados em saúde mental para (i) pessoas em situação e rua em geral; (ii) pessoas com transtornos mentais e (iii) usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo

ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde (BRASIL, 2011).

Os Consultórios de Rua (CR) constituem uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. São dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida. Sua estrutura de funcionamento conta com uma equipe volante mínima: médico, assistente social, psicólogo, outros profissionais de nível superior, redutores de danos, técnicos de enfermagem e educadores sociais (PLENA ET al, 2010)

Entretanto, não bastaria ampliar o número de CAPs AD no Brasil, mas implantar e qualificar as estratégias do PTS e de CR não somente em municípios com população superior a 300 mil habitantes, mas em todas as cidades. Embora tenha sido incentivada a implantação de 35 CR, em 31 cidades brasileiras, abrangendo todas as regiões, no Rio Grande do Sul só há dois projetos de CR apoiados pelo Ministério da Saúde, um em Porto Alegre e o outro em Pelotas<sup>14</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O objetivo desse ensaio teórico foi empreender uma leitura crítica, montada a partir da interlocução com minha experiência. Vemos que as Leis 10.216/2001 e 11.343/06, à primeira vista, parecem adequadas e voltadas à promoção da saúde, atendendo aos direitos das pessoas que usam drogas. Numa leitura discursiva, nos aproximamos de aspectos não tão esclarecedores, de pontos que necessitam de mais luz. Numa lupa da Psicologia Social, é possível reconhecer que a empregabilidade de termos sem maiores esclarecimentos pode confundir as pessoas e abre margens para ações de cunho preconceituoso, para a adoção de medidas arbitrárias e unilaterais. O perigo está em que justamente utilizamos, sem reflexões aprofundadas, os termos que circulam em leis, políticas e mídias para balizar nossa prática no campo da saúde.

Procurei mostrar que falta clareza quanto ao uso de certos

---

<sup>14</sup> Consulte na referência bibliográfica: PLENA, 2010.

termos na legislação. Igualmente, sinalizei para o fato de que são mais enfatizados os aspectos epidemiológicos, as consequências e os custos com relação ao uso de drogas ao invés de se priorizar a pessoa na sua integralidade.

Dentre as consequências desse modo discursivo está o reforço da discriminação contra as pessoas que usam drogas como o crack. Além disso, essas práticas discursivas podem gerar e estimular o amuamento da independência do sujeito sofredor.

Na parte final, procurei enfatizar a importância de se investir efetivamente, com vontade, na estratégia de Projetos Terapêuticos Singulares e nos Consultórios de Rua. Construindo dobras possíveis na prática cotidiana, quero pensar, seguindo Josephson (2005), “esse Outro como diferença que subverte nossas imagens de pensamento, e sobre quem também produzimos interferências, de modo que nos tornemos Outros, tanto em relação ao Outro, quanto em relação a nós mesmos” (p. 256).

Como sugestão, evidenciei a necessidade de investir na formação de profissionais da saúde, mas não qualquer formação, uma formação que busque pensar criticamente e dialogicamente os discursos públicos. Desse modo, as leis e políticas precisam sempre ser co-construídas por pessoas que usam drogas, caso contrário elas serão arbitrárias e unilaterais.

Seria muito mais proveitoso às pessoas que usam drogas se adotássemos a legislação e outros discursos públicos “como um marco referencial para o desenvolvimento de políticas” (OMS, 2005) ou invés de torná-la meio contínuo e progressivo da cultura da punição, da segregação. É urgente tornar os discursos mais sensíveis aos fluxos da vida das pessoas que estão usando drogas. Nessa via, incluir a discussão sobre ética se torna imprescindível para refletirmos sobre a violação de direitos.

Certamente a análise discursiva que dividi com vocês é bem particular e também parcial. Tantas outras leis e discursos que se dirigem à temática em foco poderiam ser trazidos aqui, sendo essa análise, portanto, uma seta que indica outro caminho possível, um caminho que, do meu ponto de vista, rima saúde com cidadania e promoção de autonomia.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, D. N. A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(1), 74-82, 2008.
- AMARANTE, P. (org.). Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiátrica. In: *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) - Text revision. Washington DC: APA 2000.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Abuso e dependência: crack. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 58, n. 2, Apr. 2012. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302012000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000200008&lng=en&nrm=iso) Acesso em 24 de março de 2013.
- BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*, nº 19, 2002. Disponível em: <http://www.anped.org.br/acessos> em 17 mar. 2013.
- BRASIL (2011). O Ministério da Saúde, em conjunto com outras políticas sociais, por meio das ações previstas no Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas (PIEC/2010, Decreto nº 7.179, 20 de maio de 2010),
- BRASIL. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2ª edição revista e ampliada. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_de\\_ad.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_de_ad.pdf) Acesso em 25 de abril de 2013.
- BRASIL. Cartilha do Ministério da Saúde: Clínica Ampliada, Técnico de Referência e Projeto Terapêutico Singular. 2ª ed. Site do Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2007.
- BRASIL. Clínica Ampliada e Compartilhada. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Lei 11.343/06 de agosto de 2006. Brasília, DF: presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos.
- BRASIL. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília, DF: presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos.
- BRASIL. Mídia e Drogas: o perfil do uso e do usuário na imprensa brasileira. Brasília: Agência de Notícias dos Direitos da Infância & Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, DF: presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos.
- CADORE, C. Projeto Terapêutico Singular (PTS): As Percepções Dos Trabalhadores De Um Centro De Atenção Psicossocial Álcool E Drogas (CAPS ad). Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Santa Maria: UFSM, 2012.

CASTEL, R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CFP. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. Disponível em [http://www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio\\_Inspecao\\_Direitos\\_Humanos.pdf](http://www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio_Inspecao_Direitos_Humanos.pdf)

COSTA, A. M. M. da Classificação do mal-estar e medida comum de alienação. Bol. Saúde, v.23, n.2, PP.113-121, jul./dez. 2009.

COSTA, Sirlei Martins. A Lei e a Internação Compulsória. Associação dos Magistrados do Estado de Goiás. 09 de Março de 2013. Disponível em <http://asmego.org.br/2013/03/09/a-lei-a-internacao-compulsoria/> acessos em 23 mar. 2013.

CRP/07 (2013). Entrevista com Cecília Coimbra. Entrelinhas, Seminários, n. 61, pp.20-21. Jan./Fev. Març. 2013, Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul.

DIÁRIO DE SANTA MARIA. Filho drogado tenta esfaquear o pai, que reage, em Santa Maria. POLÍCIA. 07/05/2010, 10h01min. Disponível em [http://www.clicrbs.com.br/especial/rs/dsm/19\\_0\\_2896697.Filho-drogado-tenta-esfaquear-o-pai-que-reage-em-Santa-Maria.html](http://www.clicrbs.com.br/especial/rs/dsm/19_0_2896697.Filho-drogado-tenta-esfaquear-o-pai-que-reage-em-Santa-Maria.html)

DIÁRIO DE SANTA MARIA. Homem causa confusão em lancheria de São Martinho, na região central. Polícia. 24/06/2012, 20h25min. Disponível em [http://www.clicrbs.com.br/especial/rs/dsm/19\\_18\\_3800682.Homem-causa-confusao-em-lancheria-de-Sao-Martinho-na-regiao-central.html](http://www.clicrbs.com.br/especial/rs/dsm/19_18_3800682.Homem-causa-confusao-em-lancheria-de-Sao-Martinho-na-regiao-central.html)

DIÁRIO GAÚCHO. Homem mata companheira a facadas em Porto Alegre. Flagelo da droga. 10/09/2012, 07h40. Disponível em <http://diariogaicho.clicrbs.com.br/rs/noticia/2012/09/homem-mata-companheira-a-facadas-em-porto-alegre-3880665.html>

FERNANDES, D. Especialistas da ONU e OMS criticam internação compulsória de viciados em crack. Londres: BBC Brasil, 6 de fev. 2013 Disponível em [http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/02/130129\\_crack\\_onu\\_df\\_ac.shtml](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/02/130129_crack_onu_df_ac.shtml)

FERREIRA, A. B. de H. Pequeno dicionário brasileiro da língua portuguesa. 11ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder (14 ed.). Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

HOLLZTRATNER, J. S. Crack, gestação, parto e puerpério: um estudo bibliográfico sobre a atenção à usuária. Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro. Porto Alegre: UFRGS, 2010.

JOSEPHSON, Silvia Carvalho. Da “descoberta” à “exclusão”: uma história das diferentes máscaras da alternativa (Orientadora: Ana Maria Jacó-Vilela). Tese



- (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, 2005. <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp061564.pdf>
- LANTÉRI-LAURA, G. Ensayo sobre los paradigmas de La psiquiatria moderna. Madrid: Editorial Triacastela, 2000.
- MONCAU, G. Entrevista Dartiu Xavier: A internação compulsória é sistema de isolamento social, não de tratamento. Revista Caros Amigos, Política. 11 Janeiro 2013 15:53. Disponível em <http://www.carosamigos.com.br/index/index.php/politica/2888-entrevista-dartiu-xavier-a-internacao-compulsoria-e-sistema-de-isolamento-social-nao-de-tratamento>
- MOSCOVICI, S. Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- NASCIMENTO, A. B. Uma visão crítica das Políticas de Descriminalização e de *Patologização* do usuário de drogas. Psicologia em Estudo, Maringá, v.11, n.1, 185-190, 2006. Recuperado em 03 novembro, 2011 de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a21.pdf>
- OMS – Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID - 10. São Paulo: EDUSP, 1994.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. Livro de Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Geneva: World Health Organization, 2005. Disponível em [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Livroderecursosrevisao\\_FINAL.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf)
- ORLANDI, E. P. Discursos em análise. Sujeito, sentido e ideologia. Campinas, São Paulo: Pontes, 2012.
- PETUCO, D. Mandou bem Ministro!!! Rede HumanizaSUS. Post em Temporão: internação compulsória não resolve problema das drogas, 09/05/2010 15:16:55 Disponível em <http://www.redehumanizasus.net/10107-temporao-internacao-compulsoria-nao-resolve-problema-das-drogas> acessos em 23 mar. 2013.
- PLENA, M. G., Miriam Di Giovanni, Márcia Landini Totugui, Valéria Cristina da Silva, Pedro Gabriel Godinho Delgado. Consultório de Rua do SUS. Ministério da Saúde, Secretariaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Setembro de 2010. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consult\\_ rua17\\_ 1\\_ 11.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consult_ rua17_ 1_ 11.pdf)
- QUEIROZ, I. S. de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. Psicologia: Ciência & Profissão, 21, 2-15, 2001. Disponível em [http://www.pol.org.br/publicacoes/pdf/ConcMacao-Programa\\_cidadania\\_usuarios\\_drogas.pdf](http://www.pol.org.br/publicacoes/pdf/ConcMacao-Programa_cidadania_usuarios_drogas.pdf) Acesso em 5 de maio de 2013.
- ROSO, A. Notas de Diário de Supervisão. Santa Maria, RS: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Curso de Psicologia, 2012.
- ROSO, A. Notas de Diário de Supervisão. Santa Maria, RS: Universidade Federal de

Santa Maria – UFSM, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Curso de Psicologia, 2012.

ROSO, A., ROMANINI, M., MACEDO, F. dos S., ANGONESE, M., MONAIAR, A. & BIANCHINI, M. P. Discursos midiáticos sobre o crack na mídia de massa impressa. Estudos de Psicologia, 2013. No prelo.

SENAD. Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 4. ed. Brasília : Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2011.

SENADO FEDERAL. Crack assusta e revela um Brasil despreparado. Carta ao Leitor. Em Discussão. Revista de Audiências Públicas do Senado Federal, 2, 8 ago., 2011. Disponível em [http://www.senado.gov.br/noticias/jornal/emdiscussao/Upload/201104%20-%20agosto/pdf/em%20discuss%C3%A3o!\\_agosto\\_2011\\_internet.pdf](http://www.senado.gov.br/noticias/jornal/emdiscussao/Upload/201104%20-%20agosto/pdf/em%20discuss%C3%A3o!_agosto_2011_internet.pdf) acessos em 25 mar. 2013.

TERRA, O. Projeto de Lei Nº 7663, DE 2010. Brasília: Senado Federal. Disponível em <http://s.conjur.com.br/dl/pl-lei-drogas-deputado-osmar-terra.pdf>

VARELLA, D. As mães do crack. Colunas. Folha de São Paulo, 01/12/2012 - 03h01. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/drauziovarella/1194110-as-maes-do-crack.shtml>.

VARELLA, D. Internação compulsória. In Página Pessoal de Draúzio Varella. S.d. Disponível em <http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/internacao-compulsoria-2/> acessos em 23 mar. 2013.

VICENTIN, M. C. G. & GRAMKOW, G. Que desafios os adolescentes autores de ato infracional colocam ao SUS? Algumas notas para pensar as relações entre saúde mental, justiça e juventude. In LAURIDSEN-RIBEIRO, E. & TANAKA, O. Y. (org.), Saúde mental de crianças e adolescentes - contribuições ao SUS. São Paulo: Hucitec, 2010. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/desafiosadolescentes.pdf> acessos em 23 mar. 2013.

ZERO HORA [online]. Mãe pede que filha viciada em crack seja esterilizada. Ação polêmica, 19/12/2012 | 21h05. Disponível em <http://zerohora.clicrbs.com.br/rs/geral/noticia/2012/12/mae-pede-que-filha-viciada-em-crack-seja-esterilizada-3987556.html> Acesso em 05 de maio de 2013.

Josirene Candido Londero  
Carlos André Hüning Birnfeld  
(Organizadores)

**DIREITOS SOCIAIS FUNDAMENTAIS:  
contributo interdisciplinar para a redefinição  
das garantias de efetividade**



Rio Grande  
2013

© Josirene Candido Londero e Carlos André Hüning Birnfeld

2013

Capa: Liane Viegas Domingues

Formatação e diagramação:

João Balansin

Gilmar Torchelsen

D597d Direitos sociais fundamentais: contributo  
interdisciplinar para a redefinição das  
garantias de efetividade / Organizadores  
Josirene Candido Londero e Carlos André  
Hüning Birnfeld - Rio Grande : Editora da  
FURG, 2013.  
276p ; 21 cm

ISBN 978-85-7566-284-7

1. Direito social 2. Educação ambiental I.  
Londero, Josirene Cândido. II. Carlos André,  
Hüning Birnfeld Philippe

CDU 349.6

## SUMÁRIO

Apresentação .....	7
Josirene Candido Londero Carlos André Hüning Birnfeld	
Algumas perspectivas para a construção de uma Teoria Geral do Direito Marxista .....	15
Carlos André Hüning Birnfeld	
Políticas públicas de proteção aos direitos fundamentais: caminhos e descaminhos sob o olhar da metateoria do direito fraterno .....	25
Janaína Machado Sturza	
Pensar a cidadania em Hannah Arendt: direito a ter direitos . Cláudia Carneiro Peixoto .....	51
Anderson Orestes Cavalcante Lobato	
Sinal vermelho: os limites da noção de cidadania e potencialidade dos diferentes .....	71
Ronaldo Sergio da Silva	
Ampliando o conceito de cidadania para o desenvolvimento de uma sociedade inclusiva: em busca de políticas garantidoras dos Direitos Fundamentais .....	91
Anna Paula Bagetti Zeifert Aline Andrighetto	
Os movimentos de mulheres e a agenda de políticas públicas de gênero no Brasil e na Argentina .....	117
Josirene Candido Londero	

A defesa da dignidade e bem-estar do idoso diante das inovações da Constituição federal e Estatuto do Idoso .....	147
Débora Teixeira Gottert	
Eloisa de Andrade Argerich	
A Constituição de 1988, os Direitos Humanos e a Bioética .	
Claudine Rodembusch Rocha .....	175
Milton Schmitt Coelho	
Os Precatórios: o Supremo Tribunal Federal e a problemática da efetividade do Direito do credor .....	201
João Antônio Dalla Rosa dos Santos	
Drogas, direitos e discursos públicos: inquietações com relação às modalidades de internação de pessoas que fazem uso de <i>crack</i> .....	219
Adriane Roso	
Direitos Humanos: um olhar para a identidade, alteridade e novas concepções de cultura .....	245
Raquel Fabiana Lopes Sparemberger	
Aline Luciane Lopes Rangel	