



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

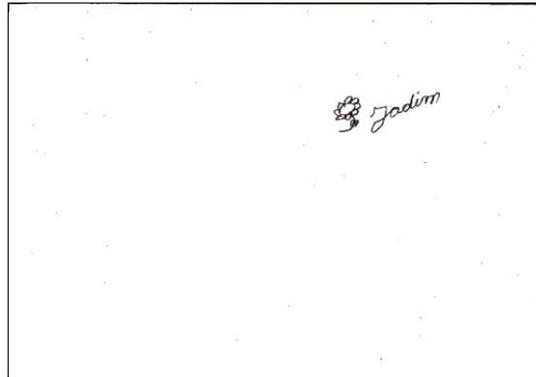
**AMÉRICO ORLANDO DE AZEVEDO**

**O DISPOSITIVO DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA:  
PERSPECTIVAS DE PESSOAS ATENDIDAS EM UM CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS**

**CAMPINAS  
2016**

AMÉRICO ORLANDO DE AZEVEDO

O DISPOSITIVO DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA:  
PERSPECTIVAS DE PESSOAS ATENDIDAS EM UM CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS



Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, na Área de Concentração em Política, Gestão e Planejamento.

ORIENTADOR PROF. DR. TADEU DE PAULA SOUZA

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO  
ALUNO AMÉRICO ORLANDO DE AZEVEDO, E  
ORIENTADO PELO PROF. DR. TADEU DE PAULA SOUZA.

CAMPINAS  
2016

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

Azevedo, Américo Orlando de, 1983-  
Az25d O dispositivo da internação compulsória : perspectiva de pessoas atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas / Américo Orlando de Azevedo. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Tadeu de Paula Souza.  
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Internação compulsória de doente mental. 3. Serviços de saúde mental. 4. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. I. Souza, Tadeu de Paula, 1980-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** The device of compulsory hospitalization : perspective of people served in a Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs

**Palavras-chave em inglês:**

Mental health

Commitment of mentally ill

Mental health services

Substance-related disorders

**Área de concentração:** Política, Gestão e Planejamento

**Titulação:** Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

**Banca examinadora:**

Tadeu de Paula Souza [Orientador]

Sérgio Resende Carvalho

Marcelo Kimati Dias

Sílvia Maria Santiago

**Data de defesa:** 26-02-2016

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

---

# **BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

**AMÉRICO ORLANDO DE AZEVEDO**

---

---

**ORIENTADOR: PROF. DR. TADEU DE PAULA SOUZA**

---

---

**MEMBROS:**

---

**1. PROF. DR. SERGIO RESENDE CARVALHO**

---

**2. PROF. DR. MARCELO KIMATI DIAS**

---

**3. PROF(A). DR(A). SILVIA MARIA SANTIAGO**

---

---

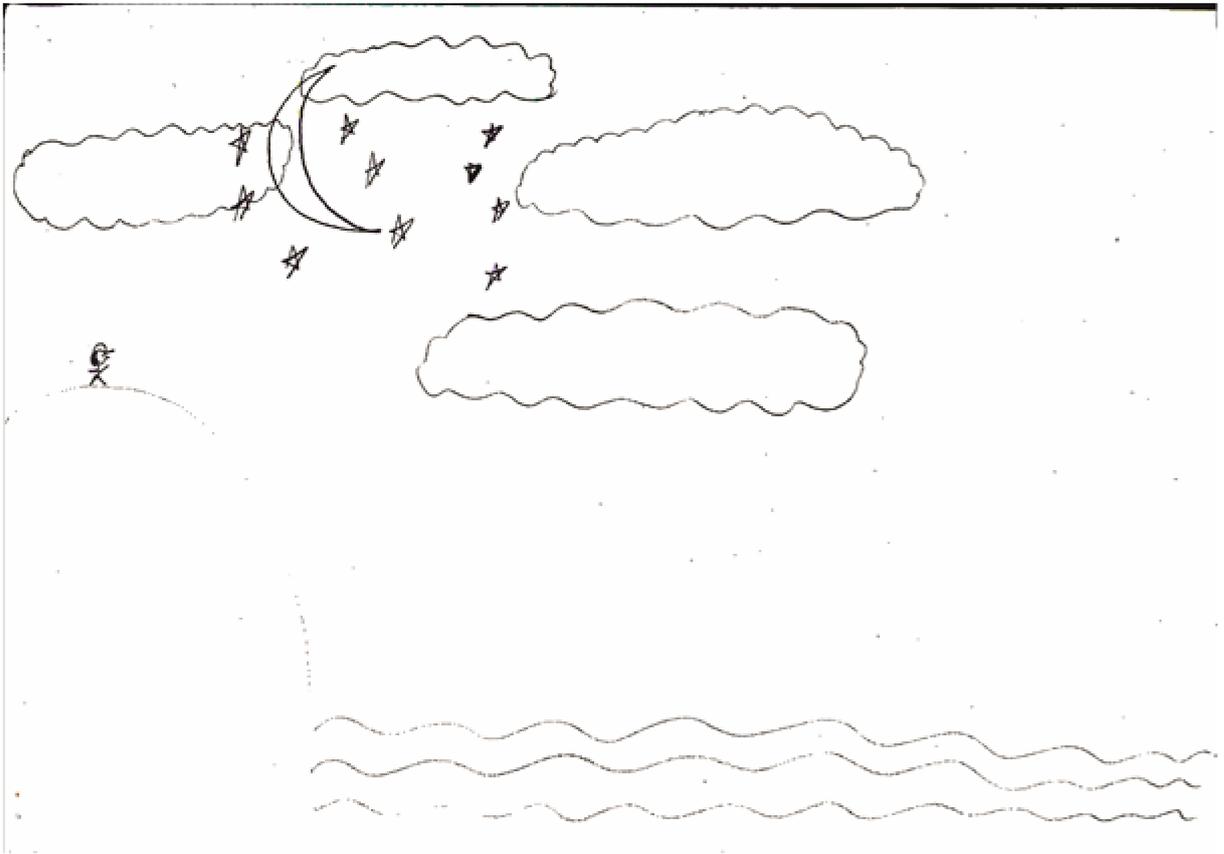
---

Programa de Pós-Graduação em Mestrado profissional em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

**Data: 25/02/2016**

---



*“Noite Selvagem”, representação de uma Internação Compulsória feita durante entrevista com um participante desse projeto de pesquisa.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos companheiros de curso que estiveram comigo nesse processo de aprendizado e aos professores que me proporcionaram uma significativa e intensa incursão no Campo da Saúde Coletiva.

Gostaria de nomear em especial o meu orientador, Tadeu de Paula Souza, que me motivou em momentos de desânimo e me incentivou, sendo parceiro na construção desse trabalho.

Cito também os professores que compuseram minha banca de qualificação e defesa, pelas contribuições enriqueceram este trabalho e me permitiram amadurecer para chegar a sua conclusão.

Agradeço a minha família, em especial a minha mãe, Joana Darc Silva de Azevedo, que me apoiou sempre que necessário, aos amigos que me acompanham, e de forma carinhosa e amorosa, a minha noiva Tabata Fernanda Duarte.

## RESUMO

Percebe-se atualmente relevância no debate acerca da questão do uso de drogas lícitas e ilícitas e do consumo de diversas substâncias em sua relação com a vida social contemporânea, associado a esse contexto, temos também a discussão acerca da utilização de práticas de Internação Compulsória (IC) às pessoas que fazem o uso de drogas, como proposta de atendimento e como perspectiva de Política de Atenção a Saúde dessa população. Consideramos que essa iniciativa está ligada a hegemonia da ideologia proibicionista na abordagem da questão social das drogas e sua associação com o discurso do “fenômeno” do crack, que potencializa os poderes médico e jurídico de intervenção, baseados em propostas de isolamento e segregação de indivíduos e grupos populacionais específicos, relacionados a anormalidade e identificados como agentes de desorganização social. No Brasil percebemos que mecanismos institucionais e legais possibilitam essa prática, através de uma separação do dispositivo da IC presente na Lei Nº 10.216/01, do restante do texto da lei, bem como do contexto histórico da formulação desta. Tais ações e discursos buscam se sustentar mesmo contrariando preceitos da atual Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento social e institucional de atenção ao sofrimento mental com base no atendimento territorial, de caráter singular e de acordo com as necessidades psicossociais dos sujeitos, priorizando o atendimento em regime aberto, se utilizando da internação somente após esgotamento de outros recursos ou em necessidades clínicas de crise. Este estudo, utilizando-se de uma perspectiva cartográfica em pesquisa qualitativa em saúde, elabora reflexões que desconstruem a naturalidade do discurso da anormalidade sobre as pessoas que fazem uso de drogas e através de ferramentas de Análise de Implicação apresenta reflexão crítica frente a esse atual tensionamento político, em que operam movimentos retrógrados em relação a Atenção Psicossocial e tentativa evidente de ataque aos direitos humanos e sociais de indivíduos e grupos que vivenciam problemas de saúde decorrentes do uso de drogas. Realizamos também aproximação, através de entrevistas e propostas de representações gráficas, com pessoas que estando em atendimento em um CAPS AD, tiveram experiências ou se encontravam no momento, internados devido uma IC, buscando abrir espaço de diálogo e de compartilhamento de impressões, sentimentos e impactos em sua história de vida, entendendo que se é sobre essa população que tal ação se dirige, essas considerações têm relevância na definição da abordagem de cuidado a ser utilizada enquanto Política Pública em um estado de direito, bem como, trazendo luz a percepção e perspectivas de suas consequências a estes sujeitos. Nesses encontros destacaram-se temas relacionados ao isolamento, violência, estigmatização e institucionalização decorrentes dessa intervenção, sendo perceptível a influência desses elementos nos processos de subjetivação e na tentativa de eliminação dos aspectos singulares da experiência de uso de drogas e de atenção a saúde dessa população. Percebemos uma dimensão intensa de ação do biopoder no dispositivo de IC, na medida em que seu exercício é um dos mecanismos que vai operar a aceitação da experiência social de segregação de sujeitos destoantes dos padrões de normalização, já que estes denunciam incongruências e contradições, que podem colocar em cheque a homogeneidade do projeto societário vigente.

Palavras-chave: Saúde Mental. Internação Compulsória (IC). Serviços de Saúde Mental. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.

## ABSTRACT

It is perceived the current relevance in the debate about the question of the lawfully and unlawfully drugs use and consumption of a number of substances regarding to the contemporary social life, related to this context, we also have the discussion about the use of practices of Compulsory Hospitalization (CH) applied to the people who use drugs, in terms of care proposal and Care Policy Health perspective of this population. We consider that this initiative is bounded to the hegemony of prohibitionist ideology within the approaching of drugs social question and it's association to the cocaine crack "phenomenon" speech, which enhances the medical and legal intervention powers, based on isolation and segregation proposal of individuals and specific population groups, regarding to the abnormality and identified as social disorganization agents. In Brazil, we perceived that institutional and legal mechanisms enable this practice through a device separation of CH, stated in the Law #10.216/01, of the rest of the law text as well as it's historical context formulation. These actions and speeches aim to be sustained even against the precepts of the Brazilian Psychiatric Reform, social and institutional movement of mental suffering care based on the territorial care, of unique character and according to the psychosocial needs of the subjects, prioritizing the open regime, making use of the hospitalization only after the exhaustion of all the others resources or in clinical needs of crisis. This study, making use of a cartographic perspective on health qualitative research, elaborates reflections that deconstruct the speech of abnormality naturalness over the persons who make use of drugs and through Implication Analysis tools, presents critical reflection before this current political tension, in which operates retrograde movements regarding to Psychosocial Care and apparent attempt to attack to social and human rights of the individuals and groups who experience health problems due to drugs use. We also make the approach through interviews and graphical representation proposals, with persons on ongoing care process in a Psychosocial Care Center – Alcohol and Drugs (CAPS AD), who experienced or were hospitalized at that moment, due to a CH, aiming to open space for the dialog and sharing of impressions, feelings and their life historical impacts, having the understanding that if it's over this population this action is driven, these considerations have relevance in the definition of the care approaching to be used while Public Policy in a state of right, as well as bringing light to the perception and perspectives of it's consequences to these subjects. On these meetings, were stood out themes related to isolation, violence, stigma and institutionalization due to this hospitalization, being noticeable the influence of these elements on the subjectivity processes on the elimination attempt of the unique aspects of drug use experience and health care of this population. We perceived an intense action dimension of the bio power in the CH device, in the way of it's implementation is one of the mechanisms which will operate the acceptance of the social experience of segregation of the normalization patterns dissonant subjects, since these ones denounce incongruities and contradictions that might put in check the homogeneity of the existing social project.

Key-words: Mental Health. Compulsory Hospitalization (CH). Mental Health Services. Related Disorders Substance Use.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Ilustração 1 – representação de atividade de trabalho cooperado associado ao projeto Terapêutico Singular, feita em entrevista com um participante desse projeto de pesquisa \_\_\_\_\_ Contra Capa
- Ilustração 2 – representação de uma Internação Compulsória feita em entrevista com um participante desse projeto de pesquisa \_\_\_\_\_ v
- Ilustração 3 – representação de uma Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral, feita em entrevista com um participante desse projeto de pesquisa \_\_\_\_\_ 122
- Ilustração 4 – representação da experiência de Internação Compulsória feita por Fabrício, participante desse projeto de pesquisa \_\_\_\_\_ 136
- Ilustração 5 – representação da experiência de Internação Compulsória feita por Vicente, participante desse projeto de pesquisa \_\_\_\_\_ 154
- Ilustração 6 – representação da experiência de Internação Compulsória feita por Cláudia, participante desse projeto de pesquisa \_\_\_\_\_ 169
- Ilustração 7 – representação da experiência de tratamento em CAPS AD feita por Alex, participante desse projeto de pesquisa \_\_\_\_\_ 181

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

IC – Internação Compulsória

II – Internação Involuntária

IV – Internação Voluntária

SUS – Sistema Único de Saúde

IPI – Internação Psiquiátrica Involuntária

IPV – Internação Psiquiátrica Voluntária

IPVI – Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária

IPC – Internação Psiquiátrica Compulsória

UNODC – Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime

ONU – Organização das Nações Unidas

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CAPS-AD III – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24 h

CRATOD – Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas

RAPS – Redes de Atenção Psicossociais

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO E APRESENTAÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETO: O DISPOSITIVO DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA</b>	<b>17</b>
<b>3 INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E OS ANORMAIS: A PASSAGEM ENTRE O PODER DISCIPLINAR E O BIOPODER</b>	<b>20</b>
3.1 O Uso de Álcool, Crack e outras Drogas no contemporâneo	27
3.2 O Proibicionismo	33
3.3 Crack: o novo velho mal	40
3.4 Crack e os novos Anormais	42
3.5 O que se fala sobre os novos Anormais	48
3.6 Se pretende ouvir ou calar os novos Anormais?	53
3.7 A separação entre o Dispositivo da Internação Compulsória e a Lei da Reforma Psiquiátrica	57
3.8 O uso da Lei N°10.216/01 para realizar Internações Compulsórias	60
<b>4 BREVE HISTÓRICO DO USO DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NO BRASIL</b>	<b>66</b>
4.1 Mecanismos da Internação Compulsória: sua utilização na cidade do Rio de Janeiro	72
4.2 Mecanismos da Internação Compulsória: o caso CRATOD em São Paulo	77
4.3 A Rede de Atenção Psicossocial aos usuários de Álcool, Crack e outras Drogas, a Redução de Danos e a Reforma Psiquiátrica Brasileira, nos tempos do “fenômeno” do crack	81
4.4 Implicações ao trabalho na Atenção Psicossocial aos usuários de Álcool e outras drogas nos tempos do “fenômeno” do crack	86

<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO, METODOLÓGICO E PERCURSO REALIZADO: NOSSA PROPOSTA DE COMUNICAÇÃO, DESCONSTRUINDO OS ANORMAIS</b>	<b>94</b>
5.1 O Dispositivo da Internação Compulsória percebido de onde estamos	96
5.2 A análise da Implicação	100
5.3 A pesquisa Qualitativa em Saúde e a Cartografia	109
5.4 O Campo de Pesquisa e o Coletivo	115
5.5 O Percurso	117
<b>6 NARRATIVAS, DESENHOS E HISTÓRIAS: APRESENTAÇÃO DAS ENTREVISTAS E DISCUSSÃO</b>	<b>122</b>
6.1 Fabrício	124
6.2 Vicente	143
6.3 Cláudia	155
6.4 Alex	172
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>184</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>192</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>203</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>206</b>

## 1 INTRODUÇÃO E APRESENTAÇÃO

A Internação Compulsória de pessoas em uso de drogas tem sido tema e foco de diversas discussões ligadas às Políticas de Saúde. Dado o impacto da questão do uso do crack pelas populações mais vulneráveis socialmente, vimos ações dessa natureza saírem do campo discursivo para serem operadas em algumas cidades.

Tal debate tem se instalado também nos meios de comunicação, buscando-se menos o esclarecimento e a pluralidade de pontos de vista sobre o tema, uma vez que grande parte da cobertura de mídia tem ligação com o alarmismo e o posicionamento contrário ou de apoio a tal abordagem.

A tendência é a conformação de uma discussão polarizada que vê na ação de Internação Compulsória (IC) ou Involuntária (II) uma solução a ser aplicada às pessoas que fazem uso de drogas, os “dependentes químicos”, sendo que tal proposta, muitas vezes, tenta considerar a internação como sinônimo de tratamento para esse tipo de problema de saúde, desconsiderando os aspectos psicossociais desses quadros e sua consequente atenção em regimes abertos de atenção à saúde.

No caso dos usuários de crack, em que se dá destaque especial para as populações em situação de rua que também fazem uso dessa e de outras drogas, o que se percebe é um agravamento dessas impressões, objetivando justificar uma intervenção de qualquer natureza para a limitação de sua circulação no meio social.

Além do impedimento de sua circulação, em razão de sua situação de anormalidade e inadequação social, temos também o argumento da necessidade de interrupção do uso da droga, em virtude dos prejuízos de saúde que ela acarreta.

Percebemos, ainda, a frequente menção à periculosidade do indivíduo sob efeito da droga, ou na busca por novas doses, através de atos ilícitos ou violentos, compondo esse imaginário do usuário de crack que será alvo das ações de internamento.

Como pano de fundo, nesse panorama, temos dois elementos importantes, sendo um deles o atual processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento social e institucional de atenção à Saúde Mental, ligado

ao SUS, com proposta de investimento em ação substitutiva aos tratamentos de cunho asilar, através de uma rede de serviços calcada na atenção psicossocial, na garantia de direitos e no respeito à diversidade dos grupos sociais. O outro elemento é a expansão de uma iniciativa contrária a esse movimento que, além da perspectiva de internação, alimenta o interesse na retomada do tratamento aos usuários de drogas focado em processos de internação em instituições ou organizações de longa permanência, buscando um processo de abstinência e posterior reinserção social.

Atravessando esta realidade múltipla, temos as forças e os atores do campo jurídico e médico, que historicamente se relacionam como formas de poder na sociedade, com efeitos normativos e de organização das populações e dos indivíduos, impactando os processos de produção de verdades e de produção de subjetividade.

Percebemos também que, nesse embate acerca da IC, se atualizam e sofisticam os discursos e dispositivos de intervenção psiquiátrica, aliados à expansão da influência da judicialização nos processos de atenção à saúde na sociedade brasileira, montando um campo de intervenção que, embora não seja novo, inscreve-se com maior vigor na última década.

É inegável, atualmente, a necessidade de pensar de forma crítica esta interação entre o campo jurídico e o campo da saúde e da proteção social que a internação compulsória evoca, ainda mais em um contexto no qual o debate se polariza em posições antagônicas no discurso contemporâneo.

Assim, de um lado põe-se uma possibilidade que é a necessidade de preservação da vida evocada e simbolizada pela internação compulsória, mesmo sendo estratégia que não leva em consideração, outras possíveis necessidades e direitos dos indivíduos, muitas vezes em situação de sofrimento mental e também de risco social, necessitando de intervenções de outras naturezas, não só calcadas no isolamento. De outro, o discurso de luta e garantia de direitos, liberdades e autonomia dos indivíduos que vivem situações de transtornos mentais graves, decorrentes do uso de drogas, uso esse que, em casos graves, evidentemente acarreta prejuízos para funções psíquicas necessárias ao desempenho desses mesmos direitos e liberdades.

Sendo assim, esta pesquisa teve interesse em apresentar considerações acerca do tema tendo como foco o que pensam os indivíduos sobre os quais se exercem tais ações, suas impressões e o impacto subjetivo destas ações no interior de seu campo de expressão e opinião.

Com isso, objetivou-se alimentar esse debate, que embora esteja alicerçado em aspectos diversos, ainda não levou em consideração o efeito da Internação Compulsória nos processos de cuidado destes indivíduos, bem como em suas vidas, segundo eles mesmos.

Elaboramos este estudo acreditando que ele apresenta uma nova leitura dessa ação, bem como de suas consequências, considerando a relevância destes dados na discussão de maior impacto na Política Pública de Saúde Mental, atualmente.

Consideramos, nesse trabalho, o aspecto político e subjetivo que se estabelece acerca do fenômeno complexo que é a Internação Compulsória de pessoas com transtornos mentais graves decorrentes do uso de drogas.

No capítulo intitulado “Internação compulsória e os anormais: a passagem entre o poder disciplinar e o biopoder”, construímos, com o apoio do pensador Michael Foucault, uma visão crítica sobre esse dispositivo da internação compulsória dos sujeitos usuários de drogas, e de como ele pode ser visto enquanto um mecanismo de expansão do biopoder.

No capítulo 2, realizamos uma atualização da situação histórica atual, trazendo um panorama das forças envolvidas na eclosão do debate acerca da IC no Brasil, e posteriormente apresentamos reflexões a propósito da centralidade do crack nessa situação.

Já no capítulo 3 se encontra a discussão acerca dos referenciais teóricos, metodológicos e o percurso realizado, bem como a importância da perspectiva cartográfica no trabalho qualitativo em saúde e o dispositivo da Análise da Implicação do pesquisador.

Após apresentar esse panorama, o capítulo 4 encerra este trabalho, com a pesquisa de campo realizada através de entrevistas com pessoas que viveram a situação de Internação Compulsória ou Involuntária, para apresentar a perspectivas do discurso e da experiência destas sobre tal situação, algo que consideramos de extrema importância para esse debate.

Apresentamos o encontro com esses sujeitos, permitindo um momento de comunicação e construção de sentidos e impressões de pessoas em tratamento em um CAPS AD ao procedimento de internação psiquiátrica compulsória, e como tal situação teve impacto em suas histórias de vida, bem como suas impressões e opiniões sobre tal experiência.

Tais encontros foram espaços que permitiram a troca e a produção de reflexões sobre o tema da IC com os sujeitos alvos dessa intervenção médico jurídica, promovendo a reflexão e possibilitando apresentar suas perspectivas no texto resultante desse encontro.

Como forma de aproximação, propusemos também a produção de representações gráficas (desenhos), tendo como tema o que sentem e pensam os entrevistados sobre a situação de IC, entendendo que esses elementos de expressão não verbal trouxeram contribuições importantes à tarefa de conexão e diálogo intersubjetivo entre pesquisador e entrevistados.

A intenção foi a de nos aproximarmos desses sujeitos, abrir canais de escuta e de debate, de modo que pudéssemos compartilhar e nos lançar em uma experiência de atenção à vivência desse tipo de situação, valorizando esse conteúdo e entendendo a importância dessa experiência no debate acerca da IC como opção de política de atenção a pessoas em uso de drogas.

Fechamos o trabalho com uma discussão que faz conexão entre os relatos e as perspectivas apresentadas pelos sujeitos entrevistados, e os recursos teóricos que utilizamos para pensar nas ações do biopoder na sociedade contemporânea, relacionando-a com a emergência das ações de IC no Brasil atualmente.

## **2 OBJETO: O DISPOSITIVO DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA**

Iremos nos valer, nesse momento, do recurso teórico apreendido através das importantes obras genealógicas de Michael Foucault. Dentre as diversas contribuições desse autor, o conceito de dispositivo será muito útil para lançar luz sobre alguns aspectos da prática destacada e da junção de fatores que compõe esse complexo fenômeno.

Nos trabalhos realizados por Foucault, desenvolve-se a ideia de análise dos agenciamentos de poder que se exercem de modo capilar e microfísico. O poder não é uma propriedade e nem pode ser localizado, ele é um exercício que se atualiza através de dispositivos que se inscrevem nas estruturas macrossociais.

Sendo assim, um dispositivo é um artifício, uma máquina de fazer ver e fazer falar, que produz regimes de visibilidade, sendo utilizado como centro de gravidade da análise genealógica empreendida. Interessa, portanto, entender que regimes de visibilidade e de dizibilidade a IC produz sobre as pessoas que fazem uso de drogas.

Um dispositivo de poder é também um dispositivo de saber, máquina de produzir verdades que tem procedência e história, ou seja, que tem uma genealogia.

Com a IC, realizamos a análise focada em sua história, seu funcionamento e as formas de expressão dos diversos aspectos do mecanismo de poder que propõe, gerencia e valida tal fenômeno social, bem como a produção subjetiva individual e coletiva que se agencia e é produtora deste.

Utilizaremos esse conceito de dispositivo para tentar compreender como a prática da Internação Compulsória (IC) busca se instituir como uma prática legítima para uma demanda de saúde, mesmo que existam questionamentos em relação à eficácia dessa abordagem de tratamento.

Outro aspecto que pretendemos abordar é como esse mecanismo de certa forma responde a outras demandas da sociedade, ligadas à exclusão e controle de populações específicas.

Tem importância também o modo como esse dispositivo se agencia ao Estado através de normatizações e limitações do exercício de liberdade de

indivíduos, através de discursos técnicos e de higienização da vida pública, bem como em nome da vigilância e garantia da segurança nas cidades.

Isso tudo, esperamos, poderá contribuir para o entendimento desse fenômeno histórico de movimento contrarreformista na área de Saúde Mental, com impacto importante na desarticulação das Redes de Atenção Psicossocial aos sujeitos usuários de Álcool, Crack e outras Drogas, no momento atual.

Não descartamos também que os movimentos estatais de produção de internamento das populações é aspecto presente nas organizações das cidades em diversos momentos históricos, e um fenômeno não estático, compondo um conjunto de forças de intensidades variadas, resultando em movimentos com direcionamentos múltiplos da gestão da vida cotidiana. (Azenha, 2014).

Junto com essa compreensão histórica, o dispositivo também busca apresentar as forças institucionais ligadas à produção de uma prática e seus mecanismos de reprodução discursiva, de articulação como prática social que busca se expandir. Nesse acaso, podemos citar conselhos de classe profissional, em especial, a classe médica, grupos ligados ao exercício de influência política e de meios de comunicação, legisladores e representantes do Estado, principalmente ligados à Segurança Pública, administração das cidades e às Políticas de Saúde e de Assistência Social.

Em relação de tensão e de resistência a tal prática, apresentam-se movimentos sociais ligados aos Direitos Humanos e aos direitos de pessoas que fazem uso de drogas, conselhos de classes profissionais da área da saúde, gestores e trabalhadores da área de Saúde Mental e Defensoria Pública.

Tais grupos realizam uma permanente disputa de poder, com articulações múltiplas de linhas de força e de produções subjetivas e coletivas que se inscrevem no campo social, buscando concretizar seus interesses e objetivos, porém, sempre com uma dimensão de incerteza no que diz respeito às suas realizações e aos espaços para movimentos não esperados das forças em jogo.

Em suas genealogias, Foucault demonstra como práticas disciplinares ou de normalização dos sujeitos e de seus corpos conseguem se legitimar e

perpetuar através do agenciamento de discursos técnicos e jurídicos que mascaram, ou até mesmo declaram de forma indireta, sua real função. (Foucault, 2002).

Desse modo, um dispositivo sempre atualiza um certo diagrama de poder. O panóptico, que consistia numa construção arquitetônica circular, em cujo centro se elevava uma torre de onde era possível ver sem ser visto, foi utilizado nas mais diversas instituições, como fábricas, quartéis, prisões e escolas; ele era um importante dispositivo que atualizava e dava forma ao diagrama disciplinar.

Se queremos analisar a IC como um dispositivo, cabe também articulá-lo a um certo diagrama de poder. Seria, portanto, a IC um dispositivo disciplinar, de docilização dos corpos ou seria a IC um tipo de dispositivo que indica uma certa sofisticação do exercício de poder? Para se compreender a modalidade de poder exercida pela IC, é necessário compreender o próprio fenômeno das drogas e a formação do sujeito usuário de drogas como uma realidade social.

### **3 INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E OS ANORMAIS: A PASSAGEM ENTRE O PODER DISCIPLINAR E O BIOPODER**

Conforme indicam Martins e Peixoto Júnior (2009), a ação do biopoder justifica cada vez mais definições e normatizações relativas às práticas sociais, o que, em sua expansão, acaba por validar intervenções no cotidiano da vida humana.

Tal contribuição mostra sua importância na forma como vemos os traços de normatização da sociedade, onde se cruzam a norma da disciplina e a norma da regulamentação, conforme define Foucault:

Portanto, estamos num poder que se incumbiu tanto do corpo quanto da vida, ou que se incumbiu, se vocês preferirem, da vida em geral, com o polo do corpo e o polo da população. Biopoder por conseguinte, do qual logo podemos localizar os paradoxos que aparecem no limite de seu exercício (Foucault, 2010, p. 213).

É esse biopoder que articula os movimentos de regulamentação da vida, de sua gestão e controle individual ou coletivo (não só Estatal, mas diluído nas instituições e nos processos relacionais da sociedade), em direção à condição de boa saúde como experiência válida e prioritária do viver.

É característica desse fenômeno a expansão de sua intervenção para além dos limites disciplinares sobre o corpo e a subjetividade, voltando-se para as populações, em ações de massa, ações destinadas a regular e normalizar a vida, caracterizando-se, portanto, como um poder que se incumbiu da vida.

Podemos considerar a IC uma medida que evidencia a ação do biopoder, na medida em que esta intervenção se propõe a agir sobre a população, na medida em que são propostas ações de normatização e controle em nome da saúde, e, mais gravemente, sobre um grupo populacional específico, definindo como agir sobre ele, segregando-o.

Experiências de normas e controles visando à boa saúde, que, no caso da IC, enuncia sobre a população que faz uso de drogas, definindo formas de se relacionar com essas substâncias, inscrevendo-se na subjetividade como elemento presente e intenso, e influenciando na relação com o corpo que habitamos.

Além disso, tal ação seleciona também indivíduos e grupos populacionais que podem ser alvo de uma intervenção em massa, exercendo um controle direto sobre suas vidas e seus corpos, sendo justificada pelo risco de perda de saúde e indicando, ao mesmo tempo, ao restante da sociedade onde está localizada a doença (dependência química) e como se distanciar e curar dela.

Com esse processo de normatização instaurado e naturalizado, a sociedade se torna mais permeável ao discurso dos especialistas e dos técnicos, aos saberes relativos às formas de levar a vida então, e se distanciam de uma negociação subjetiva e coletiva.

Será interessante, ainda, refletir sobre como a Internação Compulsória se inscreve em uma resposta à demanda ao grande mal da droga (que também é consumo, mas um consumo que se deve regular a todo custo), que acomete os sujeitos.

Nesse movimento, percebemos que a produção de saber e consequentemente de verdade se adequa e se imbrica em um fluxo contemporâneo de produção, reproduzindo e gerando diversos modos de intervenção no social.

Em pleno contexto de ampliação da Atenção Psicossocial aos sujeitos que fazem uso de álcool, crack e outras drogas, temos a construção de uma proposta de intervenção sobre esses sujeitos que se baliza e valida por um discurso sustentado por alguns pilares argumentativos bastante específicos.

Esses discursos, longe de lhes atribuir fontes únicas de origem, pois estamos cientes de que eles se coproduzem continuamente, têm grande parte de sua construção ligada ao discurso jurídico, médico psiquiátrico e farmacológico, servindo à expansão da ação desses saberes e práticas.

Existe um processo de naturalização do entendimento de que a droga é um elemento bioquímico danoso que retira do sujeito humano, certas capacidades cognitivas e emocionais definidoras do estado normal de juízo. A perda desse estado de juízo justifica a intervenção clínica, e no limite, a intervenção sobre o corpo e a individualidade do ser humano ou até mesmo de um grupo humano específico. Dessa forma o símbolo da droga consegue tamponar outras características que poderiam ser relevantes ao

reconhecimento subjetivo da pessoa que faz seu uso, justificando qualquer tipo de intervenção.

Alia-se também a esse aspecto a perda de crítica em relação ao cuidado de si e ao outro, atribuído ao sujeito que faz o uso de drogas, que justifica inclusive o medo, em razão da imprevisibilidade deste sujeito. Com isso, a intervenção que é tolerável ou justificável se torna indispensável, dado o perigo iminente representado pela instabilidade das pessoas acometidas pelo uso do objeto droga, objeto este que passa a definir sua conduta e a impossibilitar a percepção desse outro como sujeito singular e de direito.

Em especial, a difusão do crack nas grandes cidades, e agora também nas pequenas, assume o protagonismo dessa situação, pois ao contrário do alcoolismo cotidiano e folclórico, porém de maior dimensão em termos de prejuízos sociais e individuais, o crack traz à tona outra visão diametralmente oposta a essa perspectiva. Ele rompe os limites que inscreviam o uso de drogas na dimensão do privado, ou no máximo de grupos marginais escamoteados, ao aparecer visivelmente, à luz do dia, denunciando uma situação degradante de populações de rua e vulneráveis; ele toma a cena e assume a nova encarnação do grande mal e da epidemia.

Qualquer outra característica dessas populações é descartada, e os problemas sociais evidenciados pela situação de vida nas ruas são colocados como consequência do consumo da droga, é a solução apresentada é a exclusão definitiva, tendo em vista o processo de tratamento e transformação que possibilite o retorno do sujeito ao convívio. O saber médico apresenta, então, uma já antiga solução, recorrente na história humana. Esse saber que não pode se calar, com o prejuízo de perder terreno e legitimidade, articula-se também de forma tradicional com o discurso e o poder jurídico para produzir, assim, uma resposta a essa demanda social de acordo com interesses sanitários, sendo o sanitário entendido, infelizmente, sob o viés higienista.

Aqui cabe uma reflexão interessante sobre a junção desses poderes com o interesse gerencial dos governantes das cidades, ou seja, o poder executivo das cidades (entendido aqui como poder com a atribuição de governar o povo e administrar os interesses públicos em uma cidade). Essa articulação permite ao poder executivo um agenciamento que produz uma

forma de intervir sobre o problema (não nova, até por se configurar como uma reedição). Os poderes médico e jurídico vão, então, validar, através de seu discurso de saber, a prática, isto é, a retirada desses indivíduos dos espaços públicos como proposta de tratamento.

As questões referentes à atenção a saúde e gestão desses grupos populacionais que fazem uso de drogas se vinculou a uma reedição de ações de isolamento, manobra possível pela junção já citada entre poder executivo, em seu interesse de administração das cidades, e os poderes médico e jurídico, em suas disputas pelas respostas às demandas sociais que lhes possibilitem expandir-se como regimes de verdades e práticas.

Essa fantasia catastrófica é decorrente de uma visão cientificista do potencial de produção de dependência dessa substância (independentemente do modo de uso ou do sujeito humano que a utiliza), defendendo que existe um potencial de dependência imediato em qualquer pessoa que se aproxime do crack.

Esse tratamento, claro, se inscreve em uma modalidade não opcional, e seu complemento é a restrição de espaço, quando não o confinamento, pelo caráter anormal e, conseqüentemente, não humano das pessoas acometidas por esse mal.

São descartadas afirmações referentes à ineficácia da internação à revelia da vontade do sujeito, e à não articulação dessa prática com as Políticas Públicas de atenção às populações em questão.

Outros pontos desconsiderados são as propostas de uma Rede de Atenção à problemática tão complexa como a vulnerabilidade social e o uso de drogas, situação evidenciada no atual momento das Políticas Públicas de Atenção Psicossocial, modelo vigente de cuidado em Saúde Mental no país.

Trata-se de proposta que sustenta um modelo inclusivo, por considerar que esses sujeitos também são portadores de discurso e de direitos a serem considerados no tratamento à saúde, sendo as cidades locais de efetivação desses direitos, não partilhando da centralidade do elemento da restrição como prática de cuidado em saúde.

Evidente que essa perspectiva não vai de encontro à proposta dos poderes executivos de administração das cidades e muito menos de produção dessa subjetividade encapsulada nos processos de normatização.

A consequência é que temos um enfraquecimento dos movimentos de resistência e reformistas, bem como das iniciativas de entendimento dos direitos desses grupos populacionais vulneráveis, associado à articulação e expansão de um biopoder devastador. Esse biopoder atualiza uma demanda e uma resposta que abarca o fenômeno do uso de drogas, com uma promessa de solução imediata, cuja satisfação reside na retirada do direito de circulação desses sujeitos baseada no confortável argumento de cuidado da saúde que, afinal, é direito e obrigação do Estado, mas em um formato vigilante e de segregação.

Essa passagem à efetivação se dará com o discurso médico-psiquiátrico e o discurso jurídico, associados aos aparelhos de gestão das cidades, porém, nada seria possível sem a produção de uma comoção pública bem-sucedida pelos meios de comunicação.

Para resultar em um mecanismo hábil e praticável, é necessário fazer funcionar estruturas jurídicas e sociais distintas, que se integram e se reproduzem através dos saberes vigentes. Essa estrutura jurídica refere-se à legislação que regula a atenção psiquiátrica e os mecanismos de internação. Embora sejam legislações e normas criadas dentro de uma intenção progressista, é evidente que, em sua formulação, residiram diversas tensões e disputas de poder, resultando em que a legislação relativa à internação psiquiátrica guarda um espaço de intervenção dedicado ao médico e ao juiz em sua parceria e disputa pelo biopoder.

Atentando para a Lei n<sup>o</sup> 10.216/01, que descreve o procedimento de internação, particularmente o artigo 3<sup>o</sup>, no qual se definem os quatro tipos de internação, sendo eles – Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI); Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV), Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna então Involuntária (IPVI) e Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC), é perceptível que a conduta médica de internação está ligada a um projeto de cuidado que leva em consideração as características individuais do paciente,

entendendo que após o período de internação, tem continuidade o acompanhamento em outro serviço de saúde.

Percebe-se também que, no caso de um paciente que não realiza tratamento, existe a necessidade de encaminhamento para iniciar atendimento no serviço de referência, após essa situação de internação. Tais aspectos são apresentados no artigo 4º, como descrito abaixo:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (BRASIL, 2001).

Em documento posterior, a Portaria nº 2391/GM, de 26 de dezembro de 2002, nota-se que a IPC se exime dos apontamentos técnicos mencionados na lei anterior, e no artigo 2º dessa portaria, através do inciso 4 do artigo 3º, “A Internação Psiquiátrica Compulsória é aquela determinada por medida judicial e não será objeto da presente regulamentação.”.

Destaca-se, então, a mudança do caráter clínico para uma indicação jurídica, que tem a ver não com avaliação da condição de saúde do sujeito em questão, já que esta necessita de avaliação de profissional médico, como destaca Lima (2007), mas diz respeito ao comportamento de uso, ou de se expor e expor outro ao risco, em virtude do uso.

Embora as opiniões sejam diversas, evidencia-se que as pessoas em situação de sofrimento mental, conforme indica Pinheiro (2011), mesmo em situação de internação em modalidades compulsórias ou involuntárias, tenham o devido direito constitucional a um processo legal que opere em concordância com os padrões normativos prévios.

A relevância da necessidade de prioridade de avaliação clínica para a internação psiquiátrica, mesmo que em sua modalidade compulsória, é corroborada inclusive em documentos do Escritório das Nações Unidas para

Drogas e Crime – Unodoc (ONU, 2012), no qual se aponta a importância do diálogo com legisladores e gestores visando ampliar o apoio a programas de tratamento para a dependência química com abordagem de caráter voluntário, baseada em evidência e na proteção de direitos dos pacientes.

Não desconsideramos que alguns quadros psiquiátricos graves, episodicamente, ou de forma crônica, dificultam o entendimento do próprio paciente quanto à sua situação, acarretando prejuízos em funções psíquicas necessárias para o exercício de direitos e liberdades com plena autonomia. Tal situação, em seu limite, agravada pela vulnerabilidade social, leva a perdas significativas de autonomia e de possibilidades de autocuidado e manutenção de sua saúde.

Dessa forma, é importante perceber que o processo de internação compulsória consiste em uma indicação jurídica que se exerce sobre indivíduos usuários de substâncias psicoativas, sendo que esse processo geralmente se dá através da demanda de um terceiro. Este terceiro seria tanto um familiar quanto um profissional da área da saúde, da segurança, representantes do Estado ou até mesmo do próprio sistema judicial que questiona a capacidade de discernimento necessária, por parte da pessoa que faz o uso de drogas, para exercer os atos da vida civil.

Assim, cabe compreender como se opera uma articulação entre esses dois âmbitos de controle – a saúde e a justiça –, de modo a permitir ao poder executivo das cidades uma ação de controle total sobre determinado grupo populacional. De outra parte, tal articulação promove também a validação e ampliação do poder dos saberes jurídicos e médicos, bem como e sua legitimidade através de um pacto de intervenção com aprovação de quase maioria da sociedade e com pouquíssimas chances de resistência da população alvo.

Evidente carácter totalitário dessa operação – uma vez que por não existir nenhum indício de pactuação com os sujeitos envolvidos na ação em si –, evidencia-se através do discurso de “desumanização” pelo uso da droga, que é confundido com a situação de limitação e vulnerabilidade do próprio sujeito, através de sua desumanização.

Ao mesmo tempo, desarticulam-se as ações Psicossociais, e o pouco investimento em atendimentos com bases reformistas, já que tal modo de abordagem é centralizador e invoca um sucesso ligado ao resgate e ao retorno do indivíduo à sociedade após seu processo de cura. Processo esse que evoca um apelo de transformação, que, caso fracasse, em razão de um novo episódio de uso de droga durante o retorno ao convívio social, deve recomeçar através de uma nova internação.

Define-se, assim, o fechamento em circuito de certo padrão de abordagem e de aprisionamento de subjetividade, seja dos alvos ou dos promotores dessas ações, que terminam se assemelhando, desumanizando-se.

Neste panorama apresentamos o modo pelo qual percebemos a IC como uma expressão máxima do biopoder, através da relação entre a medicina e a justiça, em suas expressões de controle e gerência da vida, evidenciando um processo histórico de produção de práticas e saberes sobre as populações. Tal intervenção se inscreve e se relaciona nos processos de subjetivação e nos processos sociais, tornando visíveis novos padrões de regulação, com o uso de substâncias de todo o tipo, mas em especial com o uso de drogas, aspecto presente na atualidade com especial destaque, e que veremos em seguida.

### **3.1 O uso de álcool, crack e outras drogas no contemporâneo**

Não é incomum encontrar, nos debates acerca do uso de drogas na atualidade, um discurso que tende a gravitar em torno da grande oferta de substâncias nocivas, dando especial destaque às ilícitas nesse aspecto, e de como elas acometem a sociedade como um grande mal. Leitura esta que tenta retratar o consumo de drogas quase como uma força independente dos processos históricos que atravessam e constituem a própria sociedade e descartando os aspectos subjetivos envolvidos em seu consumo.

Deixa-se de lado, assim, uma análise das relações possíveis entre os processos sociais que vivemos e os padrões de consumo de substâncias, reflexão na qual estariam inseridas as diferentes formas de lidar com desconfortos e prazeres da experiência humana.

Podemos considerar que, embora a relação com a administração destas substâncias seja característica histórica de nossa cultura, atualmente vivemos um momento em que a interação com elas expressa um processo social em que tem destaque o individualismo e o consumismo?

Buscaremos então destacar alguns aspectos históricos e subjetivos dessa realidade, e retratar os processos sociais relevantes para essa discussão de modo a problematizar a prática clínica que se dá nos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD), e em especial a função exercida pelos dispositivos da Internação Compulsória/Involuntária na sociedade brasileira nos últimos anos.

Entende-se que não é desprezível a importância que tem a sociedade de consumo e a profusão de informações no contexto atual do fenômeno de uso de substâncias, destacando-se a virtualidade das relações, as experiências de despersonalização dos indivíduos e características de descartabilidade dos encontros sociais (Bittencourt, 2009).

Conforme indica o autor, todas essas características da sociedade moderna, associadas ao retraimento das experiências comunitárias e coletivas, têm importante impacto nas relações interpessoais cotidianas.

A realidade social e os processos subjetivos que vivemos na atualidade são caracterizados por uma busca incessante do consumo como promessa e meio de felicidade, comportamento guiado por tentativas de linguagens de reconhecimento e afirmação identitária instável e provisória (Bauman, 2009).

Atentamos à relevância da interação desses aspectos, nesse panorama de consumo da mercadoria droga, seja no mercado lícito ou ilícito, que, apesar de seus diferenciais, tem em comum o engajamento na busca constante de satisfação e de alívio da insatisfação em relação às experiências subjetivas e objetivas modernas. Com isso, potencializa-se o caráter ostentatório e espetaculoso das relações sociais, bem como das produções de subjetividades, comprometidas com tais preceitos, nas quais a relação com as substâncias psicoativas lícitas, ilícitas e prescritas tem destaque especial.

Debord (1997) enfatiza especialmente as ilusões farmacológicas e como estas contribuem para a regulação do mal-estar de cada indivíduo, e permitem

a continuidade de uma subjetividade em busca de prazer ininterrupto e obcecada pela imagem, denominada por ele de Sociedade do Espetáculo.

Para Foucault (2008), a produção de subjetividade individualista é uma das facetas do neoliberalismo, cuja ideia de liberdade individual passa muito mais por um incentivo à competição entre interesses individuais do que propriamente por uma aposta radical na liberdade. Trata-se mais de um sistema de gestão de liberdades no qual os interesses individuais são indexados à lógica de mercado.

Temos, então, a estruturação subjetiva do que Foucault (2008) definiu como homem empresa, sujeito neoliberal que possui liberdade suficiente para produzir capital e que possa a se autoadministrar em direção ao consumo e à satisfação. Esse homem vive sob os imperativos de uma sociedade que o pressiona para a alta performance e a produtividade, responsabilizando o próprio sujeito pela autogestão do que consome (Souza, 2013).

Conforme já foi dito, interessa-nos em particular a relação com a mercadoria droga, percebendo que,

A partir do modelo empresa essa classificação precisa ser modulada, pois no mundo da empresa o uso de drogas se articula à lógica da produtividade e da concorrência. Usam-se drogas para acordar, para ir trabalhar, no *happy hour*, para dormir, em suma, para se viver num sistema de maximização da eficiência e de incentivo à competição. Cria-se uma zona cinzenta e imprecisa entre o mundo da produção, o mundo “recreativo” e o uso medicinal. As drogas se encaixam perfeitamente no modo de vida impulsionado pelo modelo neoliberal. Embora continue sendo moralmente condenável por certos campos discursivos, seu uso está disseminado, incorporado e agenciado à vida na contemporaneidade. Se os lucros estiverem bons, se o rendimento estiver alto e se o risco estiver sob controle, o homem empresa não será reprimido, coagido pelo fato de usar drogas. Só em raras exceções (Souza, 2013, p. 123).

Como nos indicam Rosa e Winograd (2011), não é desprezível a naturalização do consumo farmacêutico e alopático, funcionando como importante fator na medicamentação da vida. O mesmo processo que naturaliza o uso de fármacos, também promove uma intensificação da perspectiva do uso de drogas lícitas e ilícitas, como produtoras de autorregulações que visam diminuir o mal-estar da experiência subjetiva contemporânea e também aumentar e melhorar a performance.

Percebemos que, do ponto de vista da produção de uma subjetividade consumista, empresarial e hedonista, operam-se agenciamentos desejantes que ignoram a divisão lícito/ilícito, já que o que se busca é a liberdade individual de consumo e de escolha, sem descartar a dimensão econômica e social que define a qual droga se terá acesso. Entretanto, esse processo de produção de uma subjetividade consumista e medicalizada se fez acompanhar de um processo político de criminalização de certas substâncias e promulgação e incentivo de outras.

Os medicamentos têm relevância no processo de medicalização da sociedade, reforçando a individualização de problemas sociais e alimentando a percepção de que existem desequilíbrios bioquímicos, e que esses são resultantes de características hereditárias, subjetivas e comportamentais, podendo ser reequilibrados por meio do uso de medicamentos específicos. (Dantas, 2009). Cria-se, por conseguinte, uma premissa de que essas substâncias podem trazer o retorno ao estado de saúde, descartando-se os condicionantes, também subjetivos, ligados às formas de andar a vida presentes nos processos de adoecimento e de melhora da saúde.

Dessa forma, assim como aprendemos a imediata e milagrosa ação dos fármacos, temos a “fetichização” de seu consumo e da relação com o nosso próprio organismo, impactando uma subjetividade rendida aos saberes técnicos que as prescrevem.

Fixamo-nos, também, na busca de soluções imediatistas de sedação das dores e do sofrimento, ou de apoio psicotrópico para as performances e necessidades de lidar com limitações advindas das situações do dia a dia.

A sociedade lê o uso de drogas, no caso do álcool e de outras drogas, de forma ambígua, primeiramente como uso que se firma como recurso para bem-estar e, quando não, de indução à recreação e à vivência de experiências intensas. Antagonicamente, o uso dessas substâncias também é percebido como capaz de causar efeitos negativos, a tal ponto que podem levar à perda da condição de sujeito humano, em situações de consumo específicas ou de consumo de substâncias consideradas mais nocivas que outras. Entre as explicações para justificar um ou outro ponto de vista, estão as referências religiosas, ideológicas, moralistas e, claro, científicas, sendo que em ambas as

perspectivas há uma dimensão política que produz processos de subjetivação, sendo importante nos debruçarmos sobre isso.

Conforme nos indicam Benevides e Passos (2010), o sistema capitalista tem importante função na produção de modos de pensar sobre o objeto droga, uma vez que tal experiência é sobrecodificada pela lógica do consumo, resultando na redução da diversidade de discursos sobre tal vivência de natureza subjetiva e coletiva. Essa forma de enxergar o fenômeno social se imprime inclusive nas análises clínicas ou jurídicas, predominando avaliações de padrões ou níveis de consumo, pouco espaço sobrando para a dimensão experiencial do sujeito. Cria-se, por conseguinte, uma padronização da experiência com as drogas, tendo como unidade o consumo. Trata-se, portanto, de um processo que impede a pluralidade de discursos sobre as experiências com uso de drogas.

De outra parte, opera-se também um mecanismo que atesta o componente compulsivo do sujeito contemporâneo, sem considerar os aspectos sociais e históricos dessa condição, eliminando a produção subjetiva, o que tem estreita relação com a experiência de consumo do mundo capitalista.

A esse ponto de vista, soma-se o total abandono da perspectiva de autocontrole, de propostas de comunicação em torno do autocuidado e autonomia que possam emergir das trocas de experiências, seja do modo de uso ou de não uso entre pessoas que fazem uso de drogas. Excluem-se, assim, outras características que poderiam ser alternativas a esta subjetivação passiva em relação ao objeto droga.

Essa é também a tentativa de negar aspectos como o uso generalizado de fármacos ou outras substâncias, com os mais diversos fins, elegendo-se substâncias e padrões específicos a serem evitados, limitados ou gerenciados pelos respectivos especialistas e, no limite, pelo próprio Estado.

Através dessas articulações temos a produção de fenômenos importantes na sociedade moderna, como a intensificação da autoadministração de substâncias dentro da lógica do mercado que reforçam a produtividade e o consumismo, e afetam diretamente a vida da maior parte da população (Arrais et al., 1997; Levy et al., 2012).

Gostaríamos de enxergar também a experiência de uso de substâncias ilícitas, nesse contexto atual, podendo, claro, resultar em comportamentos compulsivos e dificuldade de autoadministração de doses não prejudiciais, mas também interessada nessa regulação dos desconfortos vivenciados com a realidade social e pessoal dos sujeitos.

O que buscamos destacar é o aspecto de produção de subjetividade contemporânea, que busca se regular com o uso de drogas lícitas ou não, e que se relaciona com o imperativo do consumo e da adaptação às condições de vida na qual somos lançados cotidianamente.

Não temos, com isso, intenção de relativizar os efeitos prejudiciais e nem desconsiderar os impactos do uso prolongado de fármacos e outras drogas, mas evidenciar essa relação entre o uso problemático e consumista, e às vezes compulsivo, e o uso contemporâneo de substâncias de todo o tipo.

O que se evidencia, é que existe não só uma pluralidade de substâncias disponíveis no contemporâneo, mas também uma pluralidade de usos e de funções dessas substâncias, uso esse que se agencia com as próprias necessidades de produção e de velocidade do momento social atual.

Porém, nesse universo, destaca-se no discurso vigente o uso prejudicial, focando o desencadeamento de quadros de dependência química, com especial ênfase nos quadros de dependência de drogas ilícitas como o limite máximo desse consumo nocivo que acomete a sociedade.

Mesmo com levantamentos indicando que o uso de cocaína, por exemplo, incluído aí o crack, abrange no máximo 4% da população (UNIFESP, 2012), sendo que nesse percentual estão incluídos desde usuários com experiência única de uso até aqueles que fazem uso recorrente, com síndrome de dependência e outros quadros múltiplos presentes, percebe-se que o discurso sobre as drogas insiste em gravitar principalmente em torno dessa realidade extrema. Tal perspectiva alarmista, que tem objetivos de intervenção sobre uma população específica, desconsidera a importância do impacto das drogas lícitas como cigarro e álcool, ou o uso generalizado de medicações<sup>1</sup>,

---

1 [A esse respeito ver reportagem publicada na revista \*Carta Capital\* acerca do aumento do consumo de medicação, em especial do ansiolítico clonazepam, no Brasil e no mundo, disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/saude/rivotril-a-droga-da-paz-quimica-3659.html>.](http://www.cartacapital.com.br/saude/rivotril-a-droga-da-paz-quimica-3659.html)

incluindo aí as psicotrópicas, como no caso de calmantes, desconsiderando essa face do fenômeno. Desse modo, o que se constrói é a seleção de uma população específica denominada como usuária de drogas, os “dependentes químicos”, e sobre a qual se permite falar, para produzir saberes, e seu quadro de risco de vida permitira uma intervenção dos saberes médios e jurídicos articulados.

Nesse panorama, a IC é dispositivo estratégico, pois ele vai possibilitar um regime de visibilidade e dizibilidade que sustenta o saber psiquiátrico e jurídico sobre esse aspecto do uso de drogas na sociedade, legitimando sua ação sobre tais populações. Esses aspectos, associados à perspectiva do proibicionismo, que introduziremos a seguir, evidenciará quem são os sujeitos usuários de drogas elegidos para essas ações de controle e segregação, dando a certeza ao resto da população de que ela não o é, e também os regimes necessários de normalização para que esse restante não venha a ser.

### **3.2 O proibicionismo**

É interessante notar como a sociedade constituiu um modo de se relacionar com as diversas substâncias e seus consumidores, visto que esse é um processo histórico, conforme apresentam Ribeiro e Araújo (2006). Observa-se também como, ao longo do século XX, o uso e a comercialização de algumas substâncias foram sendo gradativamente criminalizados, numa estratégia geopolítica global.

DE outra parte, destaca-se também a relevância do desenvolvimento do capitalismo e dos Estados modernos, principalmente nos momentos de fortalecimento econômico, e sua influência no cenário político internacional, em busca da expansão de suas ações.

Nessa análise em particular nos interessa o movimento realizado pelo governo dos Estados Unidos da América, sua condição de potência econômica mundial, e um dos grandes motores das iniciativas do Estado neoliberal – essa organização do aparelho de Estado, na qual se caracterizam discursos de não

---

intervenção na economia, e, em contrapartida, de intervenção nas condutas e hábitos dos indivíduos.

Nesse país, desde o século XIX, já existiam movimentos voltados a processos de internação e penalização, em especial de usuários de álcool, através de movimentos da sociedade civil de influência religiosa, associado a iniciativas médicas, que tiveram grande interferência nas políticas estatais em diversos estados norte-americanos. (Araújo, 2012).

O desenvolvimento das abordagens proibicionistas, simbolizadas pela Política de Guerra as Drogas, formulada pelos EUA, deve ser visto como uma importante faceta da expansão do poder militar, econômico e diplomático, bem como de propagação de aspectos morais e legais que determinaram as bases de ação para outros países (Rodrigues, 2012). De certa forma, grande parte do sucesso dessa empreitada e de sua força sobre outros países esteve ligado à substituição dos elementos de ameaça à democracia e à liberdade, antes atribuídos ao comunismo, pelas drogas e posteriormente pelo terrorismo. (Batista, 2001; Negri e Cocco, 2005).

Com isso, foi possível operar em uma lógica de política externa e interna voltada para a segurança, justificando tanto situações de opressão e controle sobre grupos populacionais específicos, no âmbito interno, quanto políticas de guerra, embargo e pressão militar e econômica sobre outras nações. Todavia, é evidente o questionamento, nos tempos atuais, dessa política bélica, que se mostra centrada na repressão ao uso, na tentativa de redução de produção e de demanda através de força militar e judicial.

Outra característica dessa abordagem e da influência do Estado reside no fato de que tal política se mostrou extremamente poderosa, quando consideramos os processos de subjetivação e as forças em jogo, que resultam na extrema resistência a outras formas de abordagem da questão (Fiore, 2012).

Embora tenha tido pouco sucesso nesses objetivos, a política de Guerra as Drogas produziu grandes impactos contraditórios do ponto de vista econômico e prejuízos sociais, ao longo de sua expansão e definição como forma única de lidar com essa problemática, sendo que, gradativamente, tem

início esforços em outros sentidos<sup>2</sup> na abordagem da questão das drogas.. Outro efeito dessa política concerne ao impacto sobre já referidos esforços de gerir e controlar as populações, agora com influências do ideário de liberdade de consumo neoliberal. Entretanto, tal liberdade não aparece sem a gerência dos riscos e danos que podem resultar de seu exercício, sendo que sobre isso a política antidrogas abriu um grande escopo de intervenção, tanto para o que deve ser evitado, como para o que se encontra possível e acessível ou mesmo para o que deve ter o consumo incentivado enquanto consumo.

Atrela-se racionalidade da renúncia a certos produtos, em um regime no qual a lógica do consumo passa a ser a mola propulsora do mercado. P, para sucesso dessa articulação, se operam-se formas de lidar com as drogas e seus usuários de acordo com os interesses mercadológicos em jogo.

Nesse sentido, o proibicionismo produziu uma associação entre o conceito de drogas e a ilicitude, gerando uma imagem estereotipada do usuário, como aquele que se insere direta ou indiretamente na rede de tráfico de drogas ilícitas. A constituição do usuário como sinônimo de usuário de drogas ilícitas gerou uma dissociação entre as drogas e os demais tipos de usuários de drogas lícitas, em especial de álcool e tabaco e das farmacológicas. Mas não era suficiente uma associação entre drogas e tráfico ilegal, era necessário constituir uma imagem universal do usuário de drogas (ilícitas) como dependente químico, em grave situação de saúde. Uma imagem que mobilizasse toda a sociedade para o combate as drogas, um regime de visibilidade que traduzisse ou expressasse uma verdade sobre as drogas.

Embora no mundo capitalista todos sejam de alguma forma usuários de drogas, lícitas e ilícitas, produziu-se, a partir do proibicionismo, uma redução desse campo perceptivo sobre o fenômeno das drogas, através da firmação da lícito e do ilícito.

---

2 A esse respeito, ver documentos internacionais elaborados pela Comissão Global de Políticas sobre Drogas, trazendo críticas referentes às estratégias atuais de ação e propostas alternativas a serem levadas à Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, que será realizada em 2016. disponíveis em: <<http://www.gcdpsummary2014.com/bem-vindo/#foreword-from-the-chair-pt> [http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp\\_v1/pdf/Global Commission Report Portuguese.pdf](http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_Portuguese.pdf)>.

A Guerra à Drogas como medida política para se combater as drogas que foram tornadas ilícitas gerou uma segunda associação: drogas ilícitas e violência, como se a violência ou tendência à violência fosse um atributo das drogas e dos usuários de drogas ilícitas. A constituição de um conceito restrito de drogas, designando algumas substâncias ilícitas, permitiu a definição de um novo anormal: o usuário de drogas ilícitas, como sujeito desviante, potencialmente perigoso, que não aceita limites, não respeita a lei e é responsável por alimentar o tráfico.

Aspecto relevante nesse processo é a definição de tolerância, liberação e regulação do consumo de substâncias de consideráveis efeitos nocivos e quem tem, inclusive, seu uso incentivado, em razão da relevância mercadológica ou da expansão da medicalização da vida cotidiana.

Nesse sentido, podemos citar o caso do metilfenidato – substância com reconhecidos efeitos nocivos e cujo uso é considerado de risco, bem como indicado para quadros patológicos específicos –, que teve seu uso ampliado de forma significativa, resultando em lucro expressivo para a indústria farmacêutica (Pastura; Mattos, 2004, Ortega, 2010, Viégas; Oliveira, 2014). Por outro lado, temos a restrição de outras substâncias, caso da maconha, sendo que não estamos de forma alguma descartando os efeitos negativos decorrentes do uso prolongado ou precoce das substâncias psicoativas, já reconhecidos em estudos (Jungerman; Laranjeira; Bressan, 2005; Soares-Weiser; Wisner; Davidson, 2003). Porém, consideramos a relevância da maconha como droga que ilustra os danos da política proibicionista, que limita e restringe o acesso e a pesquisa de usos terapêuticos de substâncias de menor impacto à saúde.

Recentemente foram desencadeados intensos debates relacionados ao uso de um dos seus princípios ativos em casos de epilepsia (Dantas, 2005) e é reconhecida também sua utilidade para os cuidados de usuários de crack, como estratégia de redução de danos, como demonstram Chaves et al. (2011) e Pereira e Wurfel (2011).

É possível considerar que a maconha poderia gozar de outros tipos de regimes de consumo que não o proibicionista, em virtude dessas possibilidades de utilização, algo que pouco se consegue explorar devido por causa da rigidez

e da não possibilidade de discussão imposta pela situação atual de restrição total.

Enfrentando tal situação de outra forma, países como Uruguai, Espanha e Portugal promoveram mudanças em sua legislação para descriminalização do uso e possibilidades de cultivo doméstico, ou em pequenos grupos, para consumo de maconha, seguindo regras específicas. E mesmo os Estados Unidos da América possuem, atualmente, mais de 22 estados com legislações relacionadas a esse tema.

Essa realidade se mostra paradoxal, em razão do grande número de usuários e da facilidade de acesso (ainda que ilegal) a esta substância, bem como da mobilização de segmentos da sociedade que buscam promover o debate relativo à sua utilização para fins terapêuticos ou recreativos.

Gostaríamos de ilustrar esse aspecto, o da necessidade de abertura de discussão para além das premissas do proibicionismo, como, por exemplo, na área de cuidados a saúde de pessoas que fazem uso de drogas, com uma vinheta clínica oriunda de trabalho em um CAPS – AD, no município de Campinas, em São Paulo.

Reconhecemos que a atenção à saúde é só um aspecto desse complexo problema social, porém consideramos que o aprisionamento de ideias e de perspectivas que esta política apresenta deva levar a impasses e prejuízos também em intervenções coletivas ou individuais de outra natureza ou em outras áreas, como jurídica ou social.

Objetivamos mostrar o quanto o aspecto proibicionista limita a visão e a ação sobre o fenômeno social do uso de drogas. Nesse recorte, em relação aos cuidados em saúde, vemos então alguns de seus impactos como força limitante de intervenção dessas ações, por estar submetida a uma lógica repressiva dominante.

Consideramos que esta deve ser uma realidade presente e relevante, e comum aos profissionais dessa área.

*Atendendo Mara, usuária do serviço já há alguns anos, em razão do uso problemático de crack e álcool, no momento em período de interrupção do uso*

*desta droga, há cerca de 7 meses, e com novos projetos de vida e tratamento para Hepatite C com medicação que resulta em diversos efeitos colaterais.*

*Mara, em um atendimento de referência, relata sua insegurança em debater, com a médica que gerencia seu tratamento de hepatite, a estratégia que tem adotado para a interrupção do crack, que compreende além de estratégia medicamentosa e comportamental debatidas com os profissionais do CAPS, o uso de maconha, em momentos importantes do seu dia, quando sente grande vontade de usar o crack.*

*Relata que sempre circulou no centro da cidade quando em uso intenso, experimentando períodos de vivência de rua inclusive, e, faz alguns meses, mudou-se para um apartamento nessa mesma região, após conseguir benefício que possibilitou segurança financeira.*

*Atrela essa proximidade com pensamentos e memórias que trazem momentos de vontade de uso, não só pela experiência com a substância, mas também por sentir falta da circulação que fazia. Quando sente isso, faz o uso de maconha, que acredita ter um efeito que lhe permite lidar com tal situação.*

*Após me contar esta estratégia, diz de sua insegurança em debater isso com a médica infectologista, de como esse uso de maconha pode, a seu ver, abalar uma relação de confiança baseada na segurança da abstinência. Comenta também que relatou sua experiência a outro usuário do serviço e que através dele tem ido a um local de compra de drogas onde não há “promoções” do tipo compre 5 “parangas” de maconha e ganhe 1 pedra de crack, para evitar o uso deste último.*

*No decorrer dos atendimentos, Mara traz à tona sua conversa com a profissional médica sobre seu uso de maconha, o que foi não só tolerado como incentivado a seu ver, em virtude dos prejuízos que o uso do crack ou álcool poderiam trazer ao tratamento. Relata também que, após sua conversa com o outro paciente, este iniciou um abandono do uso de crack e a utilização de maconha, em períodos de desejo de uso intenso.*

*Mara então reflete acerca das possibilidades de autocuidado proporcionadas pela troca de uma substância pela outra, pois a experiência de uso de crack tinha caráter compulsivo e de risco, enquanto o uso de maconha*

*é feito em seu domicílio, em quantidade moderada, e como isso seria facilitado se houvesse outra forma menos arriscada de obter maconha com este fim.*

*Outro ponto sobre o qual reflete é quanto à sua percepção de que seria repreendida pelos profissionais de saúde, uma vez que esse uso violava os acordos de abstinência, a seu ver, tendo sido depois compartilhado como protetivo. No fim, fecha com sua maior curiosidade: como ela e o outro usuário que adotaram tal opção poderiam relatar sua experiência aos demais pacientes e incentivá-los a buscar estratégias parecidas. Nem é preciso dizer o quanto isso foi mobilizador de debates em equipe e entre os pacientes do serviço.*

Acreditamos que esse trecho carregue diversos aspectos que foram levantados ao longo do texto, mas, em especial, destacamos o quanto a clínica e a construção de estratégias terapêuticas levam em consideração outra forma de pensar a relação entre os sujeitos e o uso de drogas. Traz também à tona, tensões relativas à forma como a sociedade contemporânea lê e fala sobre a experiência de contato de pessoas com as drogas lícitas e ilícitas, e do quanto têm dificuldades em ouvir outros pontos de vista sobre esse encontro, particularmente quando quem fala é um sujeito envolvido na experiência de uso.

Com isso, pretendemos ilustrar todo o panorama descartado nesse fenômeno social complexo quando apoiado somente nos saberes e dizeres hegemônicos, referidos anteriormente, e apresentar um discurso alternativo, buscando achar brechas para a discussão de tal situação.

Outro ponto diz respeito ao consumo de substâncias mercadologicamente toleradas como cafeína, açúcar industrial, dentre outros componentes da alimentação, de reconhecidos efeitos nocivos, e as medicações tão comumente administradas, às vezes como única forma terapêutica de atenção à saúde.

Não desconsideramos a importância da evolução e do impacto terapêutico dos tratamentos medicamentosos, o que gostaríamos de destacar é que a autoadministração e o consumo de substâncias é traço evidente da sociedade contemporânea, sejam elas psicoativas, lícitas, ilícitas, medicamentos, anabolizantes, entre outros.

Percebemos que o ato de fazer o uso de drogas não só é algo inerente ao atual momento de nossa sociedade, sendo até mesmo incentivado e necessário, e legitimado por práticas e saberes que tendem a padrões normalizadores e de controle de quais substâncias podem ser consumidas e efetivamente como deve acontecer seu consumo.

### **3.3 Crack: o novo velho mal**

É interessante considerar a centralidade e importância do crack como substância que evoca, em torno de si, aspectos que permitem a reedição das propostas de ações de internamento coletivo de certas populações específicas e de seus usuários de forma generalizada.

Não pretendemos de forma alguma desconsiderar a sua importância como substância nociva à saúde e com impactos sociais relevantes no cenário urbano brasileiro, porém, interessa-nos também realizar uma leitura de um possível uso desse aspecto para determinada ação política.

Tal proposta de uso da internação de certa forma se coloca como solução, antes mesmo que se consiga olhar e dar dimensão reflexiva à complexa questão do crack, que se agencia com aspectos como a miséria e a pobreza de certos grupos populacionais, o não acesso a serviços públicos e o exercício de direitos, e a questão da violência urbana. Desse modo, o que ocorre nessa situação é a chamada “substancialização” do debate acerca do uso do crack, de forma a produzir naturalizações e se apoiar em um discurso que simplifica de maneira falseada o problema social implicado e traz quase que uma solução mágica, duvidosa, quando se valer da internação.

A entidade “drogas” encobre a um só tempo os reais sujeitos das políticas de drogas e a dimensão social e política em que vivem os usuários de crack, gerando uma medicalização da pobreza e da miséria. (Souza 2013, p. 176).

O que tal processo evidencia é uma proposta de ação que tenta fazer retroceder os aspectos progressistas da atual política de atenção à Saúde Mental, até então comprometida com estratégias de cuidado diversas,

baseadas no paradigma da redução de danos e investimento na ampliação de serviços.

A centralidade do discurso de internação como equivalente ao tratamento se utiliza de argumentação higienista sustentada e fomentada por meio de uma intensa mobilização de setores conservadores da sociedade brasileira, revitalizando o discurso da abstinência como cura possível e desvalorizando outras formas de abordagem. Soma-se a isso o discurso da mídia, que alimenta e fomenta a opinião pública empurrando o entendimento de que o crack é causador dos problemas sociais, tamponando a realidade de que esse é um dos elementos que compõe tal problemática, associando-se às demais circunstâncias.

O que se provoca é a expectativa de uma ação de campanha, uma estratégia de guerra, que não está destinada a sujeitos, mas a uma substância que se apodera das mentes e dos corpos, desconsiderando os humanos por trás dessa fantasia de “zumbis”, à qual os submetemos. O que tal fantasia engendra é o processo de desumanização, esse sim compulsório e já decretado pela perspectiva de medidas repressivas justificadas pelo grande mal que o crack representa, das populações marginalizadas e vulneráveis nos centros urbanos, sejam pessoas usuárias do crack ou não.

Enquanto se começa a questionar aspectos referentes ao proibicionismo e às ações de repressão centradas no movimento de Guerra as Drogas, observamos ações de cunho autoritário se atualizarem e se fortalecerem como estratégia de gerenciamento da pobreza e da miséria, através da articulação entre o aparato jurídico e psiquiátrico.

Conforme indica o levantamento realizado por Duailibi (2010), o surgimento do crack ocorreu na metade da década de 1980, nos Estados Unidos, dando-se depois sua conseqüente chegada a outros países, com aumento significativo de seu uso e sua produção sempre associados ao consumo nos centros urbanos e periferias das grandes cidades.

No caso do Brasil, indica a autora, a disseminação do uso teve aumento importante na década de 1990, estando relacionado com as populações mais vulneráveis – característica do crack observável desde seu surgimento –

,atingindo também outros grupos após sua popularização e facilidade de acesso.

Evidentemente, as propostas de internação compulsória têm sua relação com o atual panorama do uso do crack pelas populações em situação de rua, que anteriormente a década de 1990 tinha o consumo de álcool entre os adultos e cola-de-sapateiro entre as crianças e adolescentes como principal problemática relacionada ao uso de substâncias. Essas substâncias, além de lícitas, tinham efeitos depressores nos consumidores, ao contrário do crack que é estimulante, trazendo uma hiperatividade e agitação aos grupos que realizam seu consumo, tornando-os mais ativos e circulantes no cenário urbano.

Evidencia-se, assim, a presença e resistência às adequações que a sociedade espera de grupos excluídos, como, por exemplo, dos sujeitos em situação de rua – talvez daí derive também um dos aspectos que torna tão atrativa a proposta de internação coletiva desses sujeitos.

Esperamos ter conseguido evidenciar, concordando com Souza (2013), que o crack tem importância no processo de medicalização da pobreza já criminalizada, como fictício elemento de responsabilidade e intencionalidade sobre as situações deterioradas vividas por estas populações.

O crack se firma como símbolo de um discurso interessado nas chances de intervenção na vida de grupos populacionais específicos, de modo que “As Drogas se tornaram um novo eixo de normalização, de esquadramento, de subdivisões que permite estabelecer distinções estratégicas sobre o conjunto da população.” (Souza, 2014, p. 995).

### **3.4 Crack e os novos anormais**

Acredito ser essa a questão de maior relevância no cenário atual, no caso, saber qual a função em se adotar a IC como metodologia de abordagem e tratamento das pessoas em uso de álcool, crack e outras drogas, e o que se busca oferecendo tal intervenção.

Embora tenhamos, atualmente, dimensão das deficiências relativas à cobertura de serviços de atenção a essa problemática, o investimento em Redes de Atenção Psicossocial tem tido importância em virtude de sua

proposta de uma prática calcada nos preceitos do SUS e dos Direitos Humanos na atenção à saúde. Importante também destacar a possibilidade de ampliação dos saberes relativos a tal prática e de desenvolvimento de metodologias de trabalho de forma crítica, não desprezando todo o contexto social imbricado no problema. O debate da internação inclusive permeia tal estruturação de rede, através da proposta de ampliação dos CAPS – AD III, que conta com leitos e funcionamento 24 horas.

Nesses serviços, as experiências de espaço protegido, internação e intervenção da equipe, às vezes de forma involuntária, não aparecem afastadas das características territoriais e da implicação do usuário, bem como de uma lógica atrelada a projetos de cuidado individualizados.

Percebemos que essa dimensão do trabalho se perde na proposta da internação como metodologia única e inicial de abordagem, descartando a Redução de Danos como recurso, e reforçando a lógica da abstinência e do tratamento gravitando em torno dela como meta, e, nesse caso, norma. Norma essa que, ao se colocar como abordagem inicial, e que no caso de uma negativa, irá se impor sobre o indivíduo, impossibilita, através dos saberes médicos e jurídicos, seu direito de escolha, levando, se necessário, à suspensão de seus direitos civis. Segue-se ainda a proposta de continuidade de atenção em regime fechado, por tempo prolongado e involuntário, pautada no argumento de que os sujeitos alvos dessa ação ou estão à margem da sociedade, ou são impossibilitados de se adaptar à vida em sociedade segundo critérios e padrões estabelecidos.

O que esse argumento desconsidera é que não podemos afirmar isso em relação à sociedade de consumo, pois, nesse aspecto, os usuários de substâncias se colocam como engajadíssimos, seja pelo consumo de substâncias lícitas ou ilícitas. Percebemos, então, que a crítica está ligada ao aspecto de não adequação à sociedade do trabalho e suas estruturas de organização. Dessa forma, o comportamento compulsivo ou desviante faz resistência, isso quando não nega totalmente o sujeito da disciplina e da ação de produção capitalista, fundamental para o mundo do trabalho.

Entra em cena, então, o discurso do risco a saúde, em seu viés mais higienista e totalitário, associado ao da ordem urbana, atendendo a parcela da

sociedade não usuária, sua maioria – ou que se acredita não usuária e maioria, pois bastaria considerar uso de álcool, cigarro e medicação psicotrópica para que essas parcelas percebessem que tem muito em comum. Tal discurso busca a comoção e o convencimento dessa população, que se vê amedrontada diante desses sujeitos que não partilham o “apreço” pelos aspectos do mundo do trabalho, ou que se encontram em situação de vulnerabilidade por diversos motivos, tão múltiplos quanto suas histórias de vida.

A resultante disso é a velha nova promessa das instituições de internação, sejam quais forem os modelos, com suas propostas na atenção a problemas de saúde, que nunca se cumprem, mas que servem ao objetivo de retirar do campo de visão da sociedade os sujeitos objetos descartáveis.

Na problemática do uso de drogas, aliam-se de maneira potente o discurso do autoritarismo sanitário, a autoridade disciplinar e os resquícios do poder pastoral em seu caráter transformador, resultando assim em uma validação dessa prática sem debate algum com sua população alvo.

Para compreender tal fenômeno, é importante recorrer à importante obra *Os Anormais*, de Foucault, publicada no Brasil em 2010, baseada em aulas ministradas no Collège de France em 1975.

Nesta obra, o autor trata de uma reconstrução do conceito de Anormal, resultante de embates e conexões dos saberes jurídico e psiquiátrico, em especial; essa produção tem seu início na ação do exame psiquiátrico de imputabilidade penal, que constrói um discurso com papéis específicos na articulação entre esses dois domínios. Tal discurso tem, portanto, a potência de relacionar o indivíduo com o delito cometido – mesmo que seu modo de se portar não se configure, anteriormente, como um tipo de crime, mas associadas suas características pessoais umas às outras criam a figura do delinquente, permitindo inclusive antever o futuro ato criminoso, ou sua culpabilidade após cometê-lo.

Outro fator importante apresentado foi a relação tensa que se estabeleceu entre o direito e a medicina nos casos de crimes em que não havia elementos de delírio (grande sintoma da loucura do século XIX), em crimes caracterizados pela perda de função racional dos sujeitos, sendo que com isso houve uma penetração e nova relação entre essas duas áreas de saber.

A resultante dessa relação é que a existência dos delírios deixa de ser a característica necessária para o indicativo do estado de loucura. Em seu lugar, temos a emergência do comportamento impulsivo, ou seja, da relação entre o voluntário e o involuntário, e que também pode ser considerada uma alienação do ponto de vista médico e jurídico.

Com isso, há uma expansão das características interventivas do poder, que Foucault designara como face positiva do exercício de poder, no sentido em que ela é sobretudo produtiva, estruturando-se mediante a ação sobre os anormais e se ampliando por meio da figura do delinquente, que deve ser disciplinado, mas abrindo também brechas para a ação sobre toda a sociedade.

Essa dominância dos instintos leva a uma desalienação do saber psiquiátrico, que adota o princípio do instinto como substituto do delírio na gênese da loucura e do comportamento desviante. Com esse movimento, a psiquiatria penetra de um modo mais generalizado na sociedade, pois se erige como ciência dos anormais e das condutas anormais. Com isso, o autor firma a análise da passagem da intervenção de um poder em suas manifestações mais repressivas e disciplinares, voltadas majoritariamente para os indivíduos, para um momento no qual as estratégias do governo das populações tomam centralidade, aliadas às estruturas jurídicas e médicas de intervenção.

Fica evidente a relação desse aspecto com a discussão atual sobre os usuários de drogas no contemporâneo, o quanto estes evocam esse quadro dos anormais, permitindo uma nova investida e expansão desse poder positivo de intervenção sobre as populações, e em especial sobre as populações mais vulneráveis, culminado em sua segregação.

O exercício do poder que agencia o fenômeno das drogas tem uma dupla complexidade: de um fenômeno social presente na vida, de tal modo que o uso de substâncias lícitas ou ilícitas se torna hábito cotidiano e ao mesmo tempo produz um corte nessa multiplicidade, tendendo a gerar um discurso unificador sobre o usuário de drogas que recai de modo estratégico sobre as populações mais vulneráveis.

É justamente nessa passagem, nesse corte, nessa unificação da multiplicidade que a IC opera como um dispositivo normalizador, como índice

do poder que atrela um poder disciplinar sobre os corpos a um exercício do biopoder sobre as populações. Com a IC podemos perceber uma importante função que os anormais desempenham na regulamentação da vida a partir do agenciamento do poder saber jurídico e médico psiquiátrico.

Tal ação se opera também porque ambos os saberes (jurídico e médico) sempre conservaram a relação entre a loucura e a periculosidade do sujeito, não só em relação aos danos ao outro, mas em relação à sua própria vida, o que permite a essa intervenção se justificar com argumentos amparados na preservação da vida.

Percebemos também que tal poder possibilita a ação sobre os usuários de crack porque eles expressam, em seu quadro, uma relação direta com esse imaginário de atentado contra a vida, de periculosidade para os outros e para si, evocando as intervenções dos saberes e poderes agenciados. Por último, aplicam-se as ações de internação e segregação de um grupo populacional – acobertando, através de discursos tecnicistas, sua vocação totalitária –, apoiadas em ações profiláticas de defesa social contra a “degeneração” que representam tais indivíduos.

Temos então a potência deste discurso do terror que recai sobre as populações vulneráveis, e com especial força em sociedades como a nossa, que possuem expressivas desigualdades socioeconômicas. Resultando, dessa forma, em ações que deveriam ser utilizadas em regime de exceção, em casos de incontestável gravidade, se configurando-se como possibilidade de Política Pública que nega a condição de estado de direito a tais indivíduos, fechando um ciclo de exclusão dessa população.

Conforme se articulam esses saberes e poderes, aliados a padrões de produção de subjetividade, se direcionam-se para práticas que, em nome da sociedade, pretendem intervir para normatizar e se necessário, retirar de circulação, esses indivíduos tidos como anormais.

Atentando para isso, Merhy (2012) apresenta a percepção de que, atualmente, percebemos um progresso desse processo de disciplinarização e controle, aliado à hegemonia do discurso medicalizante e a produções políticas e subjetivas conservadoras e reacionárias.

Segundo o autor, o biopoder se desenvolve de forma a intervir nos processos desejantes dos indivíduos e coletivos, gerando o que ele chama de “anormais do desejo”; com este artifício, produz-se então uma capacidade definitiva de intervenção. Essa intervenção, relata o autor, inscreve-se na produção subjetiva dos indivíduos e embasa ações de cunho exilar, induzindo a leitura de que certos desejos (e isso se realiza de forma particular com as compulsões, mas se expande para todas as expressões de consumo cotidianos) são anormais.

Dentro desse âmbito do anormal, denunciam impossibilidades de serem produtivos ou particulares a cada sujeito, sendo isso expressão da doença, doença de existência desejante, ou do desejo livre de um indivíduo.

Definem-se panoramas de expansão do que é anormal e alvo de intervenção, intervenção que faticamente terá o formato de exclusão e de internação compulsória indiscriminada, já que para essa forma de olhar não existem perspectivas de se trabalhar e produzir desvios e alternativas a essa produção de desejo, restando apenas controlá-la e silenciá-la.

A grande questão desse processo é que não há limites para a expansão dessas práticas de poder, o que se inicia em grupos específicos se alastra na medida em que se ampliam, na vida cotidiana, a medicalização e judicialização dos processos de existência.

Isso se conecta nas relações e nas produções de subjetividades; o discurso da Internação Compulsória supera a problemática da toxicomania e envereda por outros âmbitos da patologia mental, abrangendo as mais diversas compulsões.

Esse aparato desconsidera também as questões referentes aos condicionantes sociais e históricos dessas patologias, e interfere de forma muitas vezes arbitrária ou concorrente com as ações de cuidado prestadas pelas redes de saúde, gerando um fenômeno lacunar na atenção a essa população. Como analisam Cunda e Silva (2014, p. 253),

A explicação para as lacunas vem do estado de emergência, composto por uma cultura de perigo que propõe, antes de uma terapêutica que acompanhasse a velocidade do crack, um roteiro trágico para os sujeitos envolvidos. Nesse cenário, o usuário se reconhece francamente e cumpre, muitas vezes, a sina monstruosa de quem entra em contato com a droga: paralisa-se num itinerário

pelas maquinarias de controle jurídico-médico-religiosas. De modo semelhante, o enredo destina aos trabalhadores de saúde mental um lugar encabulado, impotente, visto que o objeto de cuidado é irrecuperável: distancia-se de uma discussão técnica sobre o assunto, quedando-se igualmente empedrado.

A desconsideração desses elementos tem grande potência de desestruturação e nenhuma garantia de sucesso superior a outras abordagens terapêuticas, porém, os danos às Políticas Públicas de saúde, promotora de cuidados na lógica de rede de atenção e aos sujeitos envolvidos, não são irrelevantes, como veremos a partir da emergência da internação compulsória em massa.

### **3.5 O que se fala sobre os novos anormais**

É fundamental, para efeito da análise que estamos conduzindo, trazer à tona um pouco do discurso acadêmico vigente referente a IC, e também aos sujeitos alvos dessa ação, de forma a construir um panorama crítico sobre alguns de seus aspectos.

No contexto atual, o debate relativo ao uso da Internação Involuntária ou Compulsória como política de atenção às pessoas usuárias de drogas carrega importantes nuances políticos e ideológicos que tendem a excluir a participação do próprio sujeito usuário desse debate (Ruiz; Marques, 2015).

Corroborando esse aspecto, temos o trabalho de Wurdig e Motta (2014), no qual, ao longo da análise do discurso midiático relativo às ações de Internação Compulsória veiculado por um jornal de grande circulação no estado do Rio Grande do Sul, concentrados no ano de 2013, foi encontrada apenas uma reportagem que trazia uma entrevista com um usuário de drogas.

Ainda segundo tais autores, o discurso da mídia analisada tem importância nesse tema, uma vez que produz grande comoção e chama atenção para essa problemática de forma unilateral, buscando convencer o público quanto à prática de internação ao mesmo tempo em que intencionalmente produz uma naturalização intencional da mesma. Evidencia-se, assim, na ausência de qualquer postura supostamente isenta ou neutra, o papel da mídia na produção de verdades sociais.

Percebemos, em relação aos estudos quantitativos em saúde, referentes a esta população, a presença das chamadas caracterizações epidemiológicas, relacionada a financiamentos e gastos (Gallassi et al., 2008), ou aos determinantes de internação, conforme apresentam Sousa e Oliveira (2010).

Em tais estudos, são realizadas análises estatísticas nas quais os usuários de drogas são vistos como população de certa forma homogênea, sendo separada por critérios de análises interessantes para os resultados apresentados, focados em perfis e caracterizações populacionais.

Apresentam-se também características demográficas ou socioculturais e clínicas de acordo com sua relevância para a produção dos resultados, visando apresentação dos dados de forma clara e objetiva, sem grande destaque aos sujeitos alvos das ações de internação e nem distinção entre os tipos de ações de internação, se voluntárias, involuntárias ou compulsórias.

Adentrando no contexto do debate clínico referente às Internações Involuntárias ou Compulsórias, temos interessante contribuição de Barros e Serafim (2009). Tais autores apresentam uma breve reflexão em relação aos parâmetros legais para a internação involuntária e suas modalidades. Nesse texto estão presentes também considerações sobre o público-alvo dessas ações, e se esclarece, através de argumentos dos autores, as justificativas relativas às necessidades de ações involuntárias de internação seguindo critérios clínicos. Estes critérios são avaliados pelo profissional médico de acordo com os transtornos apresentados pelos pacientes e seu impacto na perda de autonomia de decisão sobre si, considerado o caráter desadaptativo de seu quadro clínico (transtorno mental). Os autores incluem aí também situações em que mesmo não apresentando desorganização das funções psíquicas, como a consciência e o pensamento, pode haver necessidade de ações involuntárias, de acordo com a avaliação do profissional de saúde.

Esta avaliação deve levar em conta obviamente, além do quadro apresentado a capacidade técnica, a legislação vigente e as normas éticas dos profissionais envolvidos, apresentando ainda que

É natural que seja assim: se um indivíduo tem a capacidade de discernimento preservada, ele pode aceitar se tratar ou não (a não ser que isso implique iminente risco de morte). A internação involuntária existe em psiquiatria porque tal capacidade por vezes

falta ao paciente. Quando isso ocorre, alguém toma em suas mãos as deliberações sobre a vida dele, analogamente ao caso das pessoas interditadas (Barros; Serafim, 2009, p. 176).

Podemos entender, portanto, que o sujeito usuário de drogas é também enxergado a partir dessa lógica, desprovido de capacidade decisória sobre si, quando alvo de uma ação contra a sua vontade. Sendo que o texto retrata ainda em quais circunstâncias tais pacientes são enquadrados nessa lógica de perda de autonomia e decisão sobre si.

Nos quadros de dependência química, tal abordagem pode justificar ações contra a vontade do paciente, nos casos de agressividade intensa, quadros em que possam ocorrer intoxicação com risco de morte e não adesão ao tratamento proposto. Entram aí também crises de agressividade e riscos de comportamento suicida, durante processos de síndrome de abstinência resultante do uso de drogas.

Vemos então que a ação médica em saúde mental prevê quadros de prejuízo da capacidade de autonomia e, embasado em legislações vigentes, organiza sua prática sobre esses sujeitos.

Encontramos também estudos em modalidade qualitativa que levam em consideração a relação entre o âmbito da saúde e da justiça, que se tensionam na ação de internação psiquiátrica e Internação Compulsória. Neles se encontram diversas e importantes menções aos sujeitos, sobre as quais iremos nos ater.

Nesses estudos destacam-se o impacto das ações judiciais nas histórias de vida de jovens ainda adolescentes, funcionando conforme o biopoder, com efeitos ambíguos, sendo que, em um dos sentidos, é justificada como forma de acesso ao serviço de saúde e garantia de direito de acesso a tratamento pelo discurso jurídico. Ao mesmo tempo em que é imbricada com o sentido de recurso disciplinar destinado aos adolescentes em situação de conflito com a lei, com comportamentos considerados fora das normas ou usuários de Drogas, conforme indicam Scisleski e Maraschin (2008).

As autoras apontam ainda a forma de articulação de saberes e poderes vigentes que permite tal efeito sobre essa população. Tomamos a liberdade de destacar que a análise das autoras desnuda mecanismos que se voltam agora não só a essa população

Percebemos, através da discussão levada a efeito no presente artigo, a existência de uma confluência entre saberes médicos e jurídicos que avalizam quais jovens precisam ser internados e contidos, ainda que esses saberes, por vezes, sejam assessorados por outros que também legitimam a opção pela internação (como pareceres de assistentes sociais, psicólogos, conselheiros tutelares, entre outros). Com isso dizemos, por exemplo, que o juiz decide sobre uma classificação social que é sustentada por uma prática e por um conjunto de evidências a respeito dos jovens as quais são capazes de produzir distinção entre quais destes podem ser, ou não, considerados em condições de serem encaminhados à internação psiquiátrica (SCISLESKI; MARASCHIN, 2008, p. 463).

Corroborando esse ponto de vista, e sendo ainda mais precisos, Reis, Guareschi e Carvalho (2014) apresentam e anunciam, através da análise dos textos e discursos de processos judiciais que levaram à Internação Compulsória de jovens, o caráter expansivo desse tipo de ação a outras populações. Os autores defendem que tais textos agem como reveladores de verdades que se articulam no social, produzindo subjetividades que naturalizam seu exercício e impedem sua contestação discursiva, disfarçadas pelo imperativo de produção de um ambiente social seguro e saudável.

Dessa forma, temos, ainda nessa linha de estudos, a apresentação de uma ideia que vou nomear de encaixe, que acontece diante de um aparato jurídico e estatal de controle e segregação de certos grupos sociais desfavorecidos. Esse aparato age associado a uma sociedade que vê os mecanismos de exclusão como legítimos ao outro, e a uma rede de atenção em desenvolvimento como proposta de Atenção Psicossocial aos usuários de Álcool e outras drogas.

Esse encaixe produz uma ação hegemônica de legitimação da Internação Compulsória de sujeitos em situação de vulnerabilidade ou não, usuários de álcool e outras drogas (ação que já se expande para outras condições de saúde), mesmo que isso gere uma situação de absurda contradição no interior do estado de direito brasileiro, conforme indica Novaes (2014).

Tal situação desconsidera totalmente estes indivíduos como sujeito de direito e estas populações como possuidoras de direito, caracterizando um regime de excepcionalidade no interior do regime democrático, e legitimando tais ações de forma a que possam ocorrer sem nenhuma reação ou tensão

social. Inclusive, operam inclusive com apoio da imensa maioria da população, produzindo uma diminuição da crítica aos fatores e condicionantes sociais que produzem estas situações e tensões, se promovendo-se através de sua articulação com o discurso de proteção da vida e da ordem.

A situação de interferência jurídica se tornou tão presente que até mesmo alguns atores com histórico acúmulo de poderes e de protagonismo nestes processos até então, como a classe médica, tem tido reações diante de tal realidade.

Tal classe de profissionais aparece já questionando uma possível perda de espaço e gerência dessas ações, trazendo à tona de forma desvelada a disputa de poder sobre os nossos corpos e mentes, como indica Fortes (2010) e seu questionamento da “judicialização do ato médico”. p. 329.

Em seu artigo, a autora debate a interferência das imposições judiciais de internação, levantando a questão do constrangimento e preocupação da classe médica em relação a essa demanda que desconsidera os aspectos técnicos das indicações de internação, e evidenciando também a dificuldade de diálogo entre os atores envolvidos.

As normas jurídicas muitas vezes correspondem às normas morais, não dependendo da ética para sua reprodução, uma vez que possuem formas próprias de operar, formas estas que se configuram no Poder Judiciário, e que executam, em nome do Estado, até mesmo interferências nas formas de tratamento para os transtornos mentais que afetam as populações (González, 2002).

Enfim, embora tenhamos buscando falar sobre os sujeitos que são internados compulsoriamente, no sentido de poder saber algo em referência a eles, não tivemos o êxito esperado. Talvez porque não haja muito espaço no discurso vigente para essas pessoas, talvez porque o discurso é sempre sobre, recobrando a todos, uma vez que o discurso também é poder, preenchendo os espaços, reproduzindo e estabelecendo as verdades.

Continuamos nos perguntando, então, quem são essas pessoas e como são afetadas por todo esse mecanismo biopolítico, e é nesse sentido que seguimos construindo essa reflexão, percebendo que não nos cabe dizer sobre eles, mas compartilhar a possibilidade do dizer e da escuta.

### 3.6 Pretende-se ouvir ou calar os novos anormais?

A própria existência desses sujeitos e as particularidades de seu discurso estabelecem críticas às estruturas sociais, estruturas essas que nunca se interessam em criar mecanismos de interlocução com certas minorias que permitissem uma mínima aproximação e tentativa de negociação.

Percebemos de forma clara a necessidade de desconsideração dos discursos dos sujeitos pelos processos de normatização e poder, em especial das pessoas que fazem uso de drogas.

Algumas iniciativas de aproximação se limitam a aspectos de cunho assistencial ou filantrópico, quando não são expressão de intervencionismo moral, pouco contribuindo em relação à mediação de pessoas em condições de uso contínuo de substâncias e com rupturas de relação com a sociedade.

Esses distanciamentos de comunicação com essas populações, ou de desamparo histórico nas Políticas Públicas, além de fomentar as condições de desumanização desses grupos, permitiu um silenciamento natural, só quebrado pela mediação da lei para regular sua circulação nos espaços urbanos ou pelo uso da força que a IC representa, retirando-os de circulação.

Outro aspecto a ser considerado é que há uma desvalorização quase que automática do discurso da pessoa que faz uso de drogas, destituindo-a de algum saber sobre si ou sobre suas necessidades, bem como de sua implicação nos processos sociais nos quais estão inseridos.

Dessa forma a comunicação que se estabelece transita sempre em torno de saber o que está por trás do seu discurso, qual é a real intenção, quando não de imposição concreta do discurso do outro, o que, em situação de fragilidade, leva à objetivação do sujeito, que se molda ao discurso imposto e quando há divergência configuram-se os conflitos de interesses, em que o sujeito tende a ser desfavorecido.

Essa característica está muito presente no debate atual relativo à Internação Compulsória, em que pouco se fala sobre as condições para se estabelecer algum tipo de aproximação democrática com esses coletivos ou

indivíduos, bem como sobre a construção de formas para essa aproximação e atenção à saúde deles.

São aspectos que desconsideram também alguns avanços mínimos realizados no trabalho nessa área através de diversos aparatos e dispositivos de atenção pensados no âmbito da Reforma Psiquiátrica, como, por exemplo, as iniciativas de abordagem na rua e de albergagem transitória. Consideramos que nessas propostas de atenção que se valem de equipamentos de saúde como o Consultório na Rua e as Unidades de Acolhimento está implicada uma ideia democratizante de atenção à saúde, não só por facilitar a acessibilidade direta ou promover estratégias de moradia.

Tais serviços estão dentro de um movimento percebido na produção de Políticas Públicas, principalmente a partir de 2011, voltadas para estratégias de abordagem das populações em situação de rua dentro da expansão das Redes de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa perspectiva, o serviço Consultório na Rua foi instituído pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e visa a ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em situação de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

Já as Unidades de Acolhimento compreendem atenção residencial de caráter transitório, ou seja, um espaço de moradia, vinculado aos CAPS de referência, para permitir uma experiência de acolhimento institucional, produzindo projetos de cuidado e reorganização de vida, articulados ao tratamento realizado nos CAPS, bem como possibilidades de reinserção social dos indivíduos. Tais serviços possibilitam a mediação e a atenção à saúde de grupos específicos, que historicamente são alvos de ações de segregação ou assistencialistas, inaugurando uma nova perspectiva de escuta de demandas e negociação de ações de cuidado, pautadas no vínculo e no reconhecimento do outro.

Ambas as propostas de atenção se embasam nos princípios de equidade e universalidade do SUS e reforçam seu caráter de política democrática de

saúde, contribuindo no debate acerca dos mecanismos democráticos de atenção aos direitos das populações em situação de vulnerabilidade.

Essas práticas em curso em algumas cidades têm trazido outro panorama no contexto de atenção à saúde de grupos populacionais específicos, e têm colaborado para criar possibilidades de aproximação e de interlocução livre com familiares, usuários e equipes técnicas.

Esses dispositivos de intervenção não buscam tamponar as tensões existentes, mas, ao contrário, lançam luz sobre essas tensões e as trazem à tona para o debate, para o campo do discurso e para o campo da atenção e produção de saúde.

Não pretendemos manter tal discussão somente no âmbito da atenção à saúde, mas consideramos como avanços essas iniciativas, desde que alicerçadas na atribuição da condição de humano ao outro, e que leve em consideração a possibilidade de enunciação discursiva do outro.

Sendo assim, o que consideramos de relevância é a desnaturalização do impedimento do discurso do sujeito usuário de drogas, não com uma atitude reparadora, mas como mecanismo que ao menos permita a aproximação com essas populações de forma menos autoritária, não como uma proposta de intervenção e resolução que a prática compulsória propõe, mas como realização no campo discursivo e não no da ação direta e de cunho objetivante.

A transformação do sujeito e do objeto droga em um único símbolo ou signo, presente nos neologismos “crackeiro”, “casqueiro”, comumente utilizados, ou até mesmo nas nomenclaturas técnicas como alcoolista, alcoólatra, etc., evidencia a fusão simbólica dos sujeitos com as substâncias utilizadas, que, embora possuam origens e funcionalidades diferentes, têm em comum permitir a total objetivação do sujeito usuário da droga. Isso leva, muitas vezes, a uma bem-sucedida e validada impossibilidade do sujeito usuário de droga ser ouvido em seu discurso sobre si e sobre quaisquer outras necessidades ou interesses. Tal situação deve ser vista de forma crítica, não só em sua origem, mas também em sua resultante, já que afasta ainda mais a possibilidade de mediação com esses sujeitos e cumpre seu papel como exercício de poder coercitivo e naturalizado.

Contudo, essa mediação não deve ser vista como uma entrega de fala, mas, sim, como abertura de um campo de negociação, pois sabemos que uma das estratégias micropolíticas do poder para lidar com os movimentos de resistência é cooptar os processos de subjetivação e impedir a expressão singular dos sujeitos nessas situações. Razão pela qual é preciso buscar ações e estratégias de cuidado que possibilitem criar espaços de resistência, escapando dos investimentos na naturalização das limitações do outro.

A tentativa é, portanto, buscar outras formas de expressão e de entendimento dessa problemática, bem como da forma como esses indivíduos são percebidos, desviando-se dos estereótipos e das intervenções que só gerenciam a problemática reforçando os estigmas e a impossibilidade de integração dessa realidade na vida nas cidades.

Pretendemos, na área da atenção à saúde, escapar de práticas e discursos técnicos que somente reproduzem as vivências de imposição e de adequação subjetiva à ação externa a esses sujeitos. Debruçando-se sobre esses aspectos, alguns autores apontam reflexões referentes às relações que se estabelecem no cuidado de pessoas em uso de drogas. Em especial, encontram-se aspectos subjetivos de atribuição, ao profissional de saúde envolvido no atendimento do paciente, da responsabilidade pelo momento de abstinência vivido em instituições, sentimento presente nessa relação terapêutica e que necessita ser pensada de forma crítica. Tal fenômeno relacional desconsidera a própria participação do paciente no processo experimentado, o que mais uma vez evidencia a experiência da impossibilidade do paciente se enxergar como indivíduo ativo no processo terapêutico, bem como a intensidade de fantasias transferenciais vividas nesses momentos (Fontanella; Turato, 2002).

Alguns autores apontam que estes sujeitos, identificados com o rótulo de adicto e toxicômano, em consonância com um imaginário social, vivenciam, no momento de uma internação compulsória, o ápice de um fracasso e uma reprovação. Fracasso e reprovação que estão clinicamente relacionados, sobretudo, à incapacidade de utilizar a linguagem e o pensamento para dar outros destinos aos impulsos, reforçando a postura de impotência irremediável diante do controle do uso de drogas (Santos; Costa-Rosa, 2007). Conforme

apontado por esses autores, os momentos de interrupção do uso de substâncias psicoativas e os momentos de internação tendem a ser vivenciados subjetivamente como experiências externas de limitação do uso de drogas. Em razão da ausência de limite interno, inclusive, os pacientes não chegam a identificar tais interrupções forçadas como parada do uso, mas como uma regulação externa com o objeto droga.

Sendo assim, a capacidade de resistência ao poder, em sua expressão de máxima violência, reside na possibilidade de um desvio do olhar sobre esses sujeitos e as propostas de atenção à saúde dos mesmos, reside aí também a necessidade de escuta, condições que são negadas pelas atuais estratégias de abordagem, quando pensamos na instituição de uma prática compulsória, bem como podemos pensar no que pode haver de tão perigoso ao modo de organização atual da sociedade no discurso desses sujeitos.

Trata-se de operação de atenção à saúde que deve ser realizada por meio da escuta e do debate das impressões dos sujeitos sobre os quais se aplicam as medidas involuntárias, de modo a facilitar a emergência de significados e reflexões, ainda não explorados, sobre esse tema, bem como fomentar outras formas de entendimento sobre ele.

### **3.7 A separação entre o dispositivo da Internação Compulsória e a lei da Reforma Psiquiátrica**

Dentre os impactos a política de Atenção em Saúde Mental de Pessoas em uso de drogas, se analisarmos de forma crítica, podemos destacar uma tendenciosa inversão do que propõe a Lei nº 10.216/01, que vem sendo utilizada para validar uma prática axilar e contrária ao seu caráter reformista.

Conforme já apresentado, nessa lei, constam os trâmites utilizados para se realizar a internação compulsória de pessoas portadoras de transtornos mentais, inserida no aspecto legal de amparo a reforma psiquiátrica brasileira:

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

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

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

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

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

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

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

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).

Porém, o que ficou evidente nessa movimentação da internação de usuários de crack e outras drogas foi a utilização do mecanismo de Internação Compulsória, desvinculando os outros aspectos da lei:

Art. 2º Nos 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.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em

estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (BRASIL, 2001).

O que se percebe, nessa ação, é a tentativa de utilizar o mecanismo de internação desvinculado do contexto da lei nº 10.216, de modo a justificar a ação de internação dos usuários de crack, negando os aspectos de salvaguarda dos direitos presentes na lei da reforma.

Percebe-se uma leitura intencionalmente equivocada, que se reflete em alguns aspectos do discurso que alimenta tais práticas, como a naturalização do sujeito usuário de drogas, equiparado ao doente mental com características de periculosidade intrínsecas, e violação de direitos constitucionais. Esses últimos aspectos ocorrem com a anuência do Poder Judiciário, que tem como dever zelar pelos mesmos direitos humanos que viola, criando uma contradição evidente em tais ações (Coelho; Oliveira, 2014).

O uso da internação sem critérios técnicos e críticos, como porta de entrada para a proposta de tratamento e sem relação com uma atenção integrada, tende a isolar o indivíduo – e é sabido que essa característica artificial não garante a produção de autonomia e reabilitação proposta e necessária no atendimento relativo aos quadros de prejuízos à saúde e sociais decorrentes do uso de drogas.

Em relação às Redes de Atenção, o impacto reside não num possível desinvestimento em outras perspectivas de atenção, mas na abordagem restrita que a internação impõe aos serviços de atenção em regime aberto, resultando, assim, em processos de porta giratória infundável – já vividos em outros momentos da atenção psiquiátrica em nosso país.

Ainda também é pouco referido o impacto subjetivo sobre a população alvo, como se é de esperar, bem como qual a racionalidade de uma proposta de atenção que utiliza recurso técnico de alto custo em larga escala.

No caso da atenção a indivíduos que fazem uso de drogas, percebe-se relevante constatação de que esse quadro, além de seus aspectos clínicos, apresenta importantes componentes individuais e coletivos (Velho, 1999) e com estreita relação com o contexto urbano atual.

Tal percepção nos permite pensar que o tratamento ligado ao uso de drogas deve abarcar aspectos psicossociais importantes, sendo que a proposta de internação em massa, longe de responder só à fantasia de tratamento infalível, responde também à demanda social de retirada desses sujeitos de circulação nas cidades.

Desconsidera-se a necessidade de condicionar qualquer ação de atenção a essa população ao investimento em reabilitação psicossocial e terapêutica territorial, a não ser que estejamos pensando em involução do atual processo de Reforma Psiquiátrica vivido ao longo das três últimas décadas.

Importante destacar ainda o impacto dessa ação judicial de IC individualmente sobre os sujeitos que as vivenciam, mas também considerando sua relevância no atual panorama coletivo, pois como aponta Britto (2004), é prioridade, no processo de Reforma Psiquiátrica, a construção da cidadania para a pessoa com transtorno mental.

Isso só se dará com a superação dos paradigmas psiquiátricos num processo de transformação do pensamento e das atitudes relacionadas à loucura nos diversos campos que compõem a sociedade, nos saberes, nas práticas, nas técnicas, na cultura, e agora sabemos também, no campo jurídico.

### **3.8 O uso da Lei nº10.216/01 para realizar Internações Compulsórias**

A internação compulsória no Brasil compreende também aspectos legais em torno de seu debate. Como não há uma lei específica que respalde e regulamente esta prática, acabam sendo utilizadas algumas interpretações de leis existentes para justificá-la.

Em especial, temos uma situação paradoxal em relação à Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que apresenta, em seu artigo 6º, três tipos de internação psiquiátrica: a voluntária, a involuntária e a compulsória. É curioso que esta lei tenha sido proposta para salvaguardar e regular a internação de pessoas que sofrem de transtornos mentais, em um processo de reforma da atenção psiquiátrica no país, contribuindo para a inversão de um modelo hospitalocêntrico. Porém, em virtude da menção à internação compulsória, esta lei tem sido utilizada para justificar a internação de usuários de drogas, contrariando a tentativa progressista contida em sua origem, e desconsiderando que

[...] a Lei mencionada não foi criada com o intuito de regularizar a internação exclusiva de dependentes químicos, e sim de maneira mais ampla, para pessoas acometidas de transtornos mentais, fazendo-se, portanto, necessário um laudo médico circunstanciado caracterizando a dependência em tóxicos equiparada a transtorno mental (Dalsenter; Timil, 2012, p. 4).

Os autores reforçam ainda que esse tipo de conduta legal se define como medida de segurança, estando prevista no Código Penal (art. 96 e 99) e na Lei de Execução Penal (art. 3º, 41 c/c 42, 99 a 101), sendo que essa avaliação de periculosidade dos sujeitos é aplicável tão somente nos casos de crimes punidos com reclusão.

Evidencia-se que a Internação Compulsória configura-se a partir do Código penal, direcionada às pessoas que cometeram atos infracionais ou crimes e foram julgadas inimputáveis, ou seja, uma medida de segurança, sendo que tal determinação deveria envolver processo judicial, perícia, e claro, defesa, por isso não foi incluída na portaria que regulamenta IV e II, destinada às pessoas portadoras de transtornos mentais graves.

Tal justificativa se embasa na tese de natureza preventiva, encontrando fundamento na periculosidade do sujeito e objetiva proteger a sociedade mediante a internação deste, desconsiderando a perspectiva de que, além do mero consumo de drogas, este sujeito possa ter outros motivadores pessoais ou sociais para tais atos.

Outro aspecto importante de citar são os questionamentos jurídicos referentes ao uso da Lei nº 10.216/01 para realizar internações compulsórias de usuários de drogas.

Conforme dito anteriormente, e como apresenta Lima (2014), a Lei nº 11.343/06 trouxe uma mudança na política criminal em relação ao usuário de droga. Essa lei, chamada “Lei de Drogas”, impossibilitou a privação de liberdade decorrente de porte para consumo, mas os manteve como crimes, com as penas transitando entre a advertência, a prestação de serviços à comunidade e o comparecimento em programa e tratamento ou curso educativo.

Dessa situação, porém, decorrem dois vieses importantes: a prisão de portadores de drogas acusados de tráfico, já que a lei não determina quantidade de drogas para que estes sejam diferenciados, sendo objeto de julgamento do próprio agente público de segurança; e o aumento de internações compulsórias, sem processos penais, sob justificativa terapêutica.

Com isso, afasta-se a proposta de privação de liberdade associada ao comportamento de uso na esfera criminal, optando-se por uma abordagem educativa ou de sugestão de tratamento ou ação de reparo a comunidade. Não há como não se estranhar, todavia, a abordagem terapêutica partindo da restrição de liberdade em um panorama desses, porém, é esta realidade que se pretende firmar com o uso da Lei nº 10.216/01 para tal fim.

Dessa forma, percebemos um investimento em um processo contrário às perspectivas da atenção psicossocial e da reforma psiquiátrica brasileira, calcada na leitura, principalmente, do Art. 6º que diz:

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

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

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

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

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

E do artigo Art. 9º:

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).

Ambas desconsiderando ou pouco observando o artigo Art. 2º:

Art. 2º Nos 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 (BRASIL, 2001, grifos meus).

Principalmente no que concerne às populações em situação de vulnerabilidade, como as que vivem na rua, considera-se que a Internação Compulsória é uma reparação dos fracassos do Estado e de políticas de saúde, sendo que seu processo de vivência de desamparo para a situação de acolhimento é considerada uma reparação do insucesso do artigo Art. 3º:

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Aplicação pouco crítica, quando levamos em consideração a construção de políticas públicas na área de atenção à saúde mental e as dificuldades de

avanço da Atenção Psicossocial às populações mais marginalizadas ou vulneráveis, e que pouco contribui para a sua efetivação.

Nessa proposta de IC, é frequente a desvalorização do Art. 4<sup>o</sup>:

*Art. 4<sup>o</sup> A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.*

§ 1<sup>o</sup> O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2<sup>o</sup> O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3<sup>o</sup> É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2<sup>o</sup> e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2<sup>o</sup> (BRASIL, 2001).

Ocorre então o uso de aspectos dessa lei para justificar o procedimento de internação compulsória, equiparando o usuário de drogas a um portador de transtorno mental grave, baseado em laudo médico que ateste tal situação clínica, cabendo ao juiz, posteriormente, a decisão.

Porém, contestações dessa leitura jurídica têm surgido, em razão da sua aplicação por analogia, o que resulta em restrição de direitos básicos, e que em certo ponto ferem o atual Estado Democrático de Direito, conforme indicam Souza e Silva (2014).

Dessa forma, vivemos, nesse contexto atual, situação paradoxal constatada, por um lado, no uso de uma lei criada com o intuito de defesa dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, para justificar ações de característica asilares sobre um outro grupo de pessoas, no caso, os usuários de drogas e pessoas em situação de rua. E, por outro lado, ao considerarmos que dentro dessa população também se encontram sujeitos em situação de sofrimento mental decorrente do uso de drogas, aos quais não tem sido possível atendimento com recursos da atual Política de Saúde Mental, em virtude do uso da lei para sua internação, ferindo seus direitos constitucionais.

Trágico que tal ação se embase em lei que possibilitou avanços e um processo de humanização na atenção à saúde mental, que teve como mote a desinstitucionalização de uma população encarcerada para tratamento.

Não há como negar a contradição aí presente e a percepção temerosa de seus efeitos, conforme destaca Albuquerque (2012, p. 1):

A autonomia de toda e qualquer pessoa, inclusive da pessoa que usa, abusa ou é dependente de drogas, é premissa no Estado Democrático de Direito. O mito de que o “viciado” é alguém que não sabe o que quer se presta a legitimar invasões violentas. O autoritarismo se traveste de salvacionismo: é necessário proteger a pessoa dela mesma, importando menos o custo humano e psíquico que isso implica. A pessoa é usada como meio “para o seu próprio benefício” e em especial a socialmente vulnerável é vista como uma constante ameaça contra os outros e contra si própria, numa visão paternalista típica de regimes autoritários, na contramão do imperativo da autodeterminação do sujeito e da dignidade humana, bases da ordem democrática.

Tal percepção nos leva a questionar quais os efeitos desse retrocesso nas políticas reformistas de saúde mental, e o que essa prática revela sobre os movimentos da sociedade brasileira atualmente.

#### **4 BREVE HISTÓRICO DO USO DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NO BRASIL**

Iremos aqui contextualizar de forma breve as principais manobras políticas e legais que tiveram protagonismo no movimento que deu início à utilização de processos de internação compulsória como abordagem da problemática de pessoas que fazem uso de drogas no Brasil.

Para a produção de tal fenômeno, o crack tem relevância específica. Conforme já mencionado, tal substância teve seu surgimento na década de 1980, chegando ao Brasil na década seguinte com fortes impactos sociais nas grandes cidades e centros urbanos, alcançando o interior do país posteriormente.

Diante desse panorama, e sob forte influência das ideias proibicionistas e da política de Guerras às Drogas, institui-se a Secretaria Nacional de Entorpecentes, em 1993, subordinada ao Ministério da Justiça, com o objetivo de promover a integração ao Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes. Suas ações seriam realizadas em conjunto com os demais ministérios envolvidos nas ações ligadas ao uso de drogas (Saúde, Fazenda, Bem-Estar Social e Educação), compondo o Conselho Federal de Entorpecentes.

Ainda nesse contexto, promulga-se a Lei nº 9.017, em 1995, que pretendia exercer controle sobre insumos utilizados na produção de cocaína, limitando seu uso e adotando estratégias de identificação e fiscalização do uso dessas substâncias, como forma de diminuir a produção dessa droga em solo brasileiro.

Apesar dos grandes esforços de repressão ao consumo e à produção de cocaína e crack e do embate com as organizações criminosas responsáveis pelas atividades de produção e distribuição das drogas, sua oferta e disponibilidade persistiu e se consolidou até os dias atuais.

Durante toda a década de 1990 houve pouca relevância de proposições de políticas de atenção à saúde de usuários de drogas, sendo que proliferava o discurso da repressão e a exclusiva proposta de internação como tratamento

ao usuário, geralmente em clínicas privadas ou comunidades terapêuticas, ainda não regulamentadas efetivamente.

Mesmo nos movimentos ligados à conquista de direitos e mudanças de propostas políticas de atenção às pessoas portadoras de transtorno mental, houve certo distanciamento dessa problemática, em razão de seu foco recair sobre populações institucionalizadas em hospitais psiquiátricos e na inversão desse modelo.

Embora fossem presentes nessas situações, os usuários de drogas e pessoas que sofriam de quadros compulsivos não o eram no discurso reformista com tanto protagonismo, inicialmente; mantendo-se a lacuna na proposição de políticas de atenção, questão que posteriormente iria se colocar com veemência nesse contexto.

Após intensos debates e mobilizações sociais ligadas à consolidação do SUS e do movimento da Reforma Psiquiátrica, com iniciativas de atenção à saúde mental em moldes progressistas, diversos atores sociais ligados à área, como trabalhadores, usuários dos serviços, militantes, promoveram um importante debate político propondo mudanças nos modelos de atenção.

Em face desse esforço e do debate político decorrente, houve a aprovação da Lei nº 10.216 em 2001, com o objetivo de realizar a inversão do modelo hospitalocêntrico na atenção aos transtornos mentais e garantir os direitos dos sujeitos usuários dessa política de saúde.

No texto dessa lei, aparecem também considerações acerca dos modos de internação que, posteriormente, viria a ser uma das formas, através de sua interpretação, de legitimar os processos de internação compulsória de usuários de drogas, valendo-se de um alargamento de sua aplicação, já comentado aqui.

No ano de 2006, foi promulgada a Lei nº 11.343, iniciando sua vigência em outubro, instituindo o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD e revogando tanto a Lei nº 6.368/76 como a Lei nº 10.409/02.

Tal lei define medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e estabelece também normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas,

bem como realiza a distinção entre usuários/dependentes de drogas e traficantes.

Nessa lei aparecem, também, os aspectos referentes à conversão de penas de encarceramento em propostas de internação compulsória, sendo que tais situações acontecem em dois casos. Um deles é quando é considerado, pelo devido processo legal, que houve crime motivado pelo quadro de dependência química, a outro é a situação de quadro incapacitante de juízo de realidade no momento da ação, em virtude de quadro de intoxicação por drogas.

Importante citar ainda que, no momento, existem ainda quatro projetos de lei referentes à internação compulsória em tramitação no Congresso Nacional, retratando a situação de destaque dessa questão no ambiente político e social brasileiro.

Para além do entendimento da ordem jurídica que embasa tais intervenções visando a internação compulsória e sua expansão a populações vulneráveis e a abordagem ligada às populações usuárias de substâncias, temos também os contextos histórico e social do país articulando estas intervenções à realização de grandes eventos esportivos (Copa do Mundo e Jogos Olímpicos) e a projetos de revitalização de regiões específicas das grandes cidades, com interesse imobiliário e econômico.

Após o crescimento econômico concentrado em 2012, e a projeção do Brasil como economia fortalecida, há uma expansão dos investimentos do projeto neoliberal, que teve importante protagonismo nas gestões públicas do espaço urbano. Tal fenômeno pode se perceber nessas políticas de deslocamento e, conseqüentemente, de internação de forma coletiva de grupos populacionais específicos, como ocorreu em algumas cidades envolvidas na organização de tais eventos.

Óbvio que nesse cenário se sobressaem como sujeitos alvos as populações em situação de rua e privadas de direitos básicos, em grande parte usuários de drogas, sendo essa uma de suas características, mas compondo uma realidade social que envolve outros aspectos de atenção e assistência do Estado.

Questiona-se inclusive se essas iniciativas sobre determinadas regiões dos grandes centros ocupados por populações vulneráveis não tem relação também com aspectos imobiliários e financeiros destas cidades, bem como com a gestão do espaço urbano voltado a empreendimentos dessa natureza.

A fim de dar sustentação às considerações feitas, vale citar então o Projeto Nova Luz, na cidade de São Paulo, que previa uma mudança urbanística na região central, abarcando regiões conhecidas pelo fluxo de populações em situação de rua, uso de drogas e tráfico. Tal projeto teve início ainda em 2005, pela gestão municipal, tendo se arrastado em impasses jurídicos e financeiros, sendo finalmente cancelado em 2013, dadas as dificuldades de orçamento e de se estabelecer uma relação público/privado que permitisse sua execução<sup>3</sup>. Tal proposta baseava-se em experiências e projetos de urbanização e revitalização de áreas desenvolvidas em outras cidades e consideradas exitosas, caso de Chicago, Barcelona e Buenos Aires, porém era alvo de críticas em virtude das desapropriações envolvidas<sup>4</sup>.

Outro ponto de embate relacionava-se justamente com as populações marginalizadas presentes nesse território urbano e com a ausência de propostas efetivas de atenção a essa problemática, sendo que, durante esse processo, foram realizadas incursões estatais de atenção e de repressão a tais grupos<sup>5</sup>.

Segundo Rui (2012), é relevante também considerar que tal proposta de intervenção e reforma urbana desconsiderou aspectos sociais das problemáticas do território em questão, com tentativa de segregação e controle

---

A esse respeito ver reportagem publicada na revista *Carta Capital* disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/sociedade/o-projeto-nova-luz-nao-convenceu-o-capital-privado>> e matéria publicada no *Portal G1* disponível em: <

<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2013/01/prefeitura-de-sp-afirma-que-projeto-nova-luz-e-tecnicamente-inviavel.html>>.

4 A esse respeito ver reportagem publicada no site *R7 Notícias* disponível em: <<http://noticias.r7.com/sao-paulo/noticias/nova-luz-tera-espaco-de-lazer-semelhante-a-bulevar-de-barcelona-20101117.html>>.

5 A esse respeito ver reportagens relacionadas às ações de repressão e retirada de pessoas em situação de rua na região central da cidade de São Paulo publicadas no Portal G1 disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2012/01/abordagens-policiais-na-cracolandia-ja-passam-de-900-diz-pm.html>> e <<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2014/01/acao-na-cracolandia-tem-retirada-de-barracos-e-inicio-de-frente-de-trabalho.html>>.

populacional na região. Tal leitura também aparece em sua descrição do projeto Tolerância Zero, implantado na cidade de Campinas – SP, onde se pretendia, também, uma valorização de regiões centrais da cidade, a repressão do uso e do tráfico de drogas e uma boa atenção da mídia sobre suas ações. Esse projeto teve vida curta em virtude da suspensão do mandato do prefeito em 2011, porém se estabeleceu como destaque também na atual gestão, perdurando até o momento, embora não haja informações específicas sobre as ações desenvolvidas<sup>6</sup>.

Essas iniciativas geram tensões com grupos populacionais que, de certa forma, por sua não adequação aos padrões de normatização da vida social, deslocam-se e se instalam em regiões específicas dos centros urbanos. Tal ação revela que sua livre circulação tende a ser vista como uma resistência aos processos de controle da gestão política urbana, e desafia os processos de circulação do capital imobiliário, seguindo seus próprios interesses.

Percebe-se, portanto, a questão de que o uso de drogas, que é uma das problemáticas nas quais estão envolvidos tais grupos populacionais, pode servir como justificativa para seu deslocamento e acolhimento institucional pelo Estado, através de uma ação de recolhimento.

Existem pouquíssimas experiências de atenção a essas populações que escape a esse caráter autoritário, como exemplo podemos citar o projeto criado pela prefeitura da cidade de São Paulo que articula o cuidado à saúde com ações de garantia de direitos e protagonismo. Realizado na região da Luz, o projeto denominado “De Braços Abertos” visa diminuir a situação de vulnerabilidade dos usuários e de pessoas em situação de rua, oferecendo oportunidade de trabalho assistido, acolhimento, renda e atenção à saúde, bem como ações de cidadania a essa população<sup>7</sup>.

---

6 Informações sobre tais operações estão disponíveis nos sites oficiais da Prefeitura Municipal de Campinas em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/toleranciazero/>> e <<http://www.campinas.sp.gov.br/toleranciazero/sobre-o-tolerancia-zero-especifico.php>>.

7 A esse respeito ver portal da Secretaria-Executiva de Comunicação do Município de São Paulo com informações sobre o programa “Braços Abertos” que realiza ações de trabalho assistido, acolhimento institucional e custeado, tratamento de saúde e iniciativas de garantia de direitos à população da região central da cidade. Disponível em: <<http://www.capital.sp.gov.br/portal/noticia/5240#ad-image-0>>.

Vale ver também, em contraponto, reportagem publicada no site *R7 Notícias* referente ao receio de circular e medo de sofrer violência policial, de pessoas que habitam a região central da cidade.

Outro aspecto relevante é o fato de que, nessas regiões, encontram-se também importantes movimentos sociais ligados à luta por moradia e direitos de populações marginalizadas, que aguçam e buscam participar desse debate<sup>8</sup>.

O segundo ponto que gostaríamos de discutir e que julgamos ter relevância na proposta de Internação Compulsória no Brasil, e que tem fomentado tal perspectiva, diz respeito à disputa entre os modelos de atenção aos sujeitos usuários de drogas.

Em especial no Brasil, nota-se que essa disputa se situa entre o modelo da atenção psicossocial, em consonância com a reforma psiquiátrica, e a proposta da internação e recolhimento dos sujeitos usuários de drogas em instituições de internação de modelo hospitalar ou em comunidades terapêuticas.

Atualmente, a Atenção Psicossocial às pessoas em uso de drogas pretende se firmar como política pública, através de uma rede de serviços, seguindo as diretrizes do SUS, realizando ações voltadas para a Redução de Danos e buscando a efetivação da reforma psiquiátrica brasileira.

Paralelamente a este movimento existe também o investimento em propostas de ações de internação e tratamentos prolongados em regime fechado, em modelo hospitalar, ou nas já citadas instituições que seguem o modelo de trabalho das comunidades terapêuticas, que foram regulamentadas pela Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012.

Embora haja interesse e tentativa de alguns órgãos governamentais em mostrar estas propostas como complementares, é evidente que ambas

---

Disponível em: <<http://noticias.r7.com/sao-paulo/fotos/cracolandia-usuarios-relatam-aumento-de-acoes-policiais-apos-inicio-de-projeto-e-dizem-ter-medo-30012014#!/foto/1>>.

8 Sobre movimentos sociais internacionais de luta por direito a moradia e iniciativas de resistência das populações habitantes de territórios específicos das grandes cidades ao fenômeno da “gentrificação” ver o site *Museo de Los Desplazados* disponível em: <[http://lefthandrotation.com/museodesplazados/ficha\\_luz.htm](http://lefthandrotation.com/museodesplazados/ficha_luz.htm)> e a produção visual *Luz* disponível em: <<https://vimeo.com/32513151>>.

concorrem em um processo de disputa ideológica e de gestão, resultando igualmente em disputas financeiras e de orçamento para sua efetivação<sup>9</sup>.

Inclusive, percebe-se que há um embate também político relacionado a estas duas propostas de ação sobre essa problemática social, sendo que os atores sociais envolvidos em ambas têm dificuldade em dialogar, dadas as perspectivas antagônicas sobre as quais se embasam para justificar suas propostas.

Ao analisar ações realizadas em áreas de uso na cidade de São Paulo, Rui (2012) nota que esse é um campo complexo, onde se colocam forças políticas com intencionalidade e interesses específicos imbricados nas propostas de atenção.

Tal polêmica ilumina, mais uma vez, o cenário de disputas por modelo de tratamento e intervenção que envolve tanto brigas internas às entidades públicas e privadas de atendimento a usuários de drogas (já ressaltadas no capítulo II) quanto forças externas que questionam a eficácia de sua atuação. Medicina, justiça, polícia e assistência social, ao serem colocadas em contato, brigam e concorrem entre si pelo melhor modo de lidar com a questão (Rui, 2012, p. 208).

Dessa forma, percebe-se que a disputa acerca dessa problemática está longe de findar e se configura como um embate que tende a ter continuidade ao longo do tempo, angariando força política para pôr em prática um ou outro conjunto de interesses.

#### **4.1 Mecanismos da Internação Compulsória: sua utilização na cidade do Rio de Janeiro**

Na cidade do Rio de Janeiro, ficaram evidentes os movimentos do Poder Executivo, através de ações intersetoriais (Secretaria de Segurança Pública, Saúde e Assistência Social) de isolamento, restrição e segregação de populações em situação de vulnerabilidade, em particular, a população de rua.

Durante toda a gestão do atual governo municipal (2008-2016), foram executados diversos programas de recolhimento e, em especial, ações de

---

[A esse respeito ver reportagem publicada na revista \*Carta Capital\* disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/sociedade/governo-fecha-cerco-aos-manicomios-para-dependentes-quimicos-3883.html>>.](http://www.cartacapital.com.br/sociedade/governo-fecha-cerco-aos-manicomios-para-dependentes-quimicos-3883.html)

reorganização do espaço e da circulação na região central da cidade, utilizando a justificativa de necessidade de combate ao fenômeno do crack, diminuição da violência e preservação da vida dos usuários.

O Governador chegou a apresentar dados, em entrevistas, indicando o “recolhimento” de cerca de 4 mil pessoas entre março de 2011 e outubro de 2012, sendo que no início tal ação se endereçava aos menores de idade, tendo sido estendida aos adultos após o apoio da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), havendo também investimento no aumento de vagas em unidades de internação ligadas à Secretaria de Assistência Social<sup>10</sup>.

Aspectos de fundamental relevância desse processo foram a opinião pública e a pressão exercida por processos legais com indicação de Internação Involuntária e Compulsória, tanto em instituições públicas como privadas, realizadas por familiares.

Dessa forma, o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, em dezembro de 2012, definiu uma causa que teve efeito importante no contexto de uso da internação compulsória no estado, ao negar um pedido de Habeas Corpus impetrado pela Defensoria Pública, com o intuito de interromper uma internação compulsória de um adolescente, negação cujo parecer apoiava-se no argumento de que o uso do crack impedia esse jovem de utilizar o direito de ir e vir.

A decisão do TJ desconsiderou os determinantes sociais da situação e promoveu a naturalização e o apoio jurídico ao procedimento de internação por solicitação judicial, que teve importante efeito na articulação jurídica para as ações na cidade<sup>11</sup>.

A redução do debate da política voltada para usuários de drogas em torno somente do aspecto da internação também se fortalece com a visão de que o acesso à internação é garantido às pessoas com poder aquisitivo maior,

---

10 A esse respeito ver reportagens publicadas no *Portal G1* disponíveis, respectivamente, em: <<http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2012/10/internacao-compulsoria-de-viciados-em-crack-do-rio-gera-polemica.html>> e <<http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2012/10/paes-quer-internar-compulsoriamente-adultos-viciados-em-crack-no-rio.html>>.

11 A esse respeito ver reportagem disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2012-dez-19/justica-rio-autoriza-internacao-compulsoria-menor-viciado-crack>>.

através de ações judiciais das famílias, e negado, por sua vez, às populações pobres.

Tal discurso desconsidera os aspectos ligados às vulnerabilidades a que estão sujeitas estas populações e aos efeitos da pobreza sobre as mesmas, naturalizado a dependência química como fruto exclusivo do desequilíbrio individual.

Dessa forma, tanto para os ricos quanto para os pobres, a solução é a perda de autonomia e liberdade, com uma internação voltada ao processo de “recuperação”, para posterior retorno ao convívio social, sem se ater a qual é a condição desse campo social na vida dos sujeitos<sup>12</sup>.

Em fevereiro de 2013, firmando tais propostas de intervenção, foram executadas operações em regiões estratégicas da cidade, abordando e internando também adultos em situação de rua nessas áreas, na mesma época em que foram encontrados irregularidades e sinais de maus tratos na internação de menores de idade em unidades de acolhimento que participavam do projeto<sup>13</sup>.

Longe de ser um movimento isolado no processo de desenvolvimento urbano da cidade, conforme indica Macerata, Dias e Passos (2014), esta situação corresponde a uma realidade histórica e cíclica do município do Rio de Janeiro, que em diversos momentos empregou políticas de opressão e violência de Estado na tentativa de controle e sujeição dessas populações.

Os autores apresentam ainda a importância catalisadora que teve o fato de a cidade ser sede de eventos de projeção internacional, como a Copa do Mundo de Futebol, em 2014, e os Jogos Olímpicos, em 2016, o que legitimou ainda mais tais tipos de intervenção, cujo objetivo é a preparação do espaço urbano para esses eventos e a necessidade de reafirmar a cidade como polo turístico internacional.

---

12 A esse respeito ver reportagem publicada na revista *Veja* disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/brasil/clinicas-particulares-ja-fazem-internacao-compulsoria-de-adultos-usuarios-de-crack/>>.

13 A esse respeito ver reportagem publicada no site *UOL* disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/02/19/operacao-no-rio-da-inicio-a-internacao-compulsoria-de-adultos-usuario-de-crack.htm>>

Tais abordagens foram realizadas por agentes sociais, com apoio e aparato policial, em regiões estrategicamente definidas por um plano de intervenção, que inclusive acabou por impossibilitar ou prejudicar o trabalho de equipamentos sociais de atenção, como os serviços de saúde e de proteção social que realizavam abordagens e atenção à população em situação de rua a partir de outras lógicas de ação, voltadas para a redução de danos e com observância dos direitos sociais dessas populações<sup>14</sup>.

Dessa forma, tivemos uma amostra do impacto dessas ações quando utilizadas em larga escala sobre tais populações. Sua aplicação, no Rio de Janeiro, levou a diversos questionamentos quanto aos abusos e a discordância em relação aos Direitos Humanos e às políticas sociais de atenção aos grupos em situação de vulnerabilidade, porém não fortes o suficiente para impedi-los.

Ao acompanharmos pessoas em situação de rua, sabíamos do trajeto que o recolhimento fazia: a pessoa era convidada a acompanhar os agentes, que são chamados de “educadores sociais”, como quem recebe o convite sem direito de recusa. Esses agentes eram muitas vezes acompanhados de um aparato ostensivo da polícia, sendo o recolhimento efetuado muitas vezes violentamente. O veículo no qual essas pessoas são transportadas tinha como destino, geralmente, como dito acima, o abrigo de Paciência. Os “recolhidos” não eram obrigados a permanecer lá, mas sua passagem por lá era compulsória, e para voltar de lá não contariam com auxílio. Do POP RUA se observava que as pessoas recolhidas no centro da cidade tinham seus tratamentos de saúde interrompidos, seus laços ainda mais fragilizados e muitas vezes seus pertences destruídos (Macerata, 2015, p. 106).

Evidenciou-se, assim, o uso do dispositivo da Internação Compulsória como forma de operar e intervir em nome da ordem pública e da valorização comercial do espaço urbano da cidade, ocupando o território e excluindo os

---

14 POP RUA é como foi ficando conhecido o serviço de saúde para a população em situação de rua da área central do Rio de Janeiro. Posteriormente, com a instituição do programa Consultório na Rua, em 2012, o POP RUA se transformou em equipe de Consultório na Rua – Rio de Janeiro, Centro, sendo um serviço de Atenção Básica em Saúde, que consiste em uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de pessoas (2.400 a 4.000), localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e de agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade. O POP RUA surge antes da proposta das equipes de Consultório na Rua, sendo uma das experiências no Brasil que serviu de modelo base para sua construção.

ocupantes indesejados, através do poder de exclusão desses e posterior ocupação militar.

O discurso do cuidado a saúde, devido ao risco de morte que representa a droga e, em especial, o crack, legitima a ação sobre os que estão desprotegidos socialmente, e a ideia de tratamento e cura pela sua destinação de reclusão em serviços de acolhimento institucional ou internação prolongada, fechando assim o ciclo de intervenção do Estado.

Outra consideração importante do Ministério Público, no início das operações, foi a constatação de que a cidade contava não só com número de vagas insuficientes em instituições para ações de internação. Apontava-se, ainda, que a rede de assistência social e de saúde contava com deficiências importantes, como, por exemplo, baixa cobertura de serviços de atenção à saúde, como os CAPS, que possibilitariam avaliação e acompanhamento dos pacientes e poucas vagas para internação hospitalar para quadros de saúde mental<sup>15</sup>.

Em relação à Internação Compulsória de crianças e adolescentes na cidade, os dados são desencorajadores e denunciam a pouca eficácia da ação<sup>16</sup>. Estranhamente, há pouco debate sobre o tema no momento, apesar de sua persistência, bem como pouco investimento na avaliação de sua eficácia.

Percebemos a contradição aparente, em razão da pouca divulgação acerca dos efeitos da aplicação dessa ação e de suas consequências sobre as populações adultas, bem como dificuldades na obtenção de dados referentes a tais ações atualmente, embora sua prática continue acontecendo na cidade e deva se intensificar no ano de 2016 com as proximidades dos jogos Olímpicos.

---

15 A esse respeito ver reportagem publicada no site *Terra* disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/brasil/mp-rj-com-atendimento-insuficiente-internacao-compulsoria-e-ilegal.ffd1b95d7e30d310VgnVCM20000099cceb0aRCRD.html>>.

16 A esse respeito ver reportagem publicada no *Jornal do Brasil* disponível em: <<http://www.jb.com.br/rio/noticias/2013/03/17/internacao-compulsoria-de-criancas-usuarias-de-crack-so-25-de-exito/>>.

## **4.2 Mecanismos da internação compulsória: o caso CRATOD em São Paulo**

Dentre as iniciativas para uso das abordagens de internação como proposta para tratamento de usuários de drogas, a ação realizada pelo Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), na cidade de São Paulo, destacou-se por sua ampla divulgação e pelo acompanhamento da mídia.

Dessa forma, iremos nos aproximar desse processo, dada sua importância e destaque, ao trazer luz para uma das formas de operação dos mecanismos institucionais para efetivação de propostas de internação.

O CRATOD é um serviço criado em 2002 pelo Governo do Estado de São Paulo, com a função estratégica de possibilitar atendimentos à saúde de usuários de drogas de qualquer tipo e também portadores de transtornos compulsivos diversos, em regime extra-hospitalar, através de equipes multiprofissionais.

O atendimento do serviço é regionalizado, sendo que os usuários deverão residir, trabalhar ou estudar nos bairros da subprefeitura da Sé e nos bairros do Pari, Canindé, Perdizes e Barra Funda; outro objetivo de sua prática é a formação de recursos humanos em saúde, especializados na área.

Interessante citar que sua sede tem localização estratégica definida pela área central, com proximidade importante de regiões de uso e reunião de população de rua, incluindo a área chamada de “Cracolândia”, termo que depois se expandiu a outros territórios com essas características em outras cidades do país.

Nessa região, desde 2009 e findando em 2012, já ocorria o projeto Centro Legal, que, segundo o portal de informações do Estado de São Paulo, chegou a realizar cerca de 300 internações compulsórias, correspondendo a 11% das 2.800 que aconteceram no período.

Refere-se também que as internações compulsórias realizadas foram embasadas por laudo médico e decisão baseada na necessidade de proteção da integridade física e mental do paciente<sup>17</sup>.

Ainda segundo o Portal do Governo do Estado, em janeiro de 2013, formulou-se uma proposta de parceria, inédita no Brasil, entre o Judiciário e o Executivo, estruturando, dentro do serviço CRATOD, uma junta profissional de médicos, juízes e advogados, com o objetivo de tornar a tramitação do processo de Internação Compulsória mais breve. Foi firmado também acordo com Ministério Público e a OAB, com a perspectiva de avaliação de características de saúde dos usuários e proposta de Internação Voluntária e Involuntária, chegando à Compulsória caso fosse detectada incapacidade decisória por parte do paciente e/ou quadro grave de saúde.

Dessa forma, foi realizada uma adaptação no equipamento de saúde, construindo-se um anexo para permitir o atendimento de familiares e usuários de drogas que tivessem interesse na solicitação de internação, processo esse de óbvia tensão, conforme informado por agências de notícias na época<sup>18</sup>.

Durante esse processo, houve também a necessidade de ampliação de leitos de internação, sendo que, no início do programa, foram disponibilizados 691 leitos públicos para dependentes químicos, com ampliação de 209 (aumento de 43%). Outros 488 novos leitos estavam em processo de implantação, que se pretendia disponíveis até o final de 2014, totalizando 1.179 leitos. Mesmo com tal investimento, houve críticas a essa expansão de leitos e aos mecanismos utilizados para tal cobertura<sup>19</sup>.

---

17 A esse respeito ver site Portal do Governo do Estado e da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=225660>>.

18 A esse respeito ver reportagem publicada no jornal *Folha de São Paulo* disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/02/1230425-estado-cria-puxadinho-para-agilizar-triagem-de-viciados-em-sp.shtml> e <http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/sp/2013-01-24/diretora-do-cratod-discorda-de-internacao-forcada-e-e-demitida.html>>.

19 A esse respeito ver reportagem com relato defuncionários do serviço de saúde publicada no site *Brasil de Fato* disponível em: <<http://www.brasildefato.com.br/node/11823>>.

O próprio CRATOD foi alvo de ações e críticas após vistoria realizada pelo Ministério Público Estadual, parceiro na sua atuação, sendo que foram necessárias mudanças e investimentos para continuidade das ações<sup>20</sup>.

A ampla cobertura midiática desse processo teve importante lugar tanto no apoio como nas críticas a tal prática, aquecendo um debate permanente sobre o tema e ao mesmo tempo produzindo reduções e generalizações a partir de fatos específicos<sup>21</sup>.

Outra iniciativa do Governo do Estado de São Paulo, nesse processo de uso da internação como proposta de atenção aos usuários de drogas, foi a institucionalização do Programa Recomeço, com proposta intersetorial de apoio e atendimento das pessoas usuárias de drogas e suas famílias, antes e depois dos processos de internação<sup>22</sup>.

Tais ações compreendem propostas de tentativa de retorno à convivência familiar, apoio à busca de trabalho e qualificação profissional e também à internação em comunidades terapêuticas após internações hospitalares iniciais ou diretamente após avaliação médica.

Cerca de um ano após o início desse projeto, firmou-se acordo entre a Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania com a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), estabelecendo um convênio custeado pelo Governo do Estado de São Paulo. Esse convênio definiu a expansão de vagas para tais instituições, chegando a 419, e instituiu o pagamento de R\$ 1 350,00 mensais com permanência de até 180 dias, com cerca de 20

---

20 A esse respeito ver reportagem publicada no site *Rede Brasil Atual* disponível em: <<http://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2014/03/mpe-de-sao-paulo-abre-inquerito-para-cobrar-reformas-de-infraestrutura-no-cratod-7114.html>>.

21 A esse respeito ver as reportagens publicadas no *Portal G1* disponíveis em: <<http://g1.globo.com/sp/mogi-das-cruzes-suzano/noticia/2013/02/apesar-de-cratod-familias-dizem-nao-conseguir-tratamento-involuntario.html>> e <<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2013/05/sp-tem-primeira-internacao-compulsoria-de-dependente-de-crack.html>>; e também matéria publicada no jornal *Folha de S. Paulo*, disponível em: <

<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2013/05/sp-tem-primeira-internacao-compulsoria-de-dependente-de-crack.html><<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/03/1240768-viciado-volta-as-ruas-de-sp-apos-um-mes-de-internacao.shtml>>.

22 A esse respeito ver o site da Secretaria da Saúde, Secretaria de Desenvolvimento Social e Secretaria Da Justiça e da Defesa da Cidadania disponível em: <<http://programarecomeco.sp.gov.br/sobre-o-programa/>>.

instituições credenciadas. O projeto continua em vigência e em expansão no momento<sup>23</sup>.

Atualmente a ação persiste, e em setembro de 2015 foi divulgado, em jornal de grande circulação, editorial otimista com base em dados atribuídos à Secretaria de Saúde de São Paulo. Segundos os dados apresentados, foram realizadas 1 378 internações involuntárias pelo programa, sendo que a maioria, 1 359, se deu por intermédio da família e foi realizada baseada em laudo médico de justificativa, e as outras 19 por definição judicial (Compulsória), realizada por juízos embasados em relatórios médicos. O número de internações voluntárias nesse período foi de 8 792, o que, na opinião do artigo, demonstra, primeiro, a efetividade da proposta e, segundo, desvaloriza a crítica de que a ação desrespeitaria os direitos individuais dos sujeitos<sup>24</sup>.

Outro aspecto que compõe esse panorama é o efeito de gravitação que a experiência teve no cenário do estado, e também no país, sendo considerada modelo para a efetivação de práticas desse tipo. Essa perspectiva, de certa forma, enraizou-se e produziu justificativa para ações semelhantes em cidades menores, sendo considerada uma perspectiva de tratamento, e obviamente sendo alvo de expectativas e de críticas<sup>25</sup>.

Aspectos não muito otimistas, vem de sua naturalização enquanto prática, e dos recursos empregados para sua efetivação, resultando em abordagens às vezes desastrosas, que se utilizam de articulações entre os setores de segurança aliados a área de saúde, como se pode se perceber nessa fatalidade ocorrida em Florianópolis, no Estado de Santa Catarina<sup>26</sup>.

---

23 A esse respeito ver matéria publicada no site oficial da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Febract) disponível em: <<http://www.febract.org.br/?navega=exibeNoticia&id=39>>.

24 Ver a esse respeito o editorial do *Estadão* disponível em: <<http://opinio.estadao.com.br/noticias/geral.internacao-compulsoria.1758008>>.

25 Ver a esse respeito reportagens publicadas no *Portal G1* disponíveis respectivamente em: <<http://g1.globo.com/sp/bauru-marilia/noticia/2015/03/ourinhos-e-1-cidade-da-regiao-adotar-internacao-compulsoria.html>> e <<http://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2014/08/familias-de-cidades-da-regiao-vaio-justica-para-internacao-compulsoria.html>>.

26 Ver a esse respeito reportagem publicada no site *Uol* disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2015/07/25/durante-internacao-compulsoria-pm-mata-paciente-com-esquizofrenia-em-sc.htm>>

Fica evidenciado o processo de centralidade que a prática da internação, seja ela em modalidade voluntária, involuntária ou compulsória de usuários de drogas tem tido na sociedade, quando pensado o momento atual da sociedade brasileira.

Com isso, as propostas de atenção embasadas na Atenção Psicossocial, de cunho reformista e democrático, voltam ao seu lugar de tensão com a hegemonia do pensamento asilar e excludente associado ao tratamento, agora das pessoas em uso de drogas, em uma repetição de processos de segregação que já recaíram sobre outros sujeitos e coletivos em nossa história recente.

Conforme indicam Fonseca e Flores (2014), é presente no processo histórico da sociedade movimentos de institucionalização de determinadas demandas de saúde, como é o caso da Internação Compulsória de usuários de drogas, que devem ser vistas com cautela. Comparam inclusive este movimento, com o movimento histórico de controle da população portadora de hanseníase, processo que, posteriormente, levou à retratação e indenização dos sujeitos submetidos às institucionalizações forçadas.

A crítica formulada pelos autores baseia-se no fato de que, em conjunto com essa proposta de Internação Compulsória, não há garantia nem defesa de ampliação de direitos, somente mecanismos para sua efetivação e reprodução institucional, questionando quais interesses a lançam como opção de política pública de atenção à saúde da população.

#### **4.3 A rede de atenção psicossocial aos usuários de álcool, crack e outras drogas, a redução de danos e a reforma psiquiátrica brasileira, nos tempos do “fenômeno” do crack**

Atualmente, apesar da relevância do uso de drogas lícitas (álcool e tabaco) e de seus impactos na Saúde Pública brasileira, observa-se uma grande mobilização social e das políticas públicas em torno das questões relacionadas com as drogas ilícitas, especialmente o crack.

Em 2003, a política fora nomeada de A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, já sobre a

pressão significativa relativa ao chamado “fenômeno” do crack, que passa a exercer papel importante, indicando um critério político de priorização em relação às outras drogas, mesmo se pensados aspectos epidemiológicos ligados ao álcool e ao tabaco.

Dessa forma, surge uma política, em 2003, que busca superar a abordagem jurídica do problema das drogas, que opera com a divisão lícito/ilícito, para uma abordagem da saúde que trabalha com a diversidade: Álcool e outras Drogas, sendo “outras” o indicativo dessa nova abordagem.

Vivenciávamos, nesse contexto, um fortalecimento da polarização lícito/ilícito que se pretendia superar com a Política de Álcool e outras Drogas de 2003, revisada em 2004 (Brasil, 2004).

As propostas de atenção aos indivíduos que apresentam sofrimento mental e transtornos mentais e comportamentais em virtude do uso de álcool, crack e outras drogas estão inseridas na atual Política de Saúde Mental, buscando se efetivar através de uma ampliação e sustentação de uma Rede de Cuidados a esses usuários. Tais propostas estão embasadas e se efetivam em conformidade com os princípios da Reforma Psiquiátrica e a Lei nº 10.216 (Brasil, 2001), grande marco legal de um processo de inversão das ações de atenção à saúde mental, até então alicerçada na internação em hospitais psiquiátricos, propondo a expansão de serviços substitutivos e territoriais.

Esta rede deve possibilitar o acolhimento, atendimento e seguimento, bem como a interação necessária com outros setores (jurídico, social, econômico), fomentando, assim, não só o cuidado em saúde, mas também atentando às necessidades sociais e individuais de pessoas que fazem uso de drogas e que sejam provenientes de grupos sociais vulneráveis.

A história da Reforma Psiquiátrica brasileira esteve intimamente ligada aos processos de desinstitucionalização da população psiquiátrica portadora de transtornos mentais graves, em condições de internamento crônico, e ampliação de rede de serviços substitutivos a essa situação. Com isso, a atenção aos problemas sociais e aos prejuízos à saúde, decorrentes do uso de drogas sofreu relativo atraso na formulação e implantação de políticas públicas e sua sustentação. Esse atraso levou a um vácuo por onde proliferaram

iniciativas asilares e retrógradas que impactam na própria execução das políticas vigentes (Alves, 2009).

Já a partir de 2010, o tema do crack reedita um processo de destaque das drogas ilícitas, ganhando prioridade mesmo antes de haver evidências epidemiológicas da magnitude do problema. Nesse panorama, ocorre intenso debate sobre essa problemática e são desencadeadas propostas e formulações de políticas de atenção a essa população.

Tanto destaque foi dado em diversos âmbitos a esse problema que, no final de 2010, foi estabelecido o Decreto nº 7179 (Brasil, 2010), que instituiu o Plano de Enfrentamento ao Crack, com recursos financeiros de cerca R\$ 410 milhões de reais.

Outro aspecto importante ligado ao fomento das políticas públicas de Saúde Mental resultou de movimento do Ministério da Saúde para implantação de Redes de Atenção Temáticas em diversas áreas de atenção, e de reordenamento e organização de suas diretrizes e estruturas de efetivação.

Com isso, tivemos a Portaria nº 3.088/11 do Ministério da Saúde na qual se nota importante investimento na ampliação de serviços, dispositivos, continuidade e expansão da proposta da Atenção Psicossocial. Esta portaria instituiu as Redes de Atenção Psicossociais (RAPS), com o objetivo de ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e também com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, buscou-se fomentar a articulação e a melhora do cuidado da saúde desses indivíduos, possibilitar melhorias na acessibilidade ao sistema público de saúde, organizar os vários serviços que compõem essas redes de atenção e ampliar o número e os tipos de serviços disponíveis para a atenção a essa problemática. Tais mudanças foram motivadas não só pela relevância do aprimoramento das Redes de Atenção, mas pelo debate relacionado a tal problemática, a percepção de ampliação dos problemas decorrentes do uso de drogas e a pressão da sociedade civil e da mídia acerca desse fenômeno social.

Vale ressaltar que, na disputa de interesses da cena política, a RAPS é publicada com a importante exclusão do hospital psiquiátrico como espaço de cuidado, sendo previsto somente no componente de desinstitucionalização, mas há a entrada das Comunidades Terapêuticas, que poderiam ser cadastradas conforme legislação específica, o que trouxe nova tensão relativa à expansão ou manutenção de número de leitos e possíveis retrocessos na diretriz de desinstitucionalização.

Importante destacar, nesse processo, a reorganização dos serviços da Rede de Atenção, incluindo serviços já existentes, como os Centros de Saúde, Unidades de Urgência e Emergência, Enfermarias em Hospital Geral e outros serviços de importância estratégica. Dentre estes serviços, chamamos atenção para os Consultórios na Rua (serviços móveis de atenção a populações em territórios de vulnerabilidade e em vivência de rua) e as Unidades de Acolhimento Transitório (serviços de moradia provisória para populações em situação de vulnerabilidade).

Nessa organização, os serviços denominados Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, CAPS AD e CAPS AD III, têm a importante função de oferecer atendimento diário, em uma perspectiva individualizada e articulada com os demais serviços da Rede de Atenção. Dentre suas ações estão o atendimento individual, atendimento em grupo, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Apresentam também condições para a permanência e convivência diária de pacientes que necessitem desse cuidado e para processos de internação quando necessários, no caso do CAPS AD III (Brasil, 2012).

A diretriz de atendimento nessa Rede de Atenção é a abordagem da Redução de Danos (Queiroz, 2001), que contempla práticas voltadas para diminuir as consequências globais do uso de álcool e outras drogas e que não tem a abstinência total como a única meta de atendimento.

Está incluída nessa perspectiva, durante o acompanhamento de pacientes que fazem o uso drogas, a possibilidade de que ocorram situações de crise em que há necessidade de avaliação de equipe de saúde para a internação hospitalar. Esta conduta está amparada na Lei nº 10.216 (Brasil, 2001), e foi posteriormente regulamentada também pela Portaria nº 2391/GM

(Brasil, 2002), onde aparece o artigo 2º que define o procedimento médico da internação psiquiátrica. O artigo em questão esclarece e determina que a internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, preferencialmente com a menor duração temporal possível.

Tem ganhado destaque, também, o investimento e a produção de dados acerca da problemática do crack, através de estudos e levantamentos que possam embasar e orientar ações diferenciadas na abordagem do problema, bem como a proposta de implementar novas estratégias e políticas de atenção a populações específicas.

Levantamento realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em parceria com o Ministério da Justiça, através da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), divulgada em 2015, trouxe informações relevantes sobre o tema, indicando um número de usuários de crack de 370 mil pessoas, correspondente a 0,8% da população das capitais do país e a 35% dos consumidores de drogas ilícitas nessas cidades. Ainda nesse estudo são apresentadas também características relativas ao perfil epidemiológico dessa população, cuja maioria é de homens (80%), ressaltando-se aspectos sociais de vulnerabilidades relevantes, com 40% dos usuários vivendo em situação de rua e taxa de infecção pelo HIV 8 vezes maior que a média da população (Bastos; Bertoni, 2014).

Outros dados apresentados pelo Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD) realizado pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), ligado à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), realizado ao longo do ano de 2012, apontam que o uso de crack em algum momento da vida na população é de 1,3% (Laranjeira et al., 2014). Estes são só alguns estudos que referenciam a importância do debate relativo ao uso de drogas atualmente, embora esse não seja um problema recente, estando relacionado aos processos de urbanização e industrialização, tendo importante impacto social e destaque na ordem política.

#### **4.4 Implicações para o trabalho na atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas nos tempos do “fenômeno” do crack**

Exploraremos a experiência de trabalho em um CAPS AD na cidade de Campinas, no interior do Estado de São Paulo, que serviu de campo para esse trabalho, num momento em que temos evidente tensão relativa às propostas de IC como forma de atendimento a pessoas que fazem uso de drogas, e daremos especial atenção ao profissional psicólogo e às contribuições desse campo de saber na atenção às pessoas que fazem uso de drogas na perspectiva reformista da atenção em saúde mental.

Nos serviços ligados a RAPS, o cotidiano segue os preceitos e diretrizes da atenção psicossocial aos usuários de álcool, crack e outras drogas, e do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Tais diretrizes se iniciaram através da implantação dos serviços CAPS AD (Brasil, 2004), e acompanharam os avanços propostos na Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, promovendo o fortalecimento das RAPS no SUS.

A equipe multiprofissional que compõe tal serviço realiza a gestão do processo de trabalho apoiada em conceitos oriundos das áreas da saúde coletiva e saúde mental, tais como núcleo e campo de atuação (Campos, 2000).

Compõem também arranjos institucionais como profissionais e equipes de referência (Mirandal; Campos, 2008), e lógicas de ação matricial no relacionamento com a rede de atenção (Bezerra; Dimenstein, 2008).

Aliado a isso, temos o espaço da psicologia como saber e prática nessa área, que busca contribuir de forma importante para as práticas de cuidado voltado aos sujeitos que procuram o serviço de saúde, através de uma concepção de trabalho que leve em consideração os aspectos subjetivos e sociais dos fenômenos de adoecimento.

Buscamos resgatar, através da clínica do sujeito e da atenção psicossocial, um trabalho que possa fazer contraponto com a clínica da abstinência e a ideologia proibicionista como únicas possibilidades de abordagem dos sofrimentos individuais e coletivos oriundos das experiências de contato com as drogas (Conselho Federal De Psicologia – CFP, 2013).

Dentro dessa realidade e desse exercício, ocupar o espaço de trabalho em um CAPS produz diversas tensões, pois o estabelecimento em si, o serviço de saúde, é um palco privilegiado, uma arena de negociação constante em relação às demandas sociais que se apresentam e as respostas que o serviço oferece. A tensão que se apresenta majoritariamente consiste na pressão, por parte do restante da sociedade, por uma gama de dispositivos (famílias, outros estabelecimentos de diversas áreas, estatais e privados, setores da justiça, e demais) de segregação, contenção e isolamento, geralmente na forma de internação psiquiátrica ou hospitalar.

Nesse aspecto, os serviços de saúde têm se tornado palco de embates constantes entre as tentativas de simplificação da ação de cuidado, centralizadas no discurso dos processos de internação como equivalentes a tratamento, e o fazer da atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas.

Em relação ao município de Campinas, a Rede de Atenção Psicossocial e seus serviços buscam estabelecer diretrizes e ações que possibilitem a atenção aos sujeitos usuários de drogas de forma condizente com as já citadas diretrizes e partindo de princípios democráticos de atenção à saúde.

Com isso, os CAPS e o serviço Consultório na Rua têm a função estratégica de construção territorial de redes e de fluxos de comunicação que possibilitem a negociação com instâncias institucionais e com famílias que se engajam em ações judiciais, propondo discussão e mediação para resolver de outras formas as situações críticas.

O objetivo de tais ações, realizadas em fóruns ou abertura do serviço para discussão e construção de projetos de cuidado em conexão com instituições de outras áreas (como, por exemplo, jurídico ou da proteção social), visa uma tentativa de diminuição da lógica de judicialização e penalização dos sujeitos.

Distante do ideal de neutralidade, acreditamos que, no atual momento, existe a necessidade de compor o ideário social hegemônico sobre o tratamento de usuários de álcool e outras drogas com o acúmulo de percurso, saberes e ofertas da atenção psicossocial. Tais processos devem acompanhar as lógicas e diretrizes da atenção à saúde, e, quando possível, trazer à tona a

autonomia e necessidade de engajamento dos sujeitos envolvidos, aspecto geralmente esquecido e que tem fundamental importância em qualquer tentativa de cuidado em saúde.

Importante registrar que essas tentativas acontecem em contexto adverso e contraditório, inclusive em relação às políticas públicas, marcado pelas pressões exercidas pela mídia e pelos setores conservadores ligados à manutenção das lógicas de repressão, internamento e segregação de parcelas da sociedade.

No município de Campinas, além das ações da RAPS, com avanços históricos reconhecidos na ampliação da atenção em saúde mental no SUS, a cidade tem recebido grande investimento dos programas governamentais voltados para a internação em Comunidades Terapêuticas custeadas pelas parcerias com o Governo do Estado (Programa Recomeço)<sup>27</sup>.

Junto com esse processo, a ampla cobertura da mídia e seu discurso simplificado reduz a oferta de tratamento à internação e não esclarece e nem situa a população em relação às ofertas de atendimento comunitárias, territoriais existentes no município, resumindo esta rede a vagas que permitam a internação de “viciados”<sup>28</sup>.

Apesar da menção a ações compulsórias, até o momento não foram utilizadas estratégias ordenadas para tal, nem estruturas específicas como as observadas na capital, sendo que foi disponibilizado um plantão para a busca de atendimento e encaminhamento para a instituição que realiza a internação, ainda em modalidade voluntária<sup>29</sup>.

Em relação ao trabalho da rede de saúde, seja na atenção primária, serviços tipo CAPS ou de internação, na lida diária com a questão, fica uma

---

27 A esse respeito ver site da prefeitura de Campinas disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/governo/cidadania-assistencia-e-inclusao-social/prevencao-as-drogas/tratamento.php>>.

28 Ver reportagem no *Portal G1* disponível em: <<http://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2013/04/combate-ao-crack-em-campinastera-internacao-compulsoria-para-viciados.html>>.

29 A esse respeito ver reportagens publicadas no *Portal G1* disponível, respectivamente, em: <<http://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2015/03/tratamento-contradrogas-gratuito-tem-170-vagas-abertas-em-campinas.html>> e <<http://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2015/10/cresce-numero-de-usuarios-de-droga-que-buscam-ajuda-por-conta-propria-em-campinas.html>>.

estranha impressão de invisibilidade, situação que merece destaque em algum momento, para permitir maior entrada no debate público.

Embora existam iniciativas de movimentos ligados à luta por direitos da população atendida, associação de pessoas atendidas em CAPS, organização de Conselhos Locais nos serviços e tentativas de aproximação com movimentos sociais, tais ações carecem de articulação e potência para fazer frente ou, ao menos, apresentar outra argumentação que possa ser alternativa aos discursos de mídia e de massificação a favor dos processos exclusivos de internação.

É ainda aspecto falho na experiência da atenção psicossocial de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas a perspectiva de estratégias coletivas de legitimação de cidadania e garantia de direitos dos sujeitos atendidos, bem como de comunicação e promoção do debate relativo a essas questões.

Alguns dos pontos que se imbricam nesse panorama é o estigma ligado às pessoas que fazem uso de drogas e as dificuldades ligadas às propostas alternativas de atenção a essa problemática de saúde, tanto na sociedade como nos próprios serviços de saúde e demais instituições.

Nesse panorama, experiências positivas pontuais podem ser encontradas na articulação com a Defensoria Pública, para produção de documentos e informativos, bem como para debates das questões relativas aos direitos da população e mesmo para o andamento de processos jurídicos.

Vale citar também investimentos na aproximação com movimentos organizados de representação dos direitos de pessoas atendidos em serviços de saúde mental, com origens nos processos de desinstitucionalização, trazendo para o debate o comum e a heterogeneidade das condições dos sujeitos usuários de drogas, promovendo o debate sobre a valorização do movimento social como necessário na conquista de direitos.

Porém, o discurso atual midiático sobre essa problemática se constitui na repetição do aspecto alarmista e pejorativo (em relação aos sujeitos usuários de drogas), sem grande tentativa de reflexão ou pesquisa mais aprofundada sobre o tema de grande em parte das reportagens sobre o

assunto, pouco possibilitando o esclarecimento ou informação sobre o atual momento da atenção à saúde dessa população.

Outro aspecto percebido claramente nesse discurso retrógrado relacionado à IC, agora no que diz respeito ao cotidiano de trabalho, é a naturalização da ideia de internação compulsória para o outro, pelas instituições e por familiares – evidente que não desconsideramos situações críticas vividas por esses grupos na relação com um usuário de drogas em franca crise. O que impressiona é a exclusividade e fixação na ideia de internação como única solução, e a resistência às demais propostas de cuidado, bem como a desvalorização do outro como sujeito e responsável por si, o que dificulta parcerias para a resolução das situações de impasse.

Outra dificuldade nessa clínica é a crença que começa a se tornar inquestionável quanto ao aspecto incontrolável e possessivo no que concerne ao uso e ao desejo de uso de qualquer droga em qualquer quantidade – esse discurso do “grande mal”, que teve relação inicialmente com o crack, mas que se expandiu. Expandiu-se e se incrustou na subjetividade dos sujeitos que fazem uso de substâncias e na de seus familiares e das instituições, produzindo uma intoxicação tão grave quanto a da própria droga, pois inviabiliza outras perspectivas de cuidado que se alicerçam na capacidade de cuidado de si e no governo das relações que se estabelece.

Com isso, a tríade judicialização, medicamentação e internação tem terreno fértil para se reproduzir na subjetividade contemporânea, e invadir todos os espaços de relação com pessoas que usam drogas e a ideia de tratamento destinado a elas, resultando em um desafio de desconstrução constante no cuidado implicado.

Uma desconstrução que se apresenta como enorme desafio para a atenção psicossocial e para os profissionais, e ecoa em todos os serviços da rede de cuidados, no seu cotidiano. De modo que é preciso também, localmente, na atenção direta, criar estratégias para tal desconstrução e desvio, possibilitando o trabalho de saúde vivo em ato.

A efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde se expressa como 'relações interseçoras' que estão presentes na produção do trabalho – descrito como ato de cuidar – e consumo (do cuidado) que ocorrem ao mesmo tempo (Merhy, 2007, p. 57).

Além da necessidade dessa dimensão de resgate do trabalho em ato e no encontro com o sujeito cuidado, os serviços organizam formas novas de se colocar em relação também no debate institucional, sendo que temos tido experiências positivas, através de articulação com parceiros, na busca pela defesa de direitos sociais.

Embora o panorama seja difícil, as estratégias de resistência a essa lógica têm sido possíveis, através de redes intersetoriais, como, por exemplo, com a Defensoria Pública, propondo experiências de comunicação e definição de planos de ação em conjunto nos casos em que há solicitação familiar de internação compulsória.

Utilizamos também parcerias com a Atenção Primária à Saúde, por meio de experiências de visitas domiciliares compartilhadas, direcionadas aos casos de extrema situação de vulnerabilidade e risco, antes que se desencadeiem processos judiciais, e inclusive com busca ativa e facilitação de acesso ao CAPS. Outra experiência interessante ocorrida no trabalho diário, embora menos recorrente, é a proposta de avaliação, pelas equipes de saúde, de casos em que existem trâmites de Internação Compulsória, sendo que já tivemos experiências de acolhimento e negociação com usuários em relação a tal situação. Em alguns casos, através de atendimento e mesmo de orientações compartilhadas com serviços de outras áreas, ocorreram reversões de internações judiciais para voluntárias ou involuntárias de pacientes acompanhados no serviço.

Mantemos a postura crítica, e sabemos que tais ações podem ter implicações em relação ao seu caráter de imposição, mas não podemos, em algumas situações em que há vínculo com o sujeito, descartar a necessidade de aproximação e de apoio a ele em decisões e ações relacionadas às problemáticas de saúde para as quais prestamos cuidado.

Os indivíduos, assistidos pelo serviço, buscam formas múltiplas de apoio ajuda ou alívio de seu sofrimento, bem como segurança social e mediação com o mundo em suas escolhas quanto às formas de se conduzir na vida, e a grande tensão existente é justamente trabalhar a implicação destes com suas demandas e escolhas.

Especial destaque deve ser dado também à equipe de trabalho com seus movimentos subjetivos próprios, coletivos, com reflexos nas práticas individuais de atenção e na relação com os sujeitos alvos das ações de cuidado e com os processos de trabalho.

Apesar de correr o risco de generalizar uma realidade complexa, buscamos apresentar aqui o movimento que despertou interesse em questionar os sujeitos que vivenciaram processos de IC a respeito da ação que se abate sobre eles e que atravessa também o cotidiano de trabalho em um CAPS AD.

Em especial, o ponto de início no desenvolvimento dessa pesquisa foi a percepção de incômodos na prática de cuidado em saúde de pessoas em uso de drogas, que se aliam ao panorama impositivo dessa ação, e a percepção pessoal de que, com o tempo, isso acarreta endurecimentos nas práticas e relações no trabalho. E, ainda, a percepção de que pouco restava espaço para algo que é caro a essa área de atuação, que inclusive pode ser considerado um “mote” de trabalho, e um vetor de sentido dentro das concepções éticas de trabalho: a questão de o que aquelas pessoas atendidas sentem em relação ao que ocorre com elas.

Isso parece simples, mas consideramos de extrema relevância, com o tempo e a insistência em certas discussões e sua repetição acerca das Internações Compulsórias, que se avolumam atualmente no trabalho de um CAPS AD.

Os diversos documentos de órgãos jurídicos que se acumulam e atravessavam nossas práticas de trabalho de forma tão definitiva, a percepção que isso toma uma dimensão tão grande, que começa a fazer sentido enquanto prática que se sobrepõe ao cuidado.

Fazer sentido como desistência de resistência, fazer sentido como força maior e inegociável e, pior de tudo, fazer sentido como esmagamento e silenciamento das subjetividades e singularidades dos sujeitos que são atendidos, e a consideração de que isso é possível.

Possível, ou pior, às vezes, aplicável. Essa é a prática psicossocial atravessada pelo poder; é a intenção fascista, o oposto do que pretendemos, mas está também posta esta realidade, essa pactuação e esse exercício de poder do qual buscamos escapar cotidianamente.

São inúmeras as situações em que os esgotamentos, as inseguranças e as incertezas do trabalho, as tensões com os sujeitos assistidos e com as instituições que orbitam esse fazer, levam a movimentos que naturalizam desistências terapêuticas e limitações que logo validavam essas práticas enquanto possibilidades para alguns usuários.

Não é sem horror que nos damos conta dessas situações e dessas passagens, sequer sabemos se tem relevância ou importância, talvez esse trecho termine como uma linha vermelha e seja esquecido como outros que se perderam em arquivos no computador, mas o fato é que, apesar de tudo isso, ainda buscamos a resistência do trabalho vivo em ato.

Para o trabalho em saúde mental, certas coisas são caras e sempre levam ao movimento de reflexão necessário, “trabalhar com saúde mental é trabalhar com a vida”, como ouvimos e dizemos, desde as aulas de graduação até o dia seguinte de trabalho. Assim, a importância, o interesse, o valor dado para “o que as pessoas sentem”, permitiu produzir algo de outra natureza com o horror percebido nas práticas de institucionalização e violência, sendo fundamental trazer à tona o que sentem esses sujeitos, disponibilizando-se para ouvi-los, para compartilhar, aceitar e pensar sobre esses sentimentos e essas histórias.

Acreditamos que isso é de extrema importância, e, se pensamos dessa forma, outros também pensarão e chegarão até este trabalho, e isso, de certo modo, resgata bases importantes de nossa prática nas Redes de Atenção à Saúde Mental de pessoas em uso de drogas.

Essa pesquisa de mestrado, esse texto, é resultado desse processo, ainda em andamento, de reflexão e exploração sobre o tema da atenção psicossocial de usuários de álcool e outras drogas no SUS, palco de resistências e de lutas, comum a diversos trabalhadores de saúde que se veem comprometidos com a vida, com a liberdade e com o cuidado.

## **5 REFERENCIAL TEÓRICO, METODOLÓGICO E PERCURSO REALIZADO: NOSSA PROPOSTA DE COMUNICAÇÃO, DESCONSTRUINDO OS ANORMAIS**

Embora o dizer seja de extrema importância, é interessante a possibilidade de pensarmos o que existe de sentido que escapa ao *falar sobre*, o que pode se apresentar em outras formas de expressão. Pensando que a experiência humana é múltipla e se exprime de várias formas, é evidente que algo se apresenta em outras formas de comunicação.

Vimos como os dispositivos sociais (da saúde, da justiça, da assistência social, dentre outros), produzem, além de um discurso e de uma imagem estereotipada do usuário de drogas, uma desvalorização do próprio discurso da pessoa em uso de drogas sobre si própria.

Ao serem coagidos a falarem sempre na condição de doentes ou criminosos que precisam reconhecer sua fraqueza, seu pecado ou seu erro, é a própria possibilidade de um outro discurso sobre si e sua experiência que estão limitados por estes dispositivos.

Tendo em vista essa consideração, optamos por trazer à luz nessa tese a possibilidade de outra forma de expressão que, aliada ao discurso, possa compor um quadro e, porque não, um cenário que também apresente um pouco desse aspecto particular que vivenciamos em qualquer experiência humana.

Temos, assim, o interesse de adentrar em outros aspectos que possam se apresentar através dos sujeitos estudados, construindo outros sentidos e acrescentando as nossas perspectivas, aspectos outros tão relevantes quanto o discurso em relação ao tema. Isso deriva de um interesse especial por outras formas de expressão, de certa forma menos represadas e estereotipadas, e que possam levar a alguma surpresa por parte dos sujeitos da pesquisa.

Por essa razão, incluímos aqui expressões gráficas subjetivas (desenhos livres), inspirado em Procedimento de Desenho Estória com Tema (Trinca, 1997), recurso de origem clínica utilizado em processos diagnósticos e de apreensão de características psicodinâmicas de personalidade. Tal

procedimento tem em sua gênese importante contribuição das características simbólicas do pensamento e da experiência individual.

Visamos aqui ampliar tal sentido, e considerar o contexto histórico e os agenciamentos coletivos envolvidos nessa produção pessoal. Promovemos um desvio em direção ao que nos interessa nessa expressão gráfica, que é exatamente a carga simbólica e criativa que acreditamos pode enriquecer o encontro com o pesquisador.

Pretendemos também abrir novas cadeias de significados relevantes, considerada sua característica de reflexão e os processos de integração presentes no seu desenvolvimento.

A entrada desse aspecto, longe de ser pensado como elemento a ser interpretado, se apresenta com o interesse de ser apresentado e valorizado, bem como um sentido a mais a ser construído de forma transubjetiva, produzindo não só um novo encontro, mas de certa forma um novo saber sobre esse tema e sobre os sujeitos envolvidos.

Essa perspectiva, embora possa parecer distante do debate inicial relativo à Internação Compulsória, talvez nos aproxime de uma dimensão dessa realidade que tem grande relevância, mas que não pode emergir sem tensão, que é o sentido que tal prática tem para os sujeitos que são alvos dela.

Pretendemos, portanto, nos voltar para o outro, e o que esse outro, que viveu tal experiência em algum momento ou que esteja envolvido em tratamento em virtude do sofrimento decorrente do uso de substâncias psicoativas, sente ou possa exprimir e sentir.

Nosso interesse é apresentar e agenciar não só o discurso, mas também os afetos, impressões e aspectos simbólicos presentes no tema, trazendo à tona um viés que tem relação, a nosso ver, com uma dimensão política dessa realidade.

O que estranhamos é que tal prática, sendo uma ação destinada a seres humanos, ainda não tenha sido apresentada levando em consideração o aspecto humano e o impacto que tem.

Como todo dispositivo, a IC produz um discurso e um exercício de poder que pretendem capturar e homogeneizar não só a produção de subjetividade, mas também sua expressão. É disto que buscaremos nos distanciar e produzir

sentidos contra hegemônicos de discurso e de experiência. Tal tentativa, porém, vem também de uma constatação nem sempre óbvia: a de que esse dispositivo atravessa todo o campo social e atinge também o sujeito que promove a pesquisa, enquanto quem ele é, e como trabalhador inicialmente, e finalmente como pesquisador, e foi esse efeito o motivador inicial dessa pesquisa.

### **5. 1 O dispositivo da Internação Compulsória percebido de onde estamos**

A IC, como mecanismo histórico de articulação médico jurídica de poder, afeta a sociedade e cada um de acordo com os lugares que ocupa, seja de forma distante e indireta, seja diretamente.

No que diz respeito aos trabalhadores da saúde mental, comprometidos com o aspecto não asilar das práticas de cuidado no cotidiano, e com a reforma proposta pelo modelo psicossocial, essa afetação toma uma dimensão de pressão, reflexão e impacto significativos.

É importante considerar que este pesquisador realiza trabalho profissional nessa área desde 2008, e que nessa prática sempre houve certo debate sobre esse tema e certa penetração dessa discussão nos serviços e em outros espaços, bem como situações de sua aplicação em pessoas acompanhadas nos serviços de saúde. Tais situações esporádicas e ocasionais eram encaradas como sendo isoladas e limites de alguns casos clínicos, e vistas como fatalidade da interferência do sistema judicial sobre o trabalho em saúde.

Apresentaremos breve reflexão e algumas considerações sobre essas experiências de trabalho na Atenção Psicossocial de pessoas em uso de drogas para situar as contribuições e implicações do pesquisador.

*Recordo-me de mínimas negociações com as instâncias jurídicas, tanto para tentativas infrutíferas de reverter tais processos quanto como parte dos processos que as justificava como mecanismos de proteção, na grande maioria de adolescentes em acompanhamento nos serviços ou mesmo de adultos, sendo que predominava um clima morno de discussão intersetorial entre os*

*serviços e uma fantasia de neutralidade ou de justificativa por necessidade clínica, de minha parte, em relação a essa prática.*

*Esse panorama começou a mudar, ao menos em minha experiência, de forma gradativa, principalmente a partir de 2010, quando já se percebia uma acentuação e repetição do discurso jurídico. As negociações se tornaram mais recorrentes, e em sua grande maioria nosso lugar era sempre o de tensão diante da tentativa imediata de internação para as mais diversas situações sociais e clínicas apresentadas na pluralidade do trabalho de cuidado em saúde mental.*

*Aliado a essa ação cotidiana no trabalho, o já comentado impacto do “fenômeno do crack” na mídia e a reação social de legitimação produzia efeitos definitivos nos discursos e nas relações das pessoas com os serviços e com os sujeitos usuários de drogas. Sua desumanização e a certeza mítica da internação como solução, mascarando a intenção de evitar o debate sobre os diversos problemas sociais relacionados ao uso de drogas, eram elementos definitivos no campo de intervenção e de trabalho.*

*Com isso, a Atenção Psicossocial tinha um novo velho adversário se reerguendo, o clamor pela segregação e isolamento imediato de qualquer situação ligada ao uso de drogas se apresentava no discurso de familiares, pacientes, instituições, e muitas vezes também em outros serviços de saúde.*

*Os movimentos de articulação se intensificaram, as negociações intersetoriais e burocráticas, os relatórios, os laudos, as reuniões com diversos atores, enfim, um verdadeiro movimento de resistência, nem sempre articulado, mas necessário, para continuar as ações extra-hospitalares de cuidado, e agora ainda mais contra hegemônico, já que os mesmos setores de assistência e gestão da saúde o compõem.*

*A sensação, muitas vezes, de ir contra um fluxo de produção subjetiva e clamor social pelos movimentos de internamento, que exauriam as energias e os investimentos, por causa de sua incessante repetição e continuidade, comprimindo a possibilidade de outras práticas e de outras experiências de trabalho.*

*Junto com isso, havia as pessoas, afinal. Essas que eram internadas, que queriam ser ou não internadas, os familiares que haviam visto no jornal a*

*última reportagem sobre o governante que fez convênio com tal instituição, e sempre, claro, o pedido de solução das mais diversas situações associadas ao uso de drogas que necessitavam de internação, e que seriam solucionados definitivamente.*

*São diversas experiências que me vêm a memória, e continuam acontecendo no cotidiano de trabalho. Então, em lugar de apresentar uma, prefiro a tentativa de retratar os sentimentos que me vêm ao recordar dos vários pacientes acompanhados em situações de IC, dos vários processos de IC dos quais participei com definições teórico técnicas que os compuseram ou como tentativas de reversão, enfim, compondo a “máquina”.*

*O fato é que, ao pensar nas pessoas que chamamos de usuários, pacientes, sujeitos, na tentativa de nos distanciar de sua condição humana e de suas histórias de vida capturadas pelo biopoder e emaranhadas pelos dispositivos de intervenção como a IC, fica a sensação de como produzimos e participamos da produção de armadilhas e de contenções para manter o status quo em que vivemos, às custas do extermínio subjetivo do diferente e com ganhos ligados ao poder de intervir em nome da saúde e “salvar vidas”, sem pensar em quais condições de vida.*

*Com tudo isso fervilhando, o trabalho seguiu, com alguns ganhos, algumas articulações, reflexões, mas, de tempos em tempos, algum sujeito lá confinado meses, e às vezes anos, e eu indo até lá e ouvindo e articulando e pensando, em tudo aquilo que mobilizava o sujeito e a mim, e tudo o que podia haver que não era possível se aproximar.*

*E a sociedade a distância, cada vez mais certa dos caminhos, os poderes executivos e policiais também, o discurso médico jurídico inflado e aplaudido e os sujeitos confinados, e nós trabalhadores de CAPS fragmentados entre essa multiplicidade que, às vezes, se fantasiava de “a favor” ou “contra” tal movimento de internação.*

*Essa forma sintética e alienada de se comunicar, que coloca cada um de um lado ou de outro, e sempre um contra o outro, esvaziando a possibilidade de negociação e pactuação de um comum – comum necessário à convivência humana e aos direitos do outro como humano –, e nós, trabalhadores da*

saúde, transitando de um lado para o outro desse bloco, sempre contra o outro, e isso cotidianamente.

*Essa tensão e reflexão despertou em mim o interesse em pesquisar e apresentar algo relevante sobre esse panorama atual, e também em aprofundar discussões teóricas que pudessem me fazer repensar e, claro, reformular algumas ideias e algumas práticas.*

*Desde o início, considerei que dividir as experiências de confinamento com os sujeitos que atendia tinha tido grande impacto sobre mim, e agora percebo que isso é o que mais me motivou e guiou nesse trabalho. Percebi que gostaria de dividir essa experiência, a de ouvir, de dividir, de conversar e se emocionar, e falar e pensar junto com alguém que vive essa realidade de isolamento por esses mecanismos de poder, e de construir uma impressão que pudesse ser registrada sobre isso.*

*Esse registro, longe de ser um fim, sempre me pareceu um começo, a possibilidade de saber como estão aqueles que estão por trás dos muros e das portas pesadas e de trancas que só se abrem por um lado, pelo outro lado, em que você não está.*

*Mesmo que momentaneamente, ao estar fechado e me encontrar com as pessoas para o encontro e a entrevista propostos nesse trabalho, inclusive em um hospital e em um serviço pelos quais eu circulava rotineiramente a trabalho, houve um estranhamento e uma experiência de opressão e exclusão que eu não havia percebido até aquele momento.*

*Essa é uma experiência sobre a qual ainda venho pensando, a sensação de dividir um momento de conversa, um encontro, com sujeitos que não me eram completamente desconhecidos, confinados por longos períodos, em locais por onde circulo diariamente, sendo serviços de saúde também naturais para mim. Locais onde eu nunca havia prestado atenção à morosidade do tempo, a rigidez de certas regras, aos muros altos, as portas pesadas, a inexistência de privacidade, a impossibilidade de negociação dos horários, as refeições com o mesmo gosto, o mesmo cheiro, a sensação do mesmo dia no dia seguinte. E a experiência do confinamento, a sensação evidente do fracasso social existente em cada história de isolamento com as quais tive*

*contato nesse trabalho, e com os que ficaram de fora desse trabalho, o fracasso do que nos é mais humano que é estar juntos e em relação.*

*Findo esse trecho com a evidente percepção de que meu olhar se voltou para uma dimensão da experiência humana que eu não compreendia e que me mobilizava de forma definitiva, não me paralisando, mas me inquietando, principalmente em relação ao modo como algo tão opressivo se constituía.*

Interessa pensar a dimensão em que as diversas linhas de força existentes constituem essa realidade e essa ação de IC destinada aos outros, circulam e se atualizam em movimentos de produção de subjetividade, e como nos afetam e reproduzimos essas mesmas linhas, e o quanto podemos nos ver nesses movimentos que a compõem.

Evidentemente, o interesse em nos aproximarmos do dispositivo da IC e a tentativa de pensar sua composição e seus movimentos não se finda com esse trabalho, porém ele apresenta uma síntese desse movimento, e sua continuidade se dá na impossibilidade de nos furtarmos a como tais vetores de sentido e de prática reverberam na pessoa-pesquisador-trabalhador, esperando que o mesmo aconteça com o leitor que se debruce nesse texto.

## **5.2 A análise da Implicação**

Nessa pesquisa, realizamos encontros com pessoas que viviam a internação em modalidade compulsória, em virtude de situações relacionadas ao uso de drogas. Nesses encontros, propusemos conversar e pensar sobre a situação vivida, bem como sobre as impressões e sensações decorrentes dela.

Foram entrevistas em que se fizeram muito presentes certas intensidades e emotividades, bem como tensões e conteúdos críticos, humor, dor, alegrias, sonhos, enfim, histórias atravessadas pelos dispositivos de poder e que se fazem ver nos efeitos produzidos em nós, e sobre o qual podemos dizer.

Mas o fato é que, após algumas entrevistas, percebemos que havia uma característica muito positiva nessa experiência, uma vez que o pesquisador é trabalhador do serviço que esses usuários frequentam, e com quem estes

estabeleceram uma relação de confiança e empatia importante, permitindo o surgimento de conteúdos interessantíssimos e relevantes, quando não íntimos e significativos da história desses sujeitos. Mas fez-se presente também uma sensação negativa, na medida em que percebíamos o distanciamento dos usuários do entendimento do objetivo do trabalho científico, da sua utilidade, e de como se dá o cuidado com o discurso dos mesmos, que seria apresentado em um trabalho desse tipo.

Isso nos levou a pôr em análise o lugar de pesquisador, no que concerne a como criar uma experiência de relação episódica que não tivesse origem e nem se sustentasse em uma situação de opressão, neutralidade ou indiferença de ambos os envolvidos.

Com isso, foi importante também uma troca que permitisse a construção de interesse mútuo na atividade, e a valorização do discurso não como produção de sentidos a serem avaliados ou checados em seus diversos graus de verdade generalizável, mas, sim, como experiências e relatos de valor singular que podem se inscrever nos saberes formais acadêmicos como contribuição desses sujeitos. Foi essa sensação de experiência singular e de produção de sentido em comum que foi aproximando essa pesquisa de uma perspectiva cartográfica em saúde, possibilitando uma construção de um percurso metodológico enquanto nos afetávamos pelo campo no qual estávamos inseridos, pelas histórias e pelos encontros que realizávamos.

Tal intenção, defendida na pesquisa que se deixa influenciar pela cartografia, está ligada à produção de um saber que emerge do fazer, e que reconhece o processo em que o pesquisador se relaciona com aspectos complexos da realidade, e, em particular, com a novidade que se apresenta nesse percurso, novidade de sentimentos, fenômenos, percepções, impressões, enfim, percurso de produção.

Nessa orientação de pesquisa, também exercem influência os movimentos institucionalistas franceses, tendo como expoentes e articuladores diversos autores, entre eles, René Lourau e Félix Guattari, que destacaram os aspectos políticos da pesquisa, e da produção de conhecimento nas pesquisas clínicas e sociais.

Vale lembrar que o Movimento Institucionalista teve seu desenvolvimento nas décadas de 1960 e 70 na França, junto com importante movimento social e histórico de contestação, e trouxe colaborações para a elaboração de uma crítica ligada aos processos de investigação e produção de conhecimento, bem como de seu carácter interventivo inerente.

Apoiado nesse paradigma institucionalista, o papel do pesquisador se distancia da fantasia de neutralidade e opera como um sujeito em campo que reage e estabelece relações de intervenção e transformação do objeto ao qual se volta, sendo assim, necessita de ferramentas que permitam a ele se pensar nesse processo de relação.

Uma dessas ferramentas é a análise de implicação, que constitui um movimento crítico de atenção às ligações e forças presentes nas relações mútuas entre pesquisador e sujeitos e com o campo pesquisado, reconhecendo que a produção de conhecimento se dá em uma dimensão histórica e social da atividade humana.

Os aspectos relativos à análise da implicação são pensados como crítica a qualquer neutralidade, assumindo a relevância do atravessamento de forças que compõem um “campo” de pesquisa e sua relação com próprio sujeito pesquisador imerso nesse território de forma ativa e com reverberações éticas e políticas, buscando a transversalidade, esta entendida como ampliação da compreensão em torno de uma máxima comunicação sobre essa experiência (Passos; Benevides de Barros, 2009).

Essa análise engloba desde as motivações pessoais, os aspectos inconscientes da produção do conhecimento, e principalmente as instituições presentes nos processos subjetivos e os discursos dos sujeitos envolvidos, propondo construir um entendimento da relação e na transformação do objeto estudado.

Tal conceito evidencia o jogo de interesses e de poder encontrados no campo de investigação, inclusive permitindo que o pesquisador ponha a própria instituição de pesquisa em análise, seguindo os vetores de sentido, entendendo que o pesquisador também compõe esses vetores. Dilui-se, assim, qualquer intenção de neutralidade, ao mesmo tempo em que entende-se a produção do conhecimento como esse processo de se relacionar com o campo

e compor um novo conhecimento mediante a atenção aos processos vividos no contato com esse.

Estão presentes, também, nessa análise, os aspectos institucionais da vida social, sendo que, para Lourau (1996), o termo instituição não deve ser confundido com as organizações, estabelecimentos ou locais concretos, dizendo respeito antes a uma dimensão oculta e inconsciente de sentido e ideias que atravessam os sujeitos, os grupos e as organizações, produzindo e reproduzindo processos de subjetivação, e cujo caráter é histórico, político e não natural de propagação, o instituinte.

Esse aspecto da instituição como estrutura simbólica de formação dos grupos e dos indivíduos atravessa todos os níveis dos conjuntos humanos, incluindo aí os processos de pesquisa e intervenção, sendo que Lourau (2004) dá especial atenção aos aspectos relacionados a sobreimplicação.

O autor destaca a necessidade de cautela quanto aos sentidos que o pesquisado carrega consigo, quais instituições representa e como se dá seu engajamento no campo de pesquisa, principalmente no que concerne à “subjetividade mercadoria” (Lourau, 2004, p. 190), impressa em todo trabalho e produção, sendo necessária e indispensável a reflexão acerca dessa dimensão caracterizada pelos investimentos e desinvestimentos em determinados campos da análise.

Esse contato e o esforço reflexivo e teórico técnico associado à experiência de imersão e reconhecimento dos sujeitos que compartilham o campo da pesquisa permitem ao pesquisador perceber os analisadores, eventos espontâneos presentes nos processos vividos em campo ou nos discursos que vão orientar a construção de novos sentidos e permitir a produção de conhecimento comum.

O trabalho se guia, então, tentando seguir esses movimentos e captar neles os sinais de aspectos criativos e novas formas de subjetivação e de criação de conhecimento, cujos analisadores são seus indicativos, conforme define Paulon:

Outro conceito-ferramenta legado pelo movimento institucionalista, o analisador refere-se a todo dispositivo revelador de contradições de uma época, de um acontecimento, de um momento de grupo e que permita, a partir de uma análise de decomposição do que parecia até

então como uma totalidade homogênea (uma verdade instituída) desvelar o caráter fragmentário, parcial e polifônico de toda realidade (Paulon, 2004, p. 24).

Os analisadores são alcançados, percebidos e produzidos no campo, nos encontros entre os sujeitos envolvidos, abrindo espaço para aspectos ainda não evidentes da realidade, permitindo a reflexão e a produção de novas perspectivas de comunicação e de produção de saberes singulares.

Com isso, a pesquisa pode ser entendida como um percurso que não tem um caminho definido, o que está longe de se considerar como algo intuitivo ou desprovido de recursos técnicos e teóricos; o que se questiona é a centralidade de métodos e procedimentos na apreensão da realidade e de fenômenos complexos.

O contato com tais conceitos teve importância no sentido de nos fazer questionar, e muito, a sensação de exploração do discurso dos sujeitos, a naturalidade e relação de poder implícita na ação do pesquisador e a ética no uso das falas e dos desenhos dos entrevistados.

Para tal discussão, nosso ponto de partida será a intenção do trabalho em apresentar a relevância do aspecto singular e complexo da realidade e dos processos nos quais estão envolvidos os sujeitos. Internados Compulsoriamente, realidade essa sobre a qual nos debruçamos para compartilhar com essas pessoas suas expressões e impressões sobre o tema, produzindo uma nova compreensão que permita uma forma de enunciá-la.

Esse interesse está ligado a um paradigma científico no qual o trabalho de pesquisa não remonta à herança cartesiana e, em consequência positivista, ocupada com a identidade científica de produção de verdades universais que possam ser aplicadas e replicadas, em que o pesquisador é sujeito de um conhecimento extraído que pode ser enunciado e revelado por este.

Por outro lado, a mudança de paradigma não está relacionada a uma desvalorização do pensamento tradicional, entendendo que foi processo histórico relevante na organização do pensamento científico e progressista ocidental, configurando-se como método dominante de produção do conhecimento. Porém, contemporaneamente, pudemos realizar uma crítica desse configuração, reconhecendo a relevância dos processos singulares e minoritários na complexa realidade social que vivemos.

Conforme indica Souza (2015), atualmente a produção de conhecimento eticamente tem uma ligação com a singularidade subjetiva e o contexto social que o produz, e se torna indissociável da necessidade de crítica aos mecanismos utilizados nessa aproximação com os sujeitos e fenômenos envolvidos em tal produção.

Para se dirigir a esse objetivo, são fundamentais os aspectos ligados à própria implicação do pesquisador, quando ele se distancia do discurso da neutralidade e assume que todo o ato de pesquisar está imbricado na ação de intervenção presente nesse processo. Nesse sentido, ao seguir esses aspectos éticos, o pesquisador deve reconhecer seu papel de “caixa de ressonância” (Souza, 2015, p. S77), assumindo o aspecto de uma produção de conhecimento calcada em três características importantes: a singularidade dos processos de produção de conhecimento, a dimensão de intervenção sobre si e o mundo presente nesses processos e, por último, o carácter mútuo (comum) da produção de conhecimento.

Essa posição contrasta com a forma pela se compreende a produção de conhecimento através da reflexão individual para se chegar à verdade e obter a iluminação, tal como se apresentou na antiguidade, ou aquela da modernidade, em que se percebe um agravamento do descompromisso com o outro, em virtude de o conhecimento passar a visar sua própria expansão e aplicação, unicamente.

Embora tais características relacionais entre sujeito e objeto pareçam evidentes, a centralidade de perspectivas neutras de pesquisa, alicerçadas na influência da cultura positivista na produção de conhecimento como saber generalizável e universal, teve grande impacto na formulação de metodologias de pesquisa, sendo que seu questionamento e atual desconstrução é movimento importante também nas pesquisas em saúde.

Nesse campo de produção de conhecimento, desconstruímos as ideias de universal e de verdade, considerando que a abertura de perspectivas e de entendimentos comuns têm importância na produção científica e cultural. Tem importância igualmente as tensões e relações em movimento, características do contemporâneo, e os sentidos heterogêneos e singulares produzidos de forma local, que visam impulsionar a multiplicidade existente no social.

Sua relevância está ligada ainda ao caráter de pesquisa intervenção que a perspectiva cartográfica carrega em seu bojo de proposta metodológica, entendendo que existe um processo de transformação e mudança inerente à aproximação com o campo de pesquisa, bem como à interação desse campo com o pesquisador, que deve aceitar e buscar refletir sobre essa condição de encontro intersubjetivo do trabalho de pesquisa. Tais assertivas consideram que, em toda pesquisa, há também uma intervenção sobre o objeto, sendo ela resultante de um agenciamento, de um encontro entre diferentes dimensões e intensidades de um fenômeno ou de realidades e de subjetividades envolvidas na tentativa de construir um saber comum sobre ele.

Além da crítica relacionada aos meios de aproximação em relação ao objeto e ao regime de verdades que se produz, outro questionamento relevante que encontra ressonância na produção cartográfica é a tentativa de não propor um método apriorístico, ou um percurso definido anteriormente, entendendo que a incursão em um trabalho de pesquisa e o seu desenvolvimento se constroem enquanto se realiza a experiência de produzir mudanças no objeto e no saber sobre ele.

Com isso a dimensão política da intervenção, de qualquer intervenção, mesmo a científica, evidencia a necessidade de pôr sobre a mesa os interesses envolvidos, as motivações, as possibilidades e impossibilidades existentes no campo e nos encontros dos sujeitos envolvidos e das instituições que esses representam e apresentam nos processos subjetivos. Aí se dá o processo de produção de um saber comum e singular.

A intervenção como método indica o trabalho da análise das implicações coletivas, sempre locais e concretas. A análise das implicações de todos que integram um campo de intervenção permite acessar, nas instituições, os processos de institucionalização. O que Lourau designa de implicação diz respeito menos à vontade consciente ou intenção dos indivíduos do que às forças inconscientes (o inconsciente institucional) que se atravessam constituindo valores, interesses, expectativas, compromissos, desejos, crenças, isto é, as formas que se instituem como dada realidade. A análise é, então, o trabalho de quebra dessas formas instituídas para dar expressão ao processo de institucionalização (Barros; Passos, 2009, p. 19).

O conceito de análise da implicação busca sintetizar a importância de o pesquisador considerar os aspectos éticos e políticos de sua intervenção,

colocando em análise o conjunto de forças sociais e históricas que o move, bem como as que estão presentes no campo de estudo.

Na perspectiva cartográfica, há a intenção de uma análise contextualizada e um espaço de criação do percurso, em que se consideram as transformações do campo após a aproximação do pesquisador, abandona-se a estrutura *a priori* de produção de conhecimento e se aceita a complexidade dos processos existenciais que direcionarão o trabalho de pesquisa. Esses processos influenciam também os recursos utilizados na aproximação com o campo e direcionam as formas de registro e de expressão da pesquisa, construindo um processo de pesquisar que não se pretende reproduzível em outros contextos, mas, sim, que seja útil e relevante no campo no qual está inserido.

Trata-se, portanto, de uma perspectiva de pesquisa que busca não revelar ou desvelar verdades, entendidas como aspectos ocultos da realidade que aguardam um pesquisador para serem extraídos, mas se ocupar em apresentar os vários vetores que compõem a realidade dos fenômenos, sua superfície, perseguindo os processos subjetivos e históricos que os compõem, e que se apresentam nos encontros que acontecem no campo da pesquisa.

O pesquisador, então, coloca-se como um componente desse campo, e se atem à análise dos processos que se dão, bem como direciona sua atenção aos possíveis analisadores que venham a surgir, buscando construir um percurso de pesquisa coerente e que permita expressar essa experiência e suas características singulares, sendo que tal percurso e os recursos de aproximação com o campo também levam em considerações tais aspectos.

Dessa forma o percurso metodológico se estabelece também como um instrumento de análise da implicação do pesquisador, dada sua característica de apresentar a forma pela qual o pesquisador se aproxima e se apropria do campo de pesquisa, tendo importância ainda no texto que se constrói durante e posteriormente a essa experiência.

No presente trabalho, a intenção de apresentar uma perspectiva ainda não enunciada acerca dos dispositivos e instituições relacionados à IC de usuários de drogas, a partir de um encontro com pessoas que tenham sido alvo

desse tipo de intervenção, produziu uma aproximação gradual com as características cartográficas de pesquisa em saúde.

Ao iniciar a aproximação com esse contexto, ficou evidente o encontro de vetores de forças sociais presentes nessa realidade e como tudo aquilo afetava o pesquisador, inserido em uma prática profissional na área de atenção psicossocial de pessoas que fazem uso de drogas e incursionando pela academia em busca de continuidade na sua formação.

Tal situação levou a um processo subjetivo que se intensificou no contato com os sujeitos que se dispunham a participar da pesquisa, acentuando o interesse em construir uma relação diferenciada, na qual houvesse maior horizontalidade na comunicação e que permitisse um compartilhamento de sentidos, bem como uma mudança na forma de compreender, decorrente desses encontros, em que a novidade a ser apresentada, nesse trabalho, estaria ligada a esse falar, e às reações a esse falar, aos analisadores que apareceriam no discurso e nos desenhos propostos como outra opção de aproximação do tema. Tudo isso atravessado por sentidos e tensões, poderes e conflitos, resultantes do encontro entre pessoas que vivenciam processos subjetivos contemporâneos estando em pontos diferentes do mapa social.

O que está em jogo é a busca pela singularidade do processo de pesquisar, que permitisse uma produção (que teria que se encaixar no formato de texto e imagens) que pudesse conter aspectos evidentes, porém ainda não evidenciados, sobre a experiência de ser internado de forma compulsória e como isso desperta afetos em quem fala e em quem houve.

Talvez, por isso, a intensidade da tentativa tenha despertado a aproximação com a pesquisa cartográfica, na construção desses aspectos. Ficavam evidentes a implicação do profissional da área, da militância cotidiana que se tornou o trabalho em saúde mental, do sentido de fracasso que a IC evoca, das instituições que delegam e determinam, nos poderes envolvidos e nas resistências, nos aspectos subjetivos de estar com alguém confinado, de reconhecer e ouvir cotidianamente os efeitos e isso ficar retido na prática clínica diária.

As implicações envolvidas nesse trabalho tiveram que ser desnudadas em seu desenrolar, para que se reconhecesse o sujeito que escreve e que teve o interesse em ouvir e compartilhar esses processos de internação com as pessoas internadas, estas que também se emocionaram ao contar, se mobilizaram, falaram, concordaram, antagonizaram, alcançando uma outra experiência ao fim de cada entrevista.

Tudo isso atravessado pelo contexto social e histórico do que representa a internação psiquiátrica, o uso de drogas no contemporâneo, as propostas de atenção, o atual momento econômico e social do país, que se entrelaçam aos afetos, nessa produção constante de sentido subjetivo e objetivo em nossas vidas.

De certa forma, esse texto é a síntese de uma experiência, uma tentativa estática de apresentar um momento, um percurso e seus encontros, de registrar e marcar no tempo o que foi possível acessar e construir em conjunto com as pessoas que partilharam suas vivências acerca do que esse processo atual de IC tem construído como produção de subjetividade e de história em nosso país e na vida dos sujeitos que atravessa, sejam eles trabalhadores, pessoas que buscam cuidado em saúde, ou leitores interessados na problemática.

### **5.3 A pesquisa qualitativa em saúde e a cartografia**

Como aponta Minayo (2004), a abordagem em pesquisa qualitativa tem interesse em se ater aos fenômenos e sua essência, o singular e o universal, a imaginação e a razão, a base material e a consciência, a teoria e a prática, o objetivo e o subjetivo, trazendo à tona as contradições dos discursos e também a importância da história dos sujeitos entrevistados.

Com isso, pretendemos retratar e justificar de forma coerente o percurso realizado nessa pesquisa e também as escolhas teóricas e metodológicas que o embasaram, com elementos relevantes para a compreensão de quem procura sua leitura.

Retratar o processo e esforço de aproximação de pessoas e serviços de saúde que tem história, subjetividades, que estão imersos em relações de

poder, que transitam no mundo com potências de resistências e de inovações, ou seja, que compreendem um Coletivo (definição que será apresentada posteriormente, que terá relevância nesse trabalho) múltiplo com o qual dialogamos sobre esse tema.

A percepção da complexidade das relações e dos encontros realizados na realidade da atenção à saúde, bem como seu caráter intersubjetivo, é um dos elementos que direciona o interesse dessa pesquisa, pois, conforme indicam Ferigato e Carvalho (2011, p. 669),

O desafio de acompanhar, pesquisar e avaliar os encontros e desencontros entre sujeitos produzidos pelos cuidados em saúde parece ser o elemento que aproxima e, por que não dizer, apaixona boa parte dos estudiosos em pesquisa qualitativa no Brasil, onde se dá especial destaque à participação dos distintos sujeitos que estão envolvidos nas ações em saúde, no processo de avaliação e pesquisa, sendo incorporadas suas demandas, valores, sentidos, desejos e conflitos que se fazem presentes no ato de pesquisar.

Assim, os conceitos de objeto de pesquisa e campo de pesquisa têm sua aplicabilidade e contribuição na produção de conhecimento na área de saúde (Turato, 2015), sendo que, além destes, buscamos também conceitos que permitam conexões com outras categorias de análise e que possibilitem seguir os processos que pretendemos apresentar nessa pesquisa.

É nessa realidade heterogênea que imergiremos buscando vetores que permitam descrever e relatar as experiências, não só discursivas, mas as impressões, percepções, sentimentos e construções de sentido que tenham relevância a, com os elementos das subjetividades dos sujeitos participantes e do pesquisador, tendo também importância a relação com textos teóricos e técnicos e a crítica de orientação.

O tema em questão é a experiência e vivência da Internação Psiquiátrica Compulsória, sobre o olhar e o sentir desse fenômeno social complexo e sua expressão em pacientes do serviço de Saúde CAPS AD.

Assim, colocou-se o desafio de como pensar estratégias e percursos que pudessem promover a aproximação com esses sujeitos e o embrenhamento em um universo em relação ao qual, embora estivéssemos ao lado, ainda persistia certo distanciamento, produzindo saberes apriorísticos e preconceitos que a prática profissional de saúde cotidiana constrói sobre o tema.

Para isso, essa dissertação valeu-se de referenciais teóricos e metodológicos específicos de escuta e de construção de outras formas de expressão que não apenas a fala, assim como de processo de autocrítica ao próprio trabalho e experiência em contato com esses sujeitos e claro, do apoio de um terceiro, o orientador, para refinamento e debate.

Obviamente que como projeto de pesquisa a instituição a qual pertence, não partiu do zero, mas foi fruto também de contato com uma forma de pesquisa em saúde, com caráter qualitativo, que tem tido grande importância na produção de novos conhecimentos, no fomento ao desenvolvimento e no compromisso com a continuidade e qualidade do SUS como política pública humanitária e civilizadora de Estado.

Tal perspectiva traz grande contribuição para a leitura crítica dos processos de adoecimento, particularmente na percepção dos impactos subjetivos que as ações de cuidado em Saúde Mental acarretam, bem como na análise de tema tão delicado e atual como a Internação Compulsória de usuários de drogas.

Correndo o risco de cair em certa obviedade, não há como não se referir ao impacto das obras já consagradas de Deleuze e Guatarri, em especial, a *Mil Platôs* (vol. 1, 1995), no âmbito do pensamento e da produção de discursos científicos, artísticos e filosóficos.

Com a crítica desses autores a aspectos que se consideraram alicerces do pensamento ocidental, como a primazia da busca do universal através da exploração dos sujeitos individuais ou coletivos, como estrutura isolada de enunciação, explorando sua linguagem em contato com as diversas realidades.

Com isso buscam-se processos de criação que se imbricam em novas formas de apreender os sentidos e suas multiplicidades, não buscando representações e unificações de objetos, mas construções conjuntas de exploração, pretendendo acompanhar processos singulares presentes nas realidades em que temos interesse.

Isso pensado em relação a produção científica, traz elementos relevantes a produção de pesquisas, repensando aspectos éticos, metodológicos e políticos, de quem nenhum pesquisador pode se abster e sair ileso, sem repensar o trabalho que produz.

Consideramos muito em como conduzir esse encontro de forma que os sujeitos entendessem que estávamos construindo um processo de debate e entendimento em conjunto, que não tinha interesse revelador ou de busca de verdades, mas sim como um diálogo e uma apresentação de formas de ver a própria história e a situação vivenciada, que depois seria publicizada em um texto.

Em relação a esse aspecto pudemos contar com as reflexões de Kastrup e Passos (2013), foram fundamentais, uma vez que os autores apresentam a contestação da produção de conhecimento como busca de representações da realidade, desenvolvendo a ideia baseada na produção cartográfica de plano comum, que mantenha a heterogeneidade da experiência dos sujeitos envolvidos no processo de pesquisa e que resulte em uma construção conjunta de olhares sobre estas experiências. Nas palavras dos autores:

A aposta da cartografia é na construção coletiva do conhecimento por meio de uma combinação, que pode parecer à primeira vista, paradoxal: acessar, e ao mesmo tempo, construir um plano comum entre pesquisadores e pesquisados. (Kastrup; Passos, 2013, p. 269).

Trata-se, portanto do acompanhamento de linhas de forças e de expressão entre sujeitos que compartilham um território existencial, buscando possibilidades de produzir equivalentes comunicacionais, acrescentando sentidos e ampliando a sensibilidade dos envolvidos, através de esforços de atenção por parte do pesquisador.

Conforme indica Kastrup (2007), essa atenção tem importância fundamental no trabalho do cartógrafo, não de forma intuitiva e nem como técnica, mas como um avanço da atenção flutuante psicanalítica, desdobrando-se em quatro variedades de atenção: o Rastrear, o Toque, o Pousar e o Reconhecimento Atento. Tratam-se de modalidades de “funcionamento atencional” que podem ser vistas como formas de o pesquisador lidar com sua atenção e voltá-la aos conteúdos e às experiências ocorridas no espaço de pesquisa e no encontro com os sujeitos, com o interesse de estabelecer uma “atenção sensível” que possa seguir o caminho de ativar em conjunto a emergência das potências virtuais comunicacionais que ganham existência ao se atualizar.

Para tal, além dos encontros com essas pessoas, tivemos também que iniciar um esforço de empreender conceitos metodológicos e teóricos, já comentados, que estivessem em consonância, mas que permitissem também a valorização e a crítica do material.

A aproximação com os olhares de autores que empreendem o desenvolvimento com as perspectivas cartográficas de pesquisa teve importância definitiva nesse trabalho.

Desde o início, percebemos que este projeto não se dispunha a retratar verdades, a tal verdade científica universal e progressiva que nos permitiu o avanço tecnológico e a progressão, desenvolvimento e domínio da vida sobre o planeta com diversas melhorias e ganhos a nossa espécie, mas que também, destrói o ecossistema em que vivemos devido sua subserviência ao capital e a organização econômica.

Ao contrário, nosso interesse foi o de relatar histórias, discursadas por quem as vive, que tivessem importância no debate acerca de uma prática social de ação sobre os corpos e mentes de outras pessoas, mas com valor sim técnico científico, para que pudesse ser lido por outros dentro dessa arena de debates.

Devido isso a proposta cartográfica trouxe uma contribuição importante, por reconhecer a necessidade de atenção a multiplicidade e o conjunto de forças que compõem situações sociais complexas, sem o interesse de buscar verdades totalizantes, mas sim tentar agenciar a emergência de outros discursos sobre tais fenômenos.

É característica desse recurso metodológico pôr em evidencia a singularidade dos processos estudados em campo, pensando na produção do conhecimento com características locais e comuns, inscrevendo-se como uma forma de pesquisa intervenção. De outra parte, evidencia-se também o caráter processual dos fenômenos, não só em relação ao processo de construção do método de pesquisa, seu percurso e execução, mas também no entendimento da realidade a ser investigada, de modo que, para apresentar aspectos desta, é necessário acompanhar essa experiência e suas vicissitudes. Nessa perspectiva, evidencia-se a importância de valorizar os processos vividos por determinados coletivos ou sujeitos, não com o intuito de

extrair verdades, mas de realizar em conjunto a emersão de sentidos construídos por esses coletivos quando vivenciam determinadas experiências e fenômenos complexos.

Essa ideia de investigação de processos, conforme apresentam Barros e Kastrup (2009), tem uma dupla definição, estando ligada ao processamento do ato de estar em um território, em um encontro no campo de pesquisa e com os sujeitos que o compõem, e também à ideia de processualidade, reconhecendo a história da pesquisa, de maneira que esta, longe de ser realizada em etapas definidas, ocorre em momentos de produção de sentido e práticas relacionados entre si, conforme nos relacionamos com os processos, sujeitos e territórios pesquisados. Esses territórios, para além de características representacionais ou de produção de informação, possuem uma dimensão singular, é essa dimensão singular que pode produzir, no agenciamento dos sujeitos envolvidos na pesquisa, novos saberes, sentidos, impressões e expressões sobre o tema, abrindo a possibilidade de construir uma nova experiência no território existencial dos sujeitos, fomentando assim, mudanças no nível macro e micropolíticos das relações humanas.

Consideramos que essa possibilidade teórica teve um engajamento importante com o objetivo de pesquisa, e levou a ter segurança na proposta desse trabalho enquanto algo inédito, não por ser novo, pois as considerações dos sujeitos alvos de ações estão aí disponíveis em todo espaço intersticial das instituições pelas quais esses circulam.

Essa compreensão da possibilidade de apoiar a emergências desses sentidos e significados e das forças que os atravessam implica não um texto produtor de verdades, mas produtor de olhares sobre as verdades que estão envolvidas nesses processos de Internação Compulsória, residindo aí certa novidade no desenvolvimento deste estudo.

Com isso, chegamos finalmente a uma importante posição ética, um vez que esta pesquisa engaja-se na produção de saberes relevantes para o atual momento de resistência das políticas reformistas, comprometidas com os direitos dos sujeitos a que se destinam.

De outra parte, consideramos relevante a contribuição ao processo de produção subjetiva vivida pelo pesquisador, resultante da ação de se voltar

para os sujeitos que compartilharam seus saberes, sentimentos, impressões e entendimentos em relação a esse tema.

Importantes pontos de tensão foram percebidos, outros certamente nos escaparam, mas esperamos ter constituído uma construção teórica válida e de importância a outros trabalhadores de saúde.

Findamos a apresentação das escolhas teórico-metodológicas feitas com a citação que nos é mais cara neste capítulo, já que às vezes percebemos que alguém já disse algo de um jeito melhor do que poderíamos dizer, não sendo possível superar, então roube e termine com ênfase:

Llevándolo a la discusión de la producción del cuidado, podemos imaginar que los procesos de trabajo traen en sí la singularidad de los territorios existenciales, en los cuales se inscriben los trabajadores, pudiendo ser, por ejemplo, territorios existenciales que expresan como valor el acogimiento, el vínculo y el cuidado-cuidador, o lo inverso. Y es esto lo que va a definir si el cuidado que se produce es de un modo o de otro. (FRANCO; MERHY, 2011, p. 14).

Com esta breve contextualização, esperamos ter exposto o percurso realizado até aqui, nesse projeto de pesquisa, destacando suas escolhas teóricas e metodológicas, bem como sua intenção de relevância e de contribuir ao saber acadêmico no debate acerca da Internação Compulsória, com especial olhar sobre os sujeitos envolvidos e sobre o texto que construímos em conjunto com estes.

#### **5.4 O campo de pesquisa e o coletivo**

Esta pesquisa foi realizada com pessoas que fazem tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, chamado de Independência, serviço de saúde que fica no município de Campinas, segunda maior cidade do Estado de São Paulo, com população de cerca de 1 milhão e 100 mil habitantes.

Este serviço tem como área de atendimento a região sul do município. Trata-se de região heterogênea, compreendendo bairros de infraestrutura satisfatória e outros de ocupação e com urbanização precária, onde se

concentram cerca de 300 mil habitantes, com relevante necessidade e utilização dos serviços prestados pelo SUS.

O CAPS AD Independência está em atividade desde 2007, em modelo tipo CAPS II, com horário de funcionamento das 7h00m às 19h00m, e é referência para 15 Centros de Saúde, recebendo pacientes das unidades de urgência, emergência e pronto atendimento e também de serviços hospitalares, de internação e serviços intersetoriais. Recebe também pacientes por demanda espontânea em todo o período de funcionamento.

Outro serviço também visitado nesse trabalho foi o Núcleo de Retaguarda, espaço que realiza função de internação e tratamento intensivo em regime hospitalar, com equipe inter/multidisciplinar, para pessoas em situação de crise psíquica em virtude de transtornos mentais graves e decorrentes de situações de uso de substâncias psicoativas. Este serviço é acessado através de uma Regulação de Vagas do município de Campinas e, no momento, possui 40 vagas de internação psiquiátrica.

Tanto o Núcleo Retaguarda quanto o CAPS AD Independência são gerenciados pelo Serviço de Saúde Cândido Ferreira, instituição beneficente, associação civil de direito privado, sem fins lucrativos que na década de 1990 firmou acordo com a Prefeitura do município de Campinas, tendo como seu campo de atuação o atendimento com fins exclusivamente públicos, ligados ao SUS.

Atualmente, a instituição tem grande importância na sustentação das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) do município, gerenciando diversos serviços de saúde mental, entre eles, Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos, Núcleo de Retaguarda, Ações de Geração de Renda e Investimento em Formação, num esforço de continuidade das políticas reformistas na área de saúde mental no município.

Dessa forma, utilizaremos o conceito de coletivo, apresentado por Moura (2003), entendendo os serviços de saúde mental e as pessoas que ali habitam e circulam como sujeitos em constante produção subjetiva, alimentados e alimentando o conjunto de forças, poderes, saberes e sentidos presentes em uma realidade que se define pela sua multirreferencialidade.

Essa realidade heterogênea e múltipla está presente nos relatos e na análise das entrevistas resultante dos encontros, numa tentativa de possibilitar ao leitor uma aproximação das experiências e vivências singulares das pessoas que tiveram a experiência de IC.

## **5.5 O percurso**

Esta temática de pesquisa teve origem, evidentemente devido todo o debate acerca do tema que percebemos atualmente, e também na reação do pesquisador, enquanto psicólogo trabalhador de um serviço de saúde tipo CAPS AD, em uma prática diária entrecortada por essa questão e por todas as multiplicidades, tensões e experiências provenientes dessa situação.

Inicialmente realizamos uma negociação e apresentação do projeto de pesquisa para a equipe de trabalho, posso dizer que com certa insistência, tentando promover um debate na reunião geral que ocorre semanalmente.

Devo reconhecer que realizamos certo investimento e um tanto de esforço de convencimento sobre a importância que achávamos que essa pesquisa poderia ter no momento atual. Com esse intuito realizamos conversas em diversos momentos do cotidiano de trabalho, e julgamos que isso teve certa relevância para a valorização da proposta por parte da equipe.

Durante essa apresentação oficial do projeto em reunião de equipe, propusemos o debate e ouvimos com atenção apontamentos feitos pelo grupo, relatamos a forma como haviam sido pensadas as entrevistas e o interesse em tentar buscar usuários que a equipe se recordasse que tivessem vivenciado situações de Internação Compulsória.

Até aquele momento, ainda não sabíamos quantas pessoas nessa situação encontraríamos; decidimos, então, pesquisar, com ajuda da equipe, o histórico de pacientes que tivessem passado por tais experiências de forma marcante e tivessem interesse em conversar sobre elas. A equipe iniciou, então, um processo de recordar e remontar diversos casos antigos e atuais em que os pacientes relatavam vivências de Internação Voluntária e Involuntária (poucas judiciais) de forma marcante, e indicavam com frequência, históricos de pacientes que tinham vivido tal experiência.

Na proposta aos usuários, durante a assembleia no serviço, houve indiferença em relação à proposta e algum receio inclusive em falar sobre o tema, o que produziu certo espanto, demonstrando o impacto desse assunto entre as pessoas que realizam tratamento no serviço, ao menos naquele momento.

Desse processo, resultaram três entrevistas iniciais nas quais foram trabalhadas a forma de abordagem do tema e a aproximação com os sujeitos, inclusive com um aprendizado, de minha parte, voltado para a proposta de representação gráfica, e como realizá-la.

Nas entrevistas, pensadas como um dos elementos do encontro, utilizamos uma abordagem aberta, na tentativa de estabelecer uma relação com a horizontalidade possível naquele momento, sem desconsiderar a implicação do pesquisador, mas construindo, em cada encontro, uma escuta e uma parceria com o entrevistado.

Também os desenhos foram pensados nessa perspectiva de ferramenta que permitisse a expressão e a produção de um novo saber, de um saber comum e compartilhado, como uma história que se conta a alguém e que tem sentido e valor mediante a experiência da escuta do outro, de recepção e de troca dos afetos envolvidos nessa possibilidade de comunicação.

Esses três sujeitos iniciais não viviam situações de internação no momento, e tinham motivações pessoais e políticas para opinar sobre o tema, embora tenham sido participações valiosíssimas, suas entrevistas não entraram no material de análise, em razão do interesse em pessoas que tivessem vivenciado a situação de IC. Suas produções gráficas foram utilizadas como ilustração nesse trabalho.

Abordamos também alguns grupos terapêuticos e oficinas terapêuticas que aconteciam no serviço, discursando sobre a proposta, resultando em uma entrevista bastante importante que, apesar de o sujeito em questão não ter vivenciado uma situação de IC (na verdade ele nunca vivenciou nenhum tipo de internação psiquiátrica, mesmo com período longo de tratamento), trouxe elementos extremamente importantes e relevantes, dada a singularidade de seu relato.

Concomitante a esse processo, e já com certa experiência em função das entrevistas realizadas no serviço, foi iniciado processo de comunicação com a equipe do serviço de internação, para que fossemos alertados de situações de IC de pessoas que tivessem histórico de tratamento em CAPS.

Realizamos, então, duas entrevistas com pacientes internados mediante ação compulsória, e uma com um paciente internado voluntariamente, que já havia passado por Internação Compulsória e uma outra Internação Involuntária, todos pacientes em processo de acompanhamento do CAPS AD.

Isso contextualizado, gostaríamos também de fazer algumas considerações em relação à opção de realizar entrevistas e a proposta de representações gráficas que utilizamos como recurso de expressão e de comunicação com os sujeitos, sendo que os encontros se iniciaram sempre com a leitura do TCLE em conjunto.

Utilizamos o TCLE como oportunidade de explicação sobre o contexto da pesquisa, e iniciávamos um processo de conversa relativa à história do pesquisador e a história desse projeto de pesquisa, e o interesse em realizar uma conversa sobre o tema, relatando o valor pessoal que tinha aquele encontro, esclarecendo dúvidas e tentando valorizar o relato do sujeito a ser entrevistado. Feito isso, dávamos início às entrevistas gravadas em áudio, para posterior transcrição – em relação a estas, tentamos produzir um manejo cartográfico da entrevista, que busca a emergência dos aspectos ontológicos do discurso, ou seja, o plano coemergente dos conteúdos representacionais possibilitados pela comunicação com o outro, integrado aos aspectos experienciais, cronológicos de vida que é narrado, conforme indicam Tedesco, Sade e Caliman (2013).

Seguindo ainda as reflexões dessas autoras, a entrevista não deve ser enxergada como mediação de acesso à experiência, ela deve ser a própria experiência, a própria experiência compartilhada, “produzida e ostentada na prática languageira da conversa em curso na entrevista, que a cartografia elege como seu objeto”. (Tedesco, Sade; e Caliman, 2013, p. 304).

Abandonamos também o roteiro de entrevista que havíamos utilizado, inicialmente, nas primeiras entrevistas, fazendo esforço de aguçar a atenção e produzir abertura aos rumos que as pessoas, com as quais conversávamos,

davam ao encontro, permitindo o trânsito por conteúdos que, à primeira vista, estariam se distanciando do foco da entrevista, mas que, ao contrário, percebemos, ao lidar com o material emergente, que tem sua importância de estar lá, naquele momento.

Conforme a situação era conduzida como um encontro, como uma conversa, e menos como uma entrevista para coleta de dados, fomos produzindo uma postura de pesquisador mais próxima do que cremos como postura ética ao lidar com outros sujeitos.

Os indivíduos sentiram confiança para relatar seus sentimentos, opiniões, crenças, valores, enfim um discurso rico que foi o material de análise, que será apresentado com objetivo de retratar, nesse contato com o pesquisador, seus olhares sobre essa experiência e sobre o fenômeno social complexo que é a internação compulsória, a partir do ponto de vista quem vive a experiência.

Esse retrato não tem interesse generalista ou universal, mas, sim, singular e dentro de um certo momento histórico e social dos sujeitos e instituições envolvidos em sua produção, principal objetivo desse texto, apoiado na perspectiva de metodologia cartográfica de pesquisa em saúde, conforme apresenta Souza (2015).

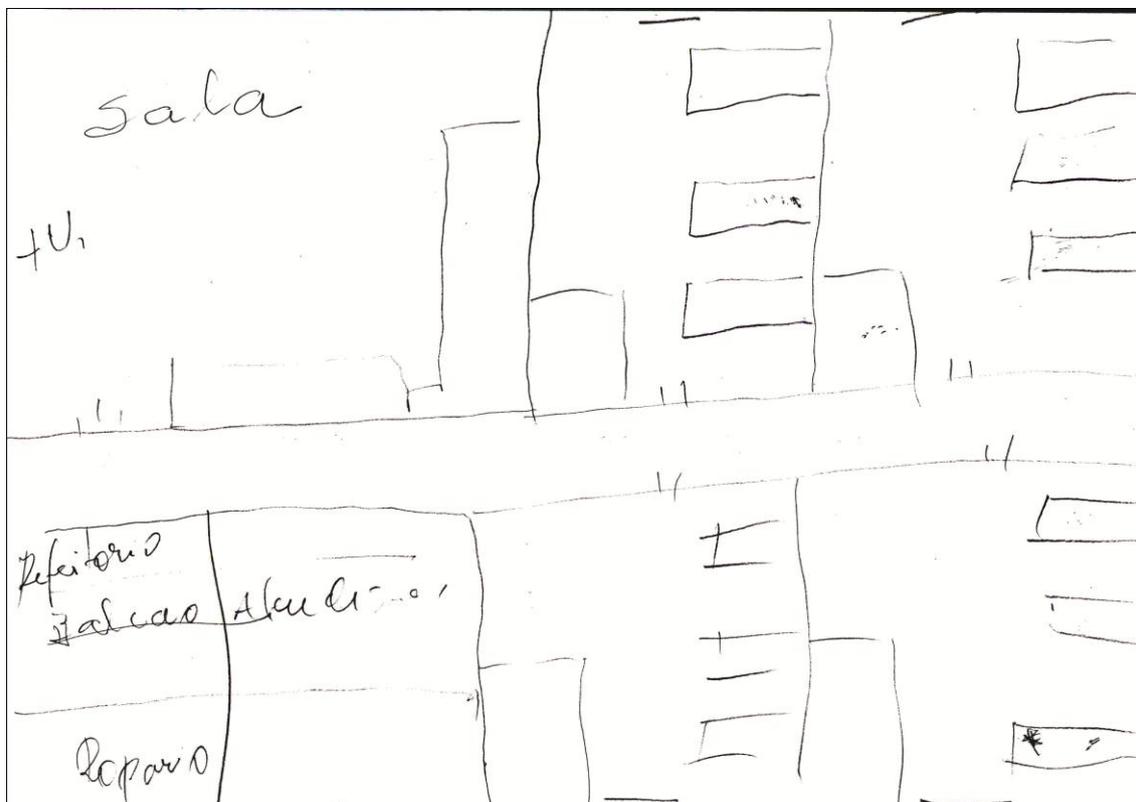
Outro ponto importante foi a inesperada valorização dos entrevistados da representação gráfica proposta ao final como elemento não verbal, que entraria também como expressão a ser analisada, e que achamos que seria alvo de desinteresse ou constrangimento, mas que, ao contrário, trouxe importantes considerações.

Dessa forma, nos voltamos para essa experiência e o pensar sobre ela, dando início a essa aproximação, sendo que mantivemos uma única ideia que não mudou ao longo de todo esse percurso, que é a de ouvir e ver essas pessoas e estar com elas com disposição para perceber e estar atento aos sentidos que relatam quando vivenciam a experiência de estar internadas compulsoriamente, ou as decorrências desse acontecimento em suas vidas.

Não temos receio de que isso possa soar simples, pois quem lê sabe que a vida humana não é simples e muito menos sua história. Com essa cautela adentramos e orbitamos, e por vezes nos distanciamos dessa questão,

mas sempre tendo-a como centro de gravidade dos encontros intersubjetivos de onde vieram os elementos discursivos em análise nesse trabalho, que será apresentado no capítulo seguinte.

## 6 NARRATIVAS, DESENHOS E HISTÓRIAS: APRESENTAÇÃO DAS ENTREVISTAS E DISCUSSÃO



*“Uma Prisão”, representação de uma Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral, realizada durante entrevista com um participante dessa pesquisa.*

Para apresentar as histórias que foram contadas e ajudar na reflexão à qual esse trabalho se propõe, apresentaremos breves narrativas com destaque para a fala dos sujeitos entrevistados, bem como a reprodução de seus desenhos e o relato deles sobre esses.

Tal escolha segue a perspectiva metodológica cartográfica, valorizando, nessas comunicações, seus aspectos singulares, que apresentam um processo subjetivo e intersubjetivo atravessado pelo debate acerca do tema da IC e ocasionado pelo encontro com o pesquisador.

Evidente que existe uma necessidade de síntese nessa apresentação, e ao mesmo tempo uma tensão dada a riqueza de conteúdos e a intensidade do

debate ocorrido, bem como os já citados aspectos de percepção dos analisadores factuais ou discursivos presentes.

Diversos autores destacam os efeitos e os aspectos subjetivos decorrentes da ação de narrar os eventos da própria vida, dentre eles chamo atenção para a consideração relativa ao aspecto político de tal ato, apresentado por Hyden (1997), como processo de julgamento e entendimento das situações vividas e as características de percepção sobre a própria vida também presentes, como pontua Donald (2002).

Longe de qualquer caráter interpretativo ou transcendente, o aspecto que nos interessa nessa apresentação é permitir ao leitor se aproximar da experiência relatada e apresentada na interação com o pesquisador, de modo a possibilitar seguir um fio condutor pelas análises que serão apresentadas.

Em nossa perspectiva, as narrativas se assemelham a fabulações, histórias que nos permitam, através do discurso compartilhado, perceber as instituições e as forças ligadas ao biopoder que atravessam os processos subjetivos dos sujeitos.

Segundo Rorty (2007), a linguagem e a narrativa permitem pôr em destaque experiências significativas para si mesmo e para os outros, e construir novas capacidades metafóricas para o que vivemos, permitindo inclusive significar experiências intensas da nossa história.

Dessa forma, os desenhos também são apresentados nesse intuito de imagem como síntese de sentidos e expressões que se aliam ao verbal e, às vezes, superam essa comunicação na forma como tocam o interlocutor, retratando nossas impressões, crenças, interesses e desejos sobre o mundo.

Embora estáticos, estes desenhos têm o importante papel de apresentar indicativos dos processos subjetivos e de comunicar e afetar o outro através das questões ao mesmo tempo íntimas e de alcance coletivo que expressam.

Dessa forma, tal apresentação se encaixa como mais uma etapa desse trabalho, objetivando a apresentação e publicização de uma experiência compartilhada entre pesquisador e esses sujeitos, que permite reconhecermos uma dimensão ainda não muito evidente sobre o fenômeno da IC.

Abordaremos aqui, também, os aspectos que fazem transparecer os efeitos e impactos do biopoder evidenciados nos encontros com as pessoas

que viveram situações de Internação Compulsória, utilizando reflexões consequentes dessa experiência para enriquecer e direcionar a discussão desse trabalho.

Toda essa discussão está alicerçada em impressões, sentimentos e reflexões despertados e posteriormente trabalhados, decorrentes dos encontros realizados, sobre quais as linhas de força e de sentido que percorremos com os sujeitos e em nossos discursos compartilhados, bem como quais as instituições e implicações foram evocadas em relação ao nosso tema de entrevista.

### **6.1 Fabrício**

Fabrício é um jovem bastante magro e com a aparência frágil, com 28 anos de idade, aparentando um pouco mais, por causa de seu corpo esguio e encurvado, com diversas marcas de expressão no rosto e mãos, e um pouco menos, em virtude de seu jeito de falar e de seu riso fácil.

O entrevistado já experimentou situações de Internação Compulsória e Involuntária, e isso tem representações importantes para ele, aparecendo diversas vezes em nossa conversa o aspecto repressivo dessas experiências, e as marcas na sua história.

Percebemos o quanto ele está subjetivamente enredado nas tramas de um poder sobre a vida que se exerce, principalmente, entre essas duas instituições, a IC e a II e a família, perpassando toda uma rede institucional.

Desse modo, as modulações subjetivas que se operam são movimentos na direção de se adequar, se adaptar, às vezes, resistir, simular uma melhora, mas sempre sob a pressão e os efeitos desta. Esporadicamente essa articulação de poderes chega ao limite de intervenção em sua vida, extrapolando os aspectos simbólicos, afetivos e suas lembranças, e concretamente o levando para a situação de restrição em ambiente hospitalar.

Em nosso encontro, a percepção de um aprisionamento e a limitação de movimento na vida se evidenciou, sugerindo a relação de um sujeito que se localiza entre essas engrenagens que representam as ligações do poder médico e jurídico, que perpassam os serviços de atenção e mesmo a

instituição familiar, que agem sobre todos os usuários de drogas que estão na posição de doente, ou anormal.

Tal percepção foi reforçada pelo fato concreto de estar no local de internação de forma voluntária, porém, local esse onde já havia sido internado no passado, de forma compulsória, estando isso cotidianamente presente como elemento ameaçador para ele e sua liberdade.

Fabício realiza tratamento no CAPS AD Independência desde dezembro de 2008; no início, com tentativa de engajamento e participação mais efetiva, depois se distanciando do serviço e realizando acompanhamento irregular, que se tornou esporádico até se distanciar totalmente. Por essa razão, o CAPS passa a realizar visitas com certa frequência, geralmente seu profissional de referência é acompanhado de outro, inicialmente com apoio e participação da equipe de saúde da família, que com o tempo se distancia, restando somente o CAPS em tal ação.

Ele reside com a mãe, com quem tem importantes conflitos que chegam a situações de agressão mútuas, seu pai reside no mesmo bairro, a alguns quarteirões, e tem contato mais distanciado com o ele.

Fabício faz o uso de cocaína inalada, crack e álcool de forma muito nociva e com traços de compulsão, em diversos momentos. Apresenta quadros de abstinência e fissura significativos, sendo sua atividade exclusiva o uso e a busca de recursos para compra da droga – isso define também sua circulação no bairro e seus conflitos com familiares.

Associada a essa situação, ele apresenta quadro, desde a infância, de *diabetes mellitus* sem nenhum tratamento e com constantes situações de impacto em sua saúde, uma vez que usa medicação e não adota estratégias de cuidado em relação a isso, ao contrário, tem grande predileção por alimentação rica em doces.

Após certo período de piora significativa, a família inicia aproximação com a Defensoria Pública e outras instâncias jurídicas, para solicitar sua internação compulsória. Ao mesmo tempo, o CAPS, como serviço de referência, dá início ao processo de negociação para atendimento em conjunto desses familiares, em parceria com a Defensoria Pública, que prontamente concorda.

Nesse atendimento interinstitucional, os familiares relatam a situação e sua iniciativa em procurar a internação judicial, que já haviam realizado anos atrás. Os serviços propõem, então, uma série de visitas e investimentos de busca ativa para que o paciente retomasse o tratamento, tais ações ocorrem sem sucesso e se evidencia o quadro grave de Fabrício.

Ficou evidente a importância da articulação dos serviços de saúde com instâncias jurídicas que possam negociar nessa arena, em especial as parcerias com a Defensoria Pública, como foi apresentado, necessitando pensarmos em mecanismos que possam desempenhar importante aliança para propostas de ação de resistência às ações compulsórias, não só de forma isolada, em casos específicos, como seu uso de forma coletiva.

Após essa situação, percebemos que seria inevitável a IC do paciente, em razão de sua recusa em atendimento e da continuidade da piora do quadro, sendo que as idas ao domicílio acabam por nos aproximar novamente de Fabrício, e iniciamos tentativas de conversa e negociação com ele sobre a possibilidade de que aceitasse uma IV gerenciada pelo CAPS.

Apesar de nossa proximidade, o jovem não aceita a proposta, e, em reunião com os profissionais da Defensoria, estes evidenciam a iminência de sua IC, sendo que isso somente seria revertido através de uma ação de II anterior e sua imediata comunicação ao Juiz.

Em razão do relato do paciente sobre a experiência extremamente negativa de sua IC de cerca de 6 meses, ocorrida no passado, e a percepção do serviço de prejuízos à sua vinculação e ao seu projeto de cuidado, bem como de subsequente isolamento e piora importante após a alta relatada em prontuário do serviço, decidimos gerenciar a sua II. Os serviços se unem, então, para proceder a ação involuntária, que poderia fazer retroceder o pedido de Internação Compulsória em trâmite nas instâncias jurídicas. Como eram feitas visitas frequentes, era possível perceber também a piora gradativa e evidente do quadro e a gravidade dos conflitos familiares.

Nossa proposta é que, com a proximidade do paciente durante o período de internação, e planos de cuidado compartilhado com o hospital onde ele fosse internado, teríamos mais ganhos no cuidado e na vinculação de Fabrício com o serviço.

Outra diferença em relação à IC e II, é que a alta da IC está sempre vinculada à necessidade de autorização judicial, o que leva a longos períodos de internação, só aumentando aspectos de iatrogenia e cronificação, bem como à impossibilidade de licenças e idas a atendimentos no serviço de referência, devido à responsabilidade e necessidade de comunicação de qualquer trâmite ao processo jurídico envolvido com a internação.

Acreditávamos também que se gerenciássemos as etapas de remoção e internação, poderíamos fazê-lo de forma menos danosa ao sujeito, menos traumática e até com algum grau de pactuação ou negociação com ele, a partir de negociação com as equipes de urgência e emergência envolvidas.

Pretendíamos diminuir os trâmites burocráticos envolvidos no processo de IC, que também oneravam o serviço com pedidos de relatórios e laudos a serem anexados ao processo, e aproximar os familiares do serviço, em alguma medida, já que eram ouvidos em seu pedido de internação, tentando estabelecer uma relação de valorização do CAPS por parte desses.

Em uma última visita ao paciente, realizamos o pedido para que nos acompanhasse ao serviço, e, após negativa, informamos a ele que teríamos que recorrer a essa ação, inclusive informando a nossa decisão de realizar sua internação em detrimento da internação judicial, bem como os motivos para fazê-lo.

Após solicitação de vaga de internação, tivemos sinalização positiva da Central de Regulação de Vagas Municipal, apesar de nossas tentativas em realizar esse processo de ação involuntária no CAPS, não foi possível, visto o paciente ter se recusado a comparecer ao serviço.

Tivemos que solicitar ação de abordagem do SAMU. Depois de uma difícil negociação, uma unidade se desloca ao domicílio de Fabrício e realiza abordagem de remoção, acompanhada de uma viatura da Guarda Municipal, uma vez que havia possibilidade de hostilidade por parte do paciente.

Assim se dá a organização entre os aspectos jurídicos, de segurança pública e de saúde, agenciados para a intervenção de internação sobre o sujeito, apoiados nas premissas de controle, de manutenção da ordem e de necessidade de cuidado e preservação da vida, evocados e justificados na ação.

Os argumentos para tal execução, apoiada em aspectos impositivos, se atualizam nas instituições, nos profissionais de saúde, da área jurídica e de segurança pública, articulando-se para intervir na pessoa alvo do processo de internação.

Nesse âmbito, diminuem os elementos de pactuação e de autonomia na relação com o outro, e esbarramos em aspectos de limitação do projeto de cuidado que desenvolvemos no serviço, evidenciando-se o dilema entre tutela, direitos, liberdades, autonomia e cuidado em saúde, no dia a dia de trabalho na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, intensificado em uma situação-limite com o sujeito.

Isso trouxe à tona o quanto os serviços de atenção, imersos em lógicas burocráticas e judicializadas, dentro desse clima de legitimidade das ações compulsórias, acabam compondo e reafirmando esse lugar quando não possuem meios para se libertar dessa lógica.

Tal experiência embasa, nesse momento, esforços para que possamos pensar se existem possibilidades e recursos de gestão do trabalho na RAPS para efetivação de estratégias que busquem lidar com tais ações sobre usuários atendidos nos serviços de saúde mental que tenham definições de internações involuntárias ou compulsórias, levando em conta aspectos reformistas e de resistência, baseadas na contratualidade com os atendidos e pactuação com os serviços que realizam a abordagem e a remoção.

A delicada situação de saúde do paciente, bem como sua necessidade real de internação psiquiátrica, acaba por levar à utilização do recurso da II, com sua remoção através de serviço de urgência (SAMU), situação que o sujeito relata dando destaque à agressividade e violência da situação:

*Esse dia foi assim, eu tava no meu quarto usando droga, aí chegou a ambulância, eu tinha recaído fudido mesmo foi no crack, que me derrubou, aí eu tava no quarto lá usando droga e chegou a ambulância e a polícia, aí minha mãe falou assim “é vai que você vai internar” e eu não eu não vou não, e aí eles tentaram arrombar a porta assim e eu tentando segurar pelas costas assim na porta e apoiando o pé, porque o armário do quarto era tipo aqueles armários*

*embutido, de concreto, e aí eu ia apoiando e apoiando e usando droga, segurando a porta...*

*Aí sem querer a minha mãe pôs o braço assim e eu dei uma puxada, meio sem querer e machucou e tudo ela, aí eles entraram e já pegou eu e amarrou tudo e me pôs na ambulância, amarrou, eu tenho as marcas até hoje nos braços, das faixas...*

Ao dizer isso, Fabrício mostra marcas em seus braços, e fica evidente o impacto concreto e simbólico daquela experiência. Isso me estremece um pouco, nossa conversa se interrompe, pois para por um instante para refletir.

Mencionamos com especial importância que a discussão do caso, em algum momento, com equipes do SAMU foi feita pelo pesquisador na condição de profissional de referência do paciente, discussão em que foram relatados aspectos das crises de heteroagressividade do paciente e a necessidade de cautela na abordagem.

Óbvio que não estamos ligando os fatos concretamente, mas nos vemos nessa articulação do biopoder operando sobre o corpo do outro, o outro que é o doente, e com isso justificando a ação de intervenção com resultantes de impacto doloroso para o indivíduo, sua subjetividade e seu corpo, em nome da preservação da sua vida.

Pensamos na reprodução do discurso da periculosidade sobre o paciente usuário de substância ou no reforço de seu caráter agressivo que, às vezes, justifica a violência da ação de remoção e internação, como parece ter sido o caso, e onde acabamos, nós profissionais, nos imbricando nesse exercício de poder em nome do que acreditamos ser necessário para o paciente.

Apesar do quadro de crises ligado ao uso de substância estar relacionado, em alguns contextos, com comportamentos agressivos ou situações de expressão da agressividade de forma danosa ao indivíduo ou pessoas próximas, o que fica evidente, nesse trecho, é também a resposta igualmente agressiva do aparato que se coloca como acolhedor, mas que evidencia o caráter repressor e reprodutor dessa violência.

Dessa forma, podemos utilizar esse caso para entender uma situação de abordagem violenta para remoção, resultado de uma articulação realizada por profissionais de saúde que reproduziu o estigma social da pessoa usuária de drogas.

Goffman (1978) apresenta análise desses processos de estigmatização. Para o autor isso ocorre quando se aplica uma marca como característica de desvalorização de um sujeito ou grupo perante a sociedade, permitindo sua discriminação social e pública, incluindo aí também um efeito cíclico, no qual o estigma encoraja o preconceito e a discriminação, e estes, por sua vez, reforçam a ocorrência do estigma.

Acreditamos que seja conceito válido em relação a Fabrício, na medida em que sua situação de usuário de crack definiu, por parte dos profissionais de saúde, uma visão calcada em aspectos específicos, como a imprevisibilidade de ação, a propensão à agressão, entre outros comportamentos que justificam suas ações de intervenção.

Mesmo que tais intervenções, discursivamente, estejam calcadas em aspectos técnicos, podemos perceber seu grau de violação de direitos básicos e de inegável violência em resposta a uma suposta e possível violência do sujeito estigmatizado, que se viesse a ocorrer (não foi o caso), daria ainda mais legitimidade para tais práticas.

Em particular, na situação relatada, o que se evidencia é que os agentes sociais de saúde, através de suas ações, podem colaborar e ser agentes de reprodução desses estigmas, levando a intervenções que se agenciam com o aparato punitivo e legalista representado pela polícia e demais forças de ordenamento social.

Podemos utilizar nesse momento, elementos da experiência decorrente da ação de destacar a equipe do SAMU que realizaria a abordagem, que haviam relatos de postura agressiva do paciente nos registros de prontuário no serviço.

Esse destaque tinha também como objetivo salvaguardar os profissionais do setor de urgência e emergência em relação a possíveis dificuldades na abordagem, porém não é desprezível o quanto contem também uma mensagem que evidencia e reforça o estigma da periculosidade do

indivíduo, ao se valer de aspectos comportamentais pregressos de seu histórico, tentando praticar uma predição que justifique seus atos, quer aconteçam ou não.

Essa relação se atualiza e se reproduz também em nós, profissionais ligados ao cuidado, até porque informações desse tipo direcionam aproximações já com aspecto autoritário, ainda mais para efetivar internação de cunho involuntário ou compulsório, impedindo outras formas de negociação ou de propostas de contato menos agressivas ou invasivas; somos, às vezes, capturados e tornamos protagonistas de um discurso que culmina em ações que reforçam e estigmatizam as pessoas que buscam os serviços com objetivo de tratamento.

Tal ênfase nos possíveis aspectos violentos do sujeito acaba resultando em uma resposta de forte opressão e agressão por parte do aparato de ação, composto por equipe do SAMU e serviços de segurança, distanciando-se de qualquer abordagem que tenha algum sentido de ajuda ou efeito terapêutico sobre o sujeito, e de igual maneira, distanciando-se de forma desastrosa dos preceitos da Atenção Psicossocial.

Conforme nos conta Fabrício, seu contato inicial com a equipe de remoção teve apoio também de atores de segurança pública, com abordagem que dificilmente culminaria em uma negociação verbal para o desfecho da situação na qual se encontrava.

Acreditamos que haja aspectos importantes a serem pensados diante dessa realidade, sobre como podemos operar de outras formas para diminuir a abordagem violenta em ações desse tipo, se existe espaço para negociação ou ação conjunta do serviço de referência e das equipes de urgência e emergência.

Infelizmente, tais propostas têm o tempo institucional, e não foram capazes de se antecipar às marcas nos braços de Fabrício, marcas que ficam em sua história, e na história dos profissionais envolvidos, e que, esperamos, sejam motivadoras de ações de resistência por parte dos dispositivos reformistas.

Nessa ação em particular, a intenção do serviço de converter a IC de Fabrício em IV, correndo contra o tempo e pressionando as equipes de

remoção, embora tenha sido bem-sucedida em seu objetivo, promoveu uma violência de invasão de privacidade e opressão da mesma forma que qualquer procedimento compulsório, pondo em risco e fragmentando a relação e o vínculo do sujeito com o serviço.

No caso de Fabrício, como já foi dito, nossa expectativa era de que essa ação involuntária seria menos danosa do que a ação compulsória, já que em sua história de acompanhamento contava já situação semelhante. Infelizmente, pelo seu relato, ao menos em relação à abordagem, não houve muita diferença.

A suposta possibilidade de comportamento agressivo do paciente tinha uma raiz, uma origem, que remontava à sua história e vivência de diversas internações, entre elas uma compulsória e uma voluntária, que havia se tornado involuntária em seu transcorrer. Situações que deixaram marcas e que o levavam a seu estado de agressividade e luta, de certa forma legítimos, diante da ameaça de confinamento já vivida:

*Eu tava muito mal, mas o que eu me revoltava e que eu não aceitava e não me colocava na cabeça é porque eu não queria uma internação, apesar de tudo, pelo juiz, mas como eles falavam que estavam correndo atrás do juiz pra me internar, até dessa vez (comenta a internação atual voluntária) no dia que eu vim eu ficava com medo, porque eu num sabia se era pelo juiz ou se era a voluntária, porque minha mãe já estava atrás do juiz, pra eu ir de novo pelo juiz, aí até que um dia ce me chamou na sala lá e me explicou (se refere ao pesquisador em sua função de referência no atendimento no CAPS), se lembra que vc falou “então Fabrício a internação é breve no máximo um mês ou 21 dias” e que eu que ia assinar um papel, e aí até que eu fiquei com medo...*

Fabrício revela, então, que decidiu cooperar com a situação e, após sua retirada de casa, seguiu para Pronto Socorro para avaliação de seu quadro, quando então experimenta sentimentos de ambivalência e medo, tendo que pensar na situação na qual se encontra e decidir qual seria o próximo passo:

*Aí eu pensei bem, pensei bem, e falei ah, fazer o que, e aí eu dei a droga na mão do meu irmão, meu irmão pegou, jogou fora, e eu falei tá, e aí eu fui pra ambulância, e falei, não, não precisa me amarrar não... pode deixar que eu vou de boa, aí ligaram no CAPS pra perguntar alguma coisa, se eu tinha que ir direto pra internação ou se tava em uso tinha que passar no hospital pra tirar a abstinência, e eu fui pro Ouro Verde (PS), aí chegou lá e eu ficava tomando soro lá e ficava meio naquela ainda, será que eu vou embora, será que eu escapo aqui, não num vou escapar não vai, vou ficar aqui mesmo, já tô aqui, sabe igual eu falo, na melhor hora que ce tá indo pro lugar o demônio tá atentando, do outro lado pra tentar te puxar de novo.*

Após o que ele adentra o hospital para sua internação psiquiátrica involuntária. Suas experiências de isolamento prolongado, resultante da internação compulsória anterior, continuam povoando seu imaginário e suas preocupações.

Mesmo depois de orientações profissionais e explicações, ele continua desconfiando e medroso em relação às condições de sua internação, relembrado a angústia que sentia ao pensar que poderia ser enganado e sofrer mais uma internação compulsória.

Situação compreensível, posto que Fabrício viveu situação de internação psiquiátrica em enfermaria de Saúde Mental voluntária, que foi alterada para involuntária quando ele tenciona a alta próxima do fim de ano, resultando na permanência e na mudança de um ano ao outro no hospital, decisão tomada com participação do serviço CAPS e, novamente, com participação de seu profissional de referência no processo de atendimento.

Tais vivências trazem como resultado um discurso de desconfiança e descrença nos outros, bem como um elemento novo que é a questão da internação como discurso de ameaça de familiares e sua desistência em permanecer próximo destes, indo para um lugar distante e desconhecido, que alguém que ele não se recorda havia sugerido como opção de tratamento:

*Porque às vezes não é nem pela gente, é por coisa ruim mesmo querendo te levar, e o que eu fiquei com medo era, será que é voluntária ou*

*judicial, entendeu, isso que era o meu medo, de ter dúvida, mas se tivesse falado que era voluntária, eu tinha vindo na hora, mas mesmo assim eu vim daquele jeito pensando, será que é pelo juiz, porque eu não queria passar por aquela situação judiciária ninguém merece, é um tratamento que é só pra pessoa se recuperar assim corporalmente, né, porque pra melhorar a pessoa não é o tempo, é, é...*

*Mas ce sabe qual era o problema mais difícil, não era nem perder o ano novo, nem o Natal, eu coloquei um medo do juiz, das internação judiciária, fiquei assim putz, essa internação é do juiz, e como minha mãe ficou falando, eu não sabia se era verdade ou se era mentira, falando que o juiz tava vendo, e eu querendo até internar, até pra Minas eu pensei em ir, em uma fazenda lá boa, que tem pic nic, que as pessoas iam lá e saiam todos curados, porque era um lugar também voluntário, onde você aprende a acostumar sem a droga.*

Fica evidente uma desconstrução e dificuldade no processo de vinculação com o CAPS, apresentado por esse aspecto da confiança relatado por Fabrício, ligado às experiências de sucessivas internações vividas, ao mesmo tempo em que sua relação com o serviço, apesar de abalada, tem importância em decisões sobre sua vida.

Essa situação inclusive parece interferir de forma definitiva na sua relação com o serviço de saúde, no caso o CAPS, que presta cuidado diretamente a ele. Fabrício se mantém distante e resistente em comparecer e se engajar nas propostas de atendimento.

Embora as ofertas de atenção sejam calcadas nos aspectos de redução de danos e preceitos democráticos de intervenção, as experiências de internação com carácter involuntário e compulsório parecem ter tido um efeito definitivo e invasivo sobre o entrevistado, criando uma relação de desconfiança e receio para com os aparatos identificados como de cuidado à saúde. Cria-se, portanto, um sistema de duplas mensagens.

Mesmo estando presentes os discursos libertários e reformistas, Fabrício tem a vivência desses processos de isolamento, concorrentes e dolorosos em seu ponto de vista, e impactantes o suficiente para enfraquecer seu vínculo com o serviço e sua proposta de cuidado. Soma-se a isso o distanciamento do

CAPS no momento de sua internação e como esse processo opera subjetivamente no seu projeto terapêutico.

Isso reforça o aspecto importante do trabalho do serviço em relação a esta vinculação, bem como a necessidade de se manter proximidade mesmo em situações em que o paciente é alvo de intervenções desse tipo, como IC ou II, compartilhando com ele a possibilidade de escuta e de reflexão sobre tais ações, abrindo espaço para trocas que visem a aproximação com o serviço e os laços de confiança.

Aspectos dolorosos e íntimos de suas relações com familiares e profissionais de saúde, pautadas em experiências de internação sucessivas em diversas modalidades, que esporadicamente se apresentam em sua história de vida.

Apareceu com frequência no relato de Fabrício também, e inclusive tomando grande proporção em sua representação, a comparação entre a sua vivência no mesmo espaço de uma Internação Psiquiátrica Voluntária e uma Internação Compulsória.

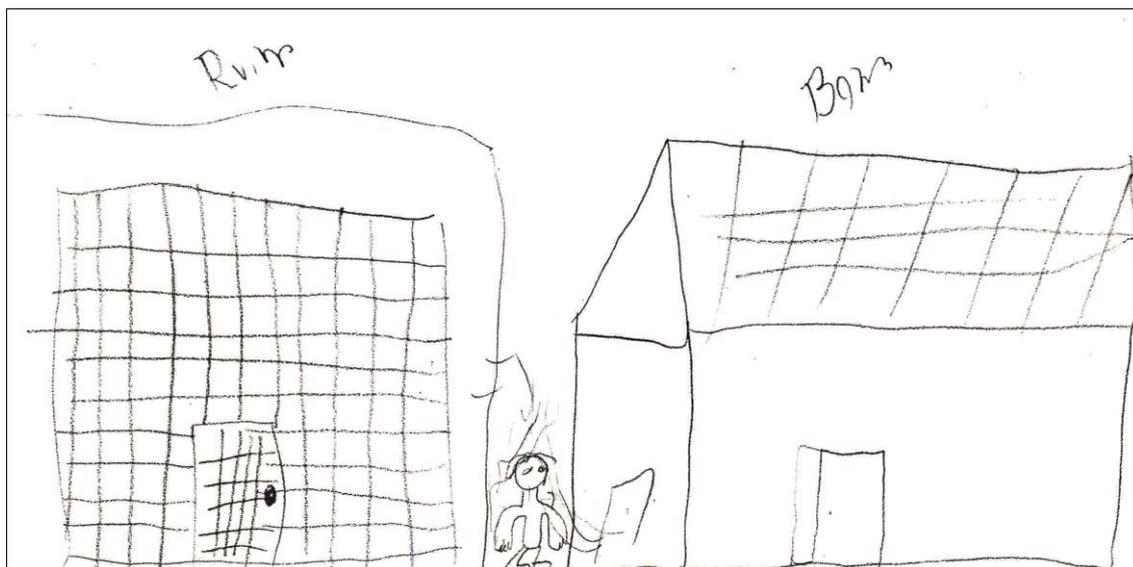
Fabrício relata e descreve as sensações de isolamento e aprisionamento com certo tom de gravidade e pesar, reforçando essas sensações em seu desenho, com as grades, a marcação exagerada da maçaneta na porta, em contraste com o lugar ao lado, com portas abertas, destacando, ao final, linhas que indicam movimento do personagem que o representa.

O entrevistado deu o nome a sua produção de “Um sonho. Um sonho realizado”, e completa, ao encarar sua representação e após meu pedido para descrevê-la:

*É só isso mesmo, a internação pelo juiz e a internação voluntária, e eu no meio. É o mesmo lugar, mas experiência diferente.*

*Ce se acostuma como se fosse uma casa, as pessoas, sem a droga, ce se acostuma com as pessoas e tal, agora aqui ce sabe que ce tá internado pelo juiz, sem poder fazer nada, e entendeu, e tudo que ce vai fazer, uma coisinha, ce já coloca na cabeça, ah igual eles falam, ah vai pelo juiz, vai pelo juiz, e isso fica martelando, na mente, ela fica mais assim...*

*Ficou bem marcado...*



*Aqui é uma internação sem ser voluntária, e aqui é uma casa com a internação voluntária, com as portas abertas, sem grade sem nada, essa é a diferença, eu tô no meio aqui, como se estivesse mais solto, aqui, é como se fosse eu, do lado de fora, como se eu tivesse mais solto...*

*Aqui é uma internação sem ser voluntária, e aqui é uma casa com a internação voluntária, com as portas abertas, sem grade sem nada, essa é a diferença, eu to no meio aqui, como se estivesse mais solto, aqui, é como se fosse eu, do lado de fora, como se eu tivesse mais solto, tipo, faz de conta que aqui fosse o NADEQ (setor de internação do hospital), e aqui é o NADEQ como se fosse pelo juiz, é o mesmo lugar só que tem as diferenças...*

Ao perceber sua insistência em traçar riscos em torno do boneco desenhado, que o representa, pergunto o que são estes riscos feitos. Ao final, após certa reflexão, ele diz:

*Essas marcas são como se fosse eu mais livre e tal, ficou bem imaginatória né.*

Percebemos a intenção de Fabrício em retratar que, para ele, mais importante do que o espaço protegido e isolado que tanto referimos na atenção

a esses pacientes, o que contava era um espaço de suporte onde pudesse lidar com um certo grau de liberdade de circulação ou de ação, mas que conservasse relação com o mínimo de liberdade necessária ao seu bem-estar.

Fabrizio põe importância no alívio na situação de não estar internado “pelo juiz”, sendo que essa representação da natureza jurídica de sua internação no passado parece gerar uma marca de desconforto e um componente de contrariedade e sofrimento emocional que ainda perdura.

O efeito desconfortável que se estabelece entre nós, essa sensação do quanto compunha aquela cena de isolamento como profissional que fazia parte do aparelho que justificava e realizava tais ações, levou a algumas reflexões acerca do engajamento nesses processos de cuidado.

Isso se acentuou quando Fabrizio denuncia o aspecto ameaçador da autoridade judiciária, focado na figura opressora do juiz, que perambula em sua mente, reforçando os aspectos de perda de controle de si e da liberdade individual.

Veio a perspectiva do quanto havia de profissional de saúde que participou desse processo, nessa representação do juiz ou do médico internador, do quanto os outros profissionais de saúde também representavam e, em alguns momentos, exerciam essa força e dominação, e qual tipo de subjetividade que conseqüentemente se reproduz nesse processo, no sujeito a ser cuidado e no que cuida.

São evidentes os aspectos de perda de controle sobre a própria vida e da experiência de encarceramento que a IC evoca, algo que o entrevistado relatou como muito difíceis de se experimentar, e que será comentado por outros entrevistados. Principalmente, aspectos ligados à incerteza quanto ao tempo de permanência na condição de internação. Este aspecto temporal, essa incerteza em relação à saída, e a permissão de saída que só pode ser emitida por um juiz, figuram como experiência vivida no passado de forma muito dolorosa, deixando marcas de perda da autonomia e da liberdade de Fabrizio.

O quanto tal experiência envolvendo isolamento e perda de direitos e de autonomia pode estar vinculada a alguma proposta de cuidado em saúde mental, esse nó crítico, esse impasse, apareceu a todo o momento durante as entrevistas. Além dos aspectos de submetimento legal do sujeito, temos toda

uma produção de afetos e de subjetividade calcada no medo, na imposição, e não na pactuação ou negociação. O quanto uma articulação de cuidado construída dessa forma produz movimentos terapêuticos ou iatrogênicos é ainda uma dimensão e um terreno incerto, sobre o qual esboçaremos algumas linhas de entendimento e compreensão graças à disposição de Fabrício em dividir sua experiência.

O entrevistado retratou, de forma muito espontânea, esse aspecto da vivência do usuário de drogas em relação ao poder jurídico, desmontando a perspectiva de “cuidado” e “proteção” a que se propõe esse poder, desfazendo essa impressão de forma definitiva. A IC apresentou para ele sua dimensão principalmente como experiência de encarceramento e isolamento, sem qualquer aspecto positivo.

Curiosamente, como Fabrício tenta movimentos de negociação e evitação de novas internações judiciais, este apresentou os aspectos psiquiátricos das internações aliviados e amenizados pela sua percepção de voluntariedade, e de etapa de tratamento, que também traz elementos de limitação, porém com os quais é possível negociar e, gradativamente, experimentar a liberdade (como na situação de licença para visita a família).

O poder psiquiátrico aparece como um “mal necessário”, com o qual se pode negociar e realizar tentativas de amenização e diminuição do tempo de isolamento com muito mais possibilidades do que com o poder judiciário.

Fabrício não faz nenhuma menção a todo o aparato de ofertas terapêuticas e de atendimentos no hospital onde está internado. Toda sua fala gravita em torno do tempo de isolamento e interrupção do uso daí decorrente, e de sua futura saída. Sua questão é sempre o medo diante da possibilidade de uma IC e como evitá-la.

Embora figure ao lado das ações judiciais, na experiência do entrevistado, o aspecto de intervenção médica, através da internação, talvez pelo efeito devastador destas primeiras (IC), aparecem como suportáveis e justificáveis, legitimando-se como uma ação de cuidado e de autonomia relativamente suportável.

Percebe-se esse elemento pelo entendimento de Fabrício de que existe acordo em relação à sua saída após certo tempo, e seu retorno à situação de

liberdade individual gozada cotidianamente, conforme referido no relato de seu desenho.

A situação de internação se legitima para ele diante da sua certeza de saída e continuidade da sua vida sobre sua gerência, após certo tempo de autonomia reduzida – algo que a IC não garante e isso pareceu ter sido definitivamente marcante para o sujeito em sua escolha pela IV.

Evidencia-se em seu discurso aspecto relativo à importância e legitimidade atribuída por ele ao seu direito à liberdade e ao respeito à sua autonomia, que são negados, em seu modo de ver, pela IC vivenciada, impactando inclusive outras relações, como as familiares e com os serviços de saúde que o atendem.

A negação de aspectos democráticos no cuidado à saúde de Fabrício, como é percebido e relatado na sua experiência de IC, levaram-no a um receio de vivenciar novamente essa experiência, e a uma desconfiança em relação a outras intervenções que possam, porventura, novamente privá-lo de sua capacidade de decisão e limitar sua liberdade. Paradoxalmente, isso faz com que se torne mais aceitável a ideia de intervenção médica que a IV representa na vida do entrevistado, gerando todo um processo de aceitação e valorização desta como experiência mediada com a liberdade e a autonomia, em virtude de sua condição de doente.

Nosso encontro parece estar situado no mesmo lugar que Fabrício, entre as instituições jurídicas e médico psiquiátricas, no trânsito do sujeito contemporâneo entre estas duas instituições que se inscrevem cada vez mais nas relações e na produção subjetiva cotidiana, e que se acentua nas questões dos sujeitos que fazem uso de drogas, grupos populacionais de especial interesse para estas instituições por permitirem sua expansão, validação e maior força na produção de intervenções e de saberes e verdades sobre o social.

Nesse momento, vamos aprofundar essa discussão com o apoio de Rauter (2003). A autora, através de análise histórica da legislação brasileira, afirma que, a partir da segunda metade do século XIX, intensificou-se a aproximação entre esses dois campos de ação sobre a vida da população.

Essa relação se apresenta em virtude do poder de sequestro que é validado por essas duas instâncias da vida social.

Primeiramente, o aparelho judiciário, que busca instituir um contrato social de bases liberais, configura-se como o artifício e a estrutura que permitem assegurar que um grupo de indivíduos ou o Estado (ou um grupo de indivíduos, através do Estado) possa explorar e excluir outro, marginalizando-o, através de um código de conduta e de leis que definem tanto as ações consideradas criminosas para a sociedade quanto o encarceramento dos transgressores.

Já o aparato médico, em particular o psiquiátrico, funda-se em uma sofisticação dessa ação. À psiquiatria caberá um poder de reclusão objetivando tratamento (daí sua criação estar intimamente ligada com os manicômios) de sujeitos que não realizaram transgressões legais, mas que através da inovadora tecnologia médica podem ser considerados inaptos para a vida em sociedade, sendo submetidos e subordinados aos pareceres médicos.

Para Foucault (2001) esse aparato de controle “jurídico-administrativo-psiquiátrico” se atualiza e se expande ao longo da história, através de um processo de generalização da psiquiatria como poder social, um poder de normalização dos sujeitos e grupos populacionais sobre os quais intervém. Essa intervenção se caracteriza primeiro pela necessidade de encontro de duas ou mais instituições que se agenciam (no caso a instituição psiquiátrica e a jurídica), e operam através de tecnologias negativas (rejeição, exclusão, isolamento), mas também com tecnologias positivas, a observação, a formulação de saber, de enunciação de verdade; é essa característica que permite sua continuidade, pois trata-se de “um poder que se multiplica a partir de seus próprios efeitos” (Foucault, 2001, p. 60).

Esses poderes se imbricam e articulam continuamente, atualizando-se, disputando espaços e produzindo novas formas de intervenção, sendo que podemos considerar a IC uma de suas formas presentes de ação e de ampliação de seu alcance como biopoder.

Conforme indica Rauter (2003), a ação do poder psiquiátrico pode ser considerada semelhante e diversa da ação judiciária:

Semelhante porque vai dotar o Judiciário de meios técnicos para que mais e mais se fale em prender para tratar do que para punir. Diverso porque a tentativa da psiquiatria será de colocar o juiz, de certo modo, sob a tutela do psiquiatra, o que levará as duas técnicas de sequestro – como as denominamos – a um confronto permanente, com alianças estratégicas em vários momentos, mas nunca sem conflito (Rauter, 2003, p 44).

Consideramos a vivência de Fabrício um reflexo de uma dessas alianças estratégicas, em relação ao atual momento de pressão subjetiva, exercida pela internação voluntária, em que se encontra, e também pelo seu histórico de IC e o efeito disso em sua subjetividade, de certa forma rendida e ameaçada pela possibilidade de uma nova situação semelhante. Essa articulação de poderes se imprime em sua vida e aparece de forma singular e evidente em seu discurso e em sua representação, e também o impacto do período em que esteve internado de forma compulsória, bem como a distinção feita por ele desse momento em que se vê em uma internação psiquiátrica voluntária.

Fabrício faz paralelos que parecem atribuir valor à sua opção e responsabilidade no processo atual de internação e em reproduzir essas características após a internação, com possíveis mudanças em si e nas relações com outras pessoas.

*O que eu achei positivo nessa internação foi fazer e poder pegar confiança, ter confiança das pessoas, até com a minha mãe, como as portas ficam todas fechadas, eu tava lá (na casa, durante licença da internação) e ela falou, Fabrício ce já vai lá já, e eu falando, vou mãe vou lá tomar remédio, eu entrei as portas de casa tavam abertas, e ai eu falei, mãe entrei lá e peguei a mochila, e ela ah tá bom, você se sente mais...*

O entrevistado faz uma pausa que perdura por certo tempo. Não é possível saber o que ele reflete consigo mesmo, mas o que consideramos pertinente nesse relato é a sua vivência de uma relação de confiança com um familiar e sua satisfação em perceber que as portas e cômodos da casa estavam abertos para ele. Tal experiência de liberdade, de aceitação, parece lhe trazer certa segurança no cuidado de si. Embora esteja experimentando o isolamento durante a internação, foi significativa a incursão em casa, na qual

sente uma mudança de perspectiva da família, que parece o motivar em alguns propósitos de autocuidado.

*A pessoa vê que a gente tá dando o melhor da gente, por isso que a gente pensa antes de voltar pra droga, voltar pra vida, vida ruim, vida disgramada, o vida ruim essa da droga, por isso que eu fiz aqui o futuro e o presente, o passado e o presente, o passado ruim e o presente bom, que é o que eu tô vendo agora, até com a minha mãe na minha casa...*

*Com a minha cunhada, com meu sobrinho, com meu irmão, entendeu...*

Fabrizio pensa sobre suas experiências e tem expectativas para o futuro: o propósito definido de se manter sem o uso de drogas após o período de internação, e com isso poder aproveitar outros aspectos da sua vida. Tendo especial importância a vivência com sua família faz uma separação evidente entre a vida com a droga e a vida sem a droga. Tal relato traz o sentido de que essa internação trouxe diversos efeitos sobre ele, entre estes o de reflexão sobre a forma como sua vida se desenrolava até então. Além das marcas físicas deixou também outras marcas, mas abriu espaço em seu pensamento para interesses e possibilidades.

Essa distinção entre ruim/bom e passado/presente que aparece em seu desenho e seu discurso, e a percepção do presente como momento de tomar decisões e de fazer planos, curiosamente, em sua representação, ele não se encontra dentro de nenhum dos estabelecimentos desenhados, mas sim entre eles.

Será que podemos considerar isso representação de que, embora o sujeito esteja comprimido entre os efeitos de poder representados pela internação compulsória à esquerda e a involuntária à direita, Fabrício resiste e persiste na perspectiva de se reconhecer como pessoa livre e em movimento e na tentativa de abrir espaço para suas escolhas e decisões.

## 6.2 Vicente

Relataremos a experiência de entrevista com Vicente, senhor de 57 anos, internado compulsoriamente há mais de 8 meses, através de articulação da família com a instância jurídica, mediada por ação de advogado contratado, possivelmente pela irmã, sua principal cuidadora.

Está imbricada aí a questão de Vicente ser portador de prejuízos cognitivos, o que, além de legitimar tal ação, se articulou como discurso para justificar sua incapacidade de autocuidado ou ter voz ativa, fazendo com que não houvesse nenhum tipo de resistência ao processo de sua internação judicial, ao contrário de Fabrício.

Durante todo o relato, Vicente traz um conteúdo amargurado e deprimido, bem como elementos de traição por parte dos familiares que protagonizaram o pedido de sua internação sem o consultar, e aproveitaram a alta de uma cirurgia para efetivar a ação. Confinado no hospital psiquiátrico por mais de 8 meses, seu relato é de alguém esquecido e abandonado pelos familiares.

Esse apagamento da sua subjetividade, compartilhado nesse encontro, essa imposição judicial feita sem seu consentimento, e a aliança de sua família com a figura do juiz levam a uma sensação de desamparo e pouca capacidade de resistência. Vicente relata com dor e angústia sua situação e a impossibilidade de fazer algo para antecipar sua saída. Fica em seu discurso a sensação de traição, só diminuída pelos comentários raivosos intercalados à resignação dominante.

Essa imposição e total desvalorização da subjetividade e suspensão da liberdade de Vicente, característica de uma IC, longe de ser só uma metáfora da experiência de um regime de exceção é o próprio regime atomizado na relação com um único sujeito.

A justificativa de atenção à saúde e sobrevivência garantida pelo biopoder e seu exercício cai por terra quando é possibilitado ao indivíduo falar de sua experiência enquanto vivencia esse cotidiano de restrição, de sua sensação de objetificação, do desrespeito de seus direitos e do terror que se instala por não poder ter parâmetros para sua saída.

O impacto subjetivo retratado pelo entrevistado é bastante intenso, a desvalorização de sua individualidade e seus direitos, associada à naturalização que sua limitação cognitiva sofreu durante o processo, facilitando sua imposição e impossibilidade de contestação, e travestindo a sua segregação de cuidado com a saúde, dada a sua dificuldade de gerenciar a própria vida.

Esse aspecto, repetido por Vicente, retrata sua angústia maior em relação à permanência sem limite presente nos processos judiciais, mesmo após estabilização e documentação médica anexada aos autos. O tempo institucional das áreas jurídicas é outro, resta ao sujeito aceitar tais condições sem chance de recorrer uma vez estabelecida a obrigatoriedade de seu confinamento.

Antes de trazermos à tona nossa conversa, gostaria de retratar o percurso que levou até Vicente e à realização desta entrevista e sua importância nesse trabalho.

*Vicente estava internado em setor do serviço de saúde hospitalar em questão, onde cotidianamente realizamos visitas aos pacientes em acompanhamento no CAPS, mesmo em momento de internação. Por diversas vezes, em idas ao hospital com esse objetivo, observei-o rapidamente enquanto transitava pelo local. Ele, sempre quieto, isolado, e sem esboçar reação ao que acontecia em volta.*

*Em uma dessas visitas, ao passar perto de Vicente, este me cumprimenta de forma cordial e com um ar de familiaridade muito marcante e, não posso negar, também de certo desespero e desamparo (esta foi a minha impressão), por isso fico um tanto curioso e consulto os profissionais do hospital.*

*Achei inesperada a chegada repentina do paciente. E sua vinda em minha direção acabou por me causar estranheza, principalmente porque, ao contrário dos outros, evidentemente desconhecidos, quando conversamos ficou a sensação, também em mim, de um reconhecimento.*

*Descubro que Vicente é paciente antigo do serviço de saúde onde trabalho. Ali chegando, busco o registro de seu histórico em prontuário, no qual*

*há o relato de sua internação, e de diversas passagens pelo serviço, inclusive com minha participação, mesmo que indireta. Mas era fato: eu já o havia atendido em algumas ocasiões.*

*Independente de não estar na atenção direta e sistemática a esse paciente, ele havia estado bastante próximo do serviço em situações de crise e por causa do uso de bebida alcoólica de forma bastante prejudicial, tendo problemas clínicos e psíquicos associados a conflitos familiares e vivências de risco, em razão de incursões em situação de rua.*

*O fato que tive que aceitar é que Vicente esteve aquele tempo todo, e não foi pouco, invisível para mim como profissional. Eu de fato o conhecia, até lembrei-me de passagens pelo serviço posteriormente, havia inclusive uma condição particular de saúde que era fisicamente marcante nele.*

*Pensei em quanto sua situação de Internação Compulsória o havia isolado, e nós, como representantes do serviço de saúde, por algum motivo, considerávamos legítimo esse isolamento, não realizando abordagem ou intervenções, nem mesmo visitas ou contatos com família, o que é comum em outros casos de internação.*

*Mesmo com os arranjos institucionais de profissionais e equipes de referência sendo ativos no serviço e todo o seu histórico de acompanhamento, a instituição o havia esquecido, e isso não de forma natural, mas, sim, com uma insistência e negação relevantes e persistentes, pois não era só eu quem realizava tais visitas a outros pacientes e havia os registros identificando sua situação de internação.*

*Eu pensava nessa trama, nesse apagamento, mas pensava principalmente na minha postura e percepção, em como eu o havia esquecido, mas também em como ele não havia me esquecido, mesmo que tenha sido uma coincidência, ele se fez ver, e ao buscar as informações sobre ele, ficou evidente a importância de seu relato para este trabalho.*

*Outro aspecto central era o já citado prejuízo, descrito em prontuário, de um quadro de demência, possivelmente relacionada com o uso crônico de álcool, considerada limitante para alguns aspectos da vida social de Vicente, bem como prejudicando a sua autonomia e as estratégias de cuidado.*

*Ao iniciar os contatos para marcar a entrevista e comunicar a equipe da situação do paciente, foi marcante o descrédito por parte de alguns colegas profissionais tanto do CAPS como do setor de internação, que acreditavam que seria pouco produtiva essa iniciativa com Vicente, em virtude de seu prejuízo cognitivo, das dificuldades de abordagem comunicacional e de abstração.*

*De alguma forma, isso me marcou na construção dessa entrevista, porque inclusive eu considerei essas limitações no início, esse estigma de que os prejuízos pudessem ou inviabilizar o sujeito de dizer o que pensa, e fiz uma visita para conversar e propor a entrevista antes de realizá-la, como era de praxe.*

*Após este encontro, tive a certeza de que Vicente tinha muito para dizer e fiquei muito mobilizado em colher seu relato e conversar. Isso resgatou em mim a riqueza e a importância da proposta que eu tinha com esse trabalho, pois evidenciou que nada, nenhuma condição de isolamento ou de saúde mental ou física pode limitar, impedir ou nos destituir de nossa condição de sujeito.*

A motivação para a internação de Vicente estava descrita em registros de prontuário, sendo que o fato de ele portar prejuízos cognitivos acabou por levar as pessoas a não lhe explicarem a situação, sendo que ele sequer soube de forma clara do processo, até o dia de entrada no hospital.

Após algumas crises decorrentes de quadros de intoxicação, e pioras clínicas significativas, bem como da necessidade de cirurgia por causa de uma hérnia, o paciente foi internado em modalidade compulsória, permanecendo nessa situação até o momento da entrevista, e sem previsão de alta.

Encontramo-nos depois de decorridos cerca de oito meses de internação, e chama atenção, já de saída, a condição de pouca compreensão sobre a situação que levou à sua internação, o total desconhecimento das motivações desta, e o desespero e angústia diante da ausência de previsão para sua alta – temas constantes em sua fala.

*Primeiro foi porque, por causa da operação da hérnia, e minha irmã ligou e ficou falando que eu tava tendo desmaio e isso e aquilo, e ficou falando, mas*

*não era tudo isso assim também não, é isso que ela fica falando [...] e que tem que tá tudo bem, tudo bem, mas eu sempre trabalhei, aí uma vez eu fui lá no médico [...] e numa outra ele falou, ah! dessa vez vai ter que operar, e eu operei, e demorou, demorou um mês, um mês e meio pra tirar os pontos, e aí eu pensei, agora tá tudo legal, legal, e aí o Dr. falou, “não, dessa parte já está tudo bem, daqui da casa você já está liberado, mas aí tem que sua mãe, sua irmã, ir lá, onde ela pediu pra internar você, e pedir a ordem pro Juiz liberar você, pra você ir embora”.*

*Não, eu não sei, eu cheguei e eu nem sabia que eu ia pro hospital pra internar, e aí todo mundo fala, ah! mas porque você assinou o papel, [...] pra minha irmã e ela dizia que não sabia o que que era o papel, mas era uma ordem judicial, e aí as pessoas me falaram que eu só ia sair com ordem do juiz.*

*E aí eu falei e se esse juiz morrer, como que eu vou fazer, como que eu vou sair daqui, e aí, eu vou ficar aqui preso, mais sete meses, não que esse lugar é ruim, ele não é ruim eu conheço tudo o pessoal, pessoal me trata bem, mas tem um pessoal que vem falar e destrata a gente, pensa que a gente é caipira e isso e aquilo, e aí me falaram pra eu ficar tranquilo, que depois da cirurgia e de tirar os pontos, que iam me liberar pra ir embora.*

*Aí eu falei eu sei, eu não quero dar nenhum problema pra senhora não, eu entrei aqui numa boa, quero sair numa boa, aí ontem ela tava junto comigo ela ligou, ligou pra minha irmã e falou assim, “você tem que ir lá nesse lugar, que você, pra você, lá onde você mandou internar e pedir, pede, pra esse juiz dá alta, pra liberar o seu irmão” e aí eu posso sair daqui, então eles já ligaram pra ela ontem, o enfermeiro também, então eu queria ligar pra ela hoje, e dar uma dura nela hoje, porque...o que que eu vou ficar fazendo aqui, amanhã é feriado, sexta, sábado, domingo, e aí todo mundo fica falando que só segunda-feira que eu vou embora.*

Vicente tem pouco ou quase nenhum contato com os familiares, fez tentativas de ligação para a irmã, sem sucesso, e conta não receber visitas de familiares, nem mesmo dos filhos, estando isolado; sente-se vulnerável e desamparado, bem como sem controle nenhum sobre o seu tempo de permanência nessa situação.

Tal relato traz um peso e amargura muito grande em relação à irmã, que possivelmente foi a protagonista no processo de internação judicial de Vicente. A questão de sua saída estar ligada a um trâmite burocrático o incomoda muito, e aparece em seu discurso de forma repetida e insistente.

*E aí eu pensei, ah! então o Sr. opera e já me dispensa já, só que aí operou e demorou pra tirar os pontos e tal, e até hoje, e aí ele me falou que minha irmã me pois pra internar e que eu só ia sair se ela fosse lá pedir... um papel pro juiz, pro juiz dar o papel pra ela, pra ela vir aqui, e ela pegar eu e tirar eu daqui...*

*Então ela não podia ter assinado esse papel, porque e se esse juiz morrer como que eu vou sair daqui...*

O entrevistado associa também a sua permanência com um conluio entre sua irmã e o juiz. Cada vez que menciona tal situação, fica uma sensação de sentimento de traição por parte desse familiar, agravada pela condição de surpresa em se ver nessa situação.

A impossibilidade de questionar a situação com a irmã, com quem não tem contato já há algum tempo, e a incapacidade de ajuda da equipe de saúde, que adota postura neutra em relação ao trâmite judicial, enviando periodicamente relatórios de condição de alta para ser anexado ao seu processo, trazem grande pesar a Vicente. Ele se sente diminuído e desvalorizado, desprovido de possibilidade de escolha. Seu cotidiano é sofrido e vazio, ele se apega ao passado de trabalho rural que povoa seus pensamentos, e evita contato com os outros pacientes, o isolamento parece o oprimir e desgastar, impedindo qualquer tipo de ação ou reflexão.

*Ah! eu me sinto, sinto bem, eu fico é com vergonha, porque você levanta cedo, não tem nada o que fazer, porque lá na roça lá, você levanta cedo, e pega a turma lá, os homens e vamo lá, vamo trabalhar, até a tarde tudo, e aí... eu fico até com vergonha, porque eu não gosto de conversar, porque você vai conversar e os outros ficam desfazendo da gente, então eu fico mais quieto aqui...*

*A eu penso que saindo daqui eu vou dar um jeito na vida, pra lá, eu vou sentir saudade, saudade daqui, porque fui bem tratado, tudo, é o que eu posso falar, não sei o que eu posso falar mais... fico até sem ter como falar do sentimento né, eu não vou sentir raiva, porque não tive nenhum problema aqui, porque tem uns que falam, aí sai fora rapaz, isso aqui não é lugar pra gente não, e aí eu falo pra eles, é um dia você vai ficar velho também.*

*Não é que eles ficam tirando sarro, dizendo que a gente é velho, e falando que vão embora e que eu ainda vo tá aqui, que eu vou me aposentar aqui, porque minha irmã tá vindo pra eu me aposentar também, então eu quero ligar pra ela, pra estando fora daqui, estando lá, se precisar assinar qualquer papel, pra aposentadoria, eu tá junto com ela, tudo que precisar fazer, assinar papel, eu tá com ela, então... eu não, [...] porque só uma ou duas vezes que eu tive com ela, e aí conversa rápido, e ela vai embora, então...*

Ao longo da conversa, o aspecto passivo de Vicente vai se dissipando, e ele abre os sentimentos de raiva por se encontrar nessa situação, raiva que fica contida por que seus algozes, o juiz e a irmã, não podem ser alvo dela. A situação é dramática, pois apesar da raiva, é a irmã quem tem os meios para a saída da situação. Vicente se encontra rendido.

*Porque agora eu tô preso aqui e não posso sair, mas eu vou falar com a minha irmã, daqui a pouco, porque como a Dra. falou, e vou falar pra ela ir lá e pedir pro juiz, liberar a sua, ordem né, ordem judicial, ele liberar porque da parte da casa, ce tá liberado.*

*Não, não que eu falo com ela por telefone, e telefone, e telefone pra falar lá saí caro, porque às vezes eu ligo e ligo a cobrar, e também não gosto de ficar falando não, por telefone, conversar eu quero conversar cara, na cara dela.*

*E tem hora que dá raiva, dá uma raiva, do porque que ela não vem, pra eu poder passar amanhã, sábado, e depois, domingo, preso aqui, porque ela podia ir lá hoje, porque que ela não consegue...*

Outro ponto importante de nosso encontro é o cotidiano asilar experimentado na instituição. O entrevistado, por diversas vezes, comenta seu desconhecimento, não entendimento e impossibilidade de confrontar a rotina e organização de seu cotidiano na instituição, se queixa dos procedimentos e é evidente o sofrimento ligado a essas experiências.

*Eu tomo 14, 15, 16, 18 comprimidos, 2 ou 3 é pra dormir, levando da cama é 5, 7, põe na mão, vira na boca.*

*Ah! já me falaram uma ou duas vezes, é pra isso, e tal pra aquilo, mas, é aquele monte e eu não entendo nada de comprimido, mas tem que tomar, por aqui e virar e pôr na boca, eles já vem com copo de água na mão.*

*Aí depois do almoço 2 ou 3, 9 horas da noite, mais um bocado, 7 ou 8, aí eles falam que uns 2 ou 3 aí é pra você dormir, aí inclusive, outro dia aí eu discuti com a enfermeira, ah! eu vou pegar isso aqui e vou jogar no mato também, aí ela falou, não, não faz isso não que você me prejudica, aí eu não, não quero prejudicar não, mas [...], e aí ela falou, se você não conseguir dormir à noite, a gente dá mais um se precisar, e nessa noite, eu não dormi, aí pedi mais um, antes de ontem, e aí até tomei um 3 horas da manhã, mas dá 5 horas da manhã eu já tô acordado de novo.*

Seu discurso em torno da medicação e de estar subjugado pelas regras e pelos profissionais de saúde mostra uma experiência subjetiva de submissão, que potencializa a vivência de estar confinado. Dentro da instituição, existem poucas possibilidades de resistência.

Em seu relato, transparecem aspectos relativos a como as instituições de saúde vão participando de forma ativa desse processo de desvalorização do sujeito marcado pela entrada, através de uma IC, dando continuidade a esse processo e estabelecendo uma prática impositiva e pouco participativa em seu processo de cuidado.

Essa vivência de isolamento em uma instituição hospitalar, por longo período, tem diversos efeitos subjetivos e sociais, como os apresentados pelo cientista social Erving Goffman, em *Manicômios, prisões e conventos* (Goffman, 1974). Nele são apresentados seus estudos referentes às

instituições que nomeia de “Instituições Totais”, estabelecimentos sociais que tendem ao fechamento, na medida em que se ocupam de restringir e isolar os sujeitos que tenham determinadas características consideradas indesejáveis para a sociedade.

Dentro desse regime de limitações, isolamento e cotidiano de controle, objetivam-se mudanças nos indivíduos assistidos, através da disciplinarização, do uso do poder e até mesmo de força (às vezes, beirando a violência física ou moral) pelos grupos que gerenciam o estabelecimento.

Nesse universo institucional, instalam-se processos de “mortificação do eu”, conforme apresentado pelo autor, que podemos perceber nos relatos de Vicente. Tal fenômeno, caracterizado por experiências de despersonalização e desvalorização da identidade, com violação de sua intimidade e privacidade, resultando em intenso sofrimento emocional para os sujeitos, distanciando a instituição de seu objetivo de cuidado, no caso a instituição hospitalar.

Tais violações ocorrem através de um cotidiano de regime de regras e procedimentos institucionais e burocráticos de definição das condutas, restando possibilidades reduzidas para manifestação do eu e da identidade, com consequências para os processos subjetivos das pessoas que vivenciam a institucionalização.

Evidente que mesmo instituições de saúde que buscam trabalhar em lógicas humanizadas e implicadas com os assistidos, de forma direta ou indireta, possuem características que produzem tal fenômeno, o que se agrava em instituições asilares de internação psiquiátrica, dispositivo de cuidado que se busca superar com a atenção substitutiva, que é marca do modelo de Atenção Psicossocial vigente.

Além dessas características presentes nas internações psiquiátricas, apresenta-se também um agravante que resulta da morosidade dos processos judiciais, como no caso relatado. As pessoas submetidas a eles continuam internadas em hospitais, clínicas, comunidades terapêuticas e demais estabelecimentos mesmo depois da estabilização de possíveis quadros que justificaram a internação, passando a experimentar os efeitos iatrogênicos dessas estadas prolongadas.

Longe de produzir processos terapêuticos, ou possibilitar garantia de direitos, estas longas permanências vinculadas a definições judiciais acabam por dificultar possíveis processos de início de tratamento psicossocial, ou causam rupturas em atendimentos já em curso, como no caso de Vicente.

Embora sua entrada seja marcada por tal ação, a terapêutica dos serviços deve tentar escapar a essa lógica de captura da judicialização, e além de realizar as ações protocolares, indicando relatórios e pareceres para tentativa de fazer valer sua brevidade, deve-se continuar o trabalho de valorização e autonomia nas relações com o sujeito, o que embora tenha importância definitiva na atenção psicossocial, não corresponde ao que vive Vicente durante o período de internação.

Ao resgatarmos registros no prontuário do CAPS de referência do paciente, tive a informação de que, embora tenha sido feito aviso da situação vivida por Vicente cerca de 30 dias após a definição de sua IC, não houve nenhuma ação do serviço diretamente relacionado ao seu projeto de cuidado, somente o envio de documentos e discussões com a equipe de internação, sem registro de visitas ou ações de intervenção com o paciente.

Com isso, evidencia-se um componente de dificuldade dos serviços em lidar com o que vamos chamar de “aspectos de fracasso institucional”, que os profissionais e equipes de atenção vivenciam em situações de judicialização de seus processos de cuidado, mas que, paradoxalmente, abre brechas para sua validação e pouquíssima ação de resistência a esse movimento. Acarretam também distanciamento de vínculo com o usuário e quebra de relação de confiança e amparo entre ele e o serviço, o que pode ter efeitos na continuidade de seu atendimento no CAPS e impactos para dentro do serviço, em razão do não debate que se instala nesse tipo de situação na qual o equipamento vê seu protagonismo na produção de cuidado invadido ou atacado, mas não se mobiliza para estratégias ativas para lidar com tal realidade.

Nesse ponto, a necessidade de debate acerca da judicialização dos processos de cuidado na saúde, embora tenha ganhado força, não pode ser naturalizado e encarado com uma visão definitiva, embora atravesse nossa relação com as pessoas que atendemos nos serviços. O relato de Vicente é

contundente ao mostrar que, ainda que submetido a tais poderes, sua subjetividade é capaz de esboçar reações de resistência, mesmo que sutis, bem como a necessidade de espaço de escuta e reflexão sobre a situação vivida.

Toda a articulação de poder que possibilitou o confinamento de Vicente agora dá lugar aos artifícios de gestão de sua vida e de seu corpo, todo o discurso de cuidado da vida se mostra em sua faceta disciplinar e normalizadora, medicalizante, características da instituição asilar.

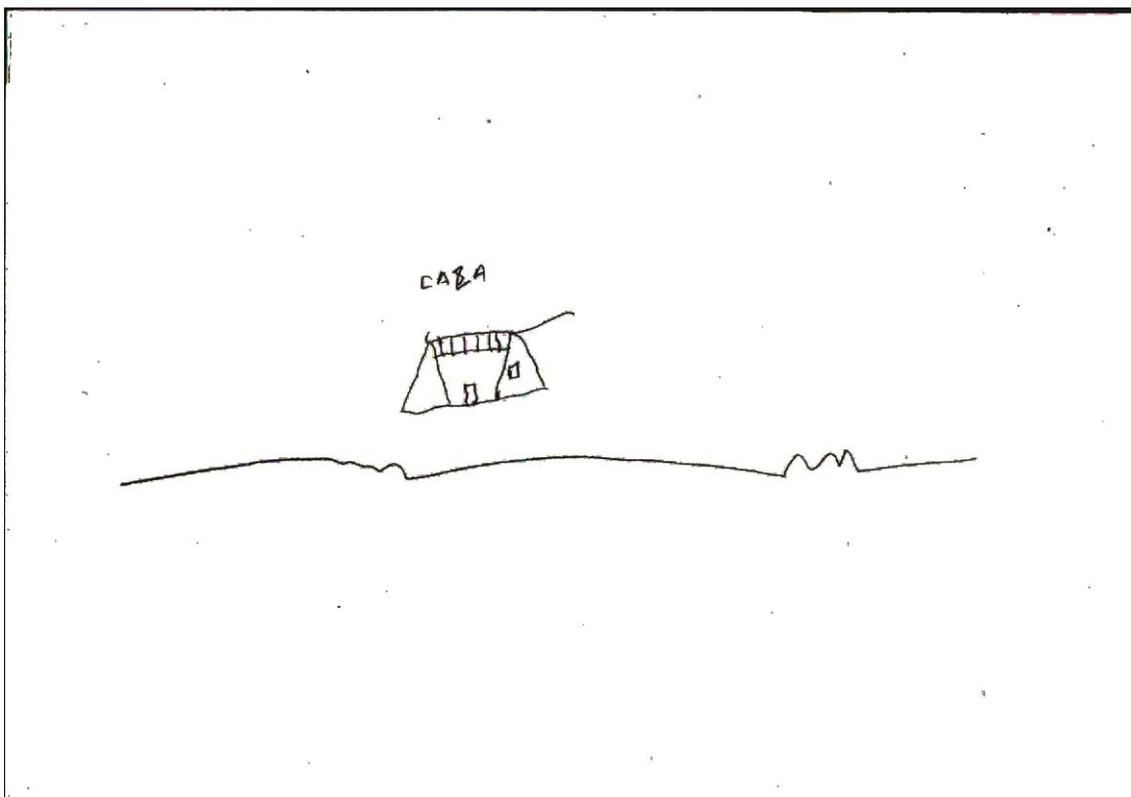
Diante desse panorama, fica difícil trabalhar o interesse do entrevistado no desenho, na representação de sua situação atual. Isso é agravado por um comentário feito pelo pesquisador, talvez fruto da dificuldade em lidar com a angústia de compartilhar aquela situação.

Ao comunicar a proposta de que desenhasse algo representando como está se sentindo, e utilizar o termo “desenho livre”, algumas vezes, Vicente responde prontamente.

*É livre eu vou me sentir quando eu sair daqui e trabalhar, que eu já coloquei isso pra mim, vou sair e trabalhar, tem a casa de Campinas, que agora já cresceu, virou uma cidadona danada, juntou com Valinhos e tudo, e agora que, que eu vou fazer, você me pegou.*

*É, e a casa, é que é meio difícil com esses comprimidos, e não dormir de noite e de dia fico preso aqui o dia inteiro, é duro rapaz, minha cabeça, porque eu sei responder mas pra eu desenhar é difícil.*

Apesar da dificuldade inicial, o entrevistado centraliza a nossa conversa no passado, nas suas experiências ligadas à vivência em regiões rurais do interior, onde já morou, e da infância, bem como na expectativa de sua saída e de retornar a uma casa, uma moradia, onde possa viver. Ao final nomeia de “Sítio São José”.



A representação de Vicente só é possível após ceder ao seu pedido de que houvesse ajuda. Ao mencionar que faria uma casa, ele hesita por longo tempo, e pede para que desenhemos em conjunto. Disponho-me então a traçar um chão para que comecemos.

Ele traça com dificuldade, mas fala de forma animada e rápida, várias histórias de moradia, expectativas de um novo local para morar em Campinas, o passado de trabalho rural, a necessidade de apoio da irmã, enfim, questões que parecem povoar suas ideias e que estão confinadas, sem ninguém para ouvir, até o momento.

*Aqui eu fiz a porta e a janela, pô mas fica ruim pra mim, mas e agora que, que eu faço, poxa, ai ai, podia ser uma casa, mas tá meio diferente, com tanta coisa pra pensar, mas nesse caso aí é diferente.*

*Está tudo aqui, mas não parece uma casa né, se for pensando bem, você me pegou no pulo...*

*É porque eu, quando eu sair daqui tenho que voltar pra casa né, é que tem uns que fala, é que quando eu sair daqui, deixa eu ir com você que eu não tenho pra onde ir, eu vou morar embaixo da ponte, isso e aquilo.*

*Ce é doido rapaz, que eu vou morar embaixo da ponte, mas aí eu falei, mas como que você veio parar aqui, aí ele, ah! eu não tenho nem onde morar, e você tem ele me perguntou, e eu falei, claro que tenho.*

*Eu tenho a minha e minha irmã tem essa que ela quer que eu vou morar, então eu vou ver se vou morar lá, mas eu não vi mais ela, então se o juiz liberar eu, eu vou ver com ela, mas tenho que sair né.*

São inseguranças e incertezas de um mundo e um tempo que ficou para trás, atrás não só no tempo, mas atrás dos muros da instituição também; mundo e vida que Vicente não esqueceu, embora aqui já há algum tempo, ele continua tentando contatar sua irmã e abreviar sua permanência na instituição.

*Ah! era um outro que eu ia fazer, uma outra, um outro desse aqui, mas aí não ia ficar parecendo uma casa, eu pensei por acaso, acho que ficou errado...*

*É, é uma casa, porque eu tenho que voltar né, ou então volta lá pro meu irmão né, que ele tem um sítio lá, e meu irmão morreu e minha cunhada quer que eu vou morar lá, no sítio lá...*

*É uma casa pra onde eu vou quando eu sair daqui.*

*Não que minha cabeça é ruim pra desenhar, porque eu tô preocupado com essa ligação que eu vou fazer...*

*É, eu preciso ir lá ligar pra minha irmã.*

### **6. 3 Cláudia**

A experiência de compartilhar de forma breve, mas intensa, o cotidiano de organização e rotina de um serviço de internação, e o relato dos entrevistados nos levou a analisar aspectos que já estavam naturalizados na prática cotidiana, culminando em experiências singulares de atenção a características institucionais.

A dificuldade em conseguir uma sala onde pudesse realizar a escuta sigilosa da entrevista, as longas esperas para autorização de entrada, mesmo as tendo pré-agendado, os furos de comunicação, as negativas e

desencontros, e até mesmo as dificuldades de saída após tê-las realizado, os gritos, os conflitos ouvidos pelos corredores e as chaves no molho que não dominávamos, prendendo o pesquisador e os entrevistados dentro das salas e dos setores, tudo isso trazia uma outra impressão daquele espaço tão familiar. As diversas linhas de força e de sentidos que compunham aquele cenário institucional me pareciam extremamente novas e poderosas, e, no encontro com Cláudia, tive uma outra dimensão de suas intensidades.

Uma das características do dispositivo de IC é a experiência de institucionalização resultante de sua intervenção, através do prolongado isolamento em instituições fechadas, com restrição de circulação e de experiências de socialização, em rotinas estruturadas pelo funcionamento do estabelecimento. Estes efeitos, além de estarem ligados ao período de internação, estão também intimamente relacionados com as ações de cuidado centradas no arcabouço médico-psiquiátrico de intervenção, bem como suas consequências de alienação, cronificação de sofrimentos psíquicos ou prejuízos sociais em indivíduos que viveram intensas experiências de isolamento em estabelecimentos de internação.

São alguns desses efeitos, percebidos historicamente, que motivaram movimentos de atenção à Saúde Mental, com propostas de atendimento calcado em uma outra perspectiva de atenção, com práticas alternativas aos mecanismos de isolamento e medicalização, permitindo também a entrada de outros núcleos profissionais e outras perspectivas e dispositivos de tratamento nessa área.

Como movimento social e conseqüente processo de se constituir como política de Atenção à Saúde Mental no Brasil, a Reforma Psiquiátrica foi constituída por dimensões teórico-conceituais, político-jurídicas, técnico assistenciais e socioculturais.

A desinstitucionalização pode ser considerada em sua dimensão sociocultural, na medida em que tenta deslocar a predominância do discurso técnico de intervenção (médico, psi, jurídico) sobre a loucura, para outros espaços do meio social, objetivando uma transformação do imaginário social sobre a loucura e sobre a doença mental, em uma tentativa de produzir outros sentidos sociais comuns, além do historicamente construído.

Também na dimensão teórico-conceitual, percebemos a importância dos aspectos ligados a desinstitucionalização, referentes ao processo de desospitalização dos modelos assistenciais, com propostas de atenção em regime aberto, e a desconstrução de práticas calcadas em isolamento, tutela e limitação da autonomia das pessoas que vivenciam transtornos mentais.

Conforme indica Amarante (1998), tal processo se configura como uma desconstrução e ruptura com o saber e a prática psiquiátrica como discurso dominante sobre o louco, na condição de alienado, e na redução do fenômeno complexo da loucura, estritamente a sua leitura como doença, garantindo seu poder de intervenção e sua expansão como prática de poder social.

Evidente que esses aspectos têm grande importância para a continuidade dos processos progressistas de atenção à Saúde Mental, sendo importantes para o movimento, uma vez que pretende abrir campos de produção de discursos e práticas que façam frente aos poderes que sempre tiveram a dominância sobre o fenômeno histórico da loucura

Essa concepção de desinstitucionalização, que serviu de inspiração ao movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, pretende, então, desconstruir a exclusão e a lógica manicomial concreta e simbólica que pauta não apenas os dispositivos psiquiátricos, mas atravessa também as relações sociais e culturais com a loucura (GODOY; BOSI, 2007, p. 294).

Não é de estranhar também que seja esse um dos pontos em que esse poderes concentrarão o investimento e as tentativas de desconstrução desse discurso democrático, buscando novas formas de se legitimar e se aplicar na atualidade, com a mesma intensidade de outros momentos. Sendo assim, o poder psiquiátrico se agencia ao poder jurídico no dispositivo da IC, buscando um fortalecimento diante do contraponto reformista vigente.

Conforme o movimento da Reforma Psiquiátrica avança, é evidente que movimentos de resistências e novas formas de tensões sociais se colocam. Dentro desse panorama, as relações dos poderes médico e jurídico, com sua constante atualização, estruturação e busca por expansão, apresentam formas de intervenção e práticas, bem como a produção de discursos técnicos que lhes permitam o protagonismo.

Consideramos que este momento de contexto do uso e ampliação do discurso e da intervenção da IC configura uma expressão desse movimento, não só como resistência ao processo de desinstitucionalização em curso, mas também como forma de potencializar as intervenções de inspiração conservadora ou retrógrada, valendo-se da ação sobre os considerados anormais, agora, os usuários de drogas, avivando-se, conseqüentemente, esses dispositivos de poder na produção subjetiva contemporânea.

Nessa perspectiva, também é perceptível que os sujeitos atravessados, e ainda mais os que são alvo dessa intervenção, tenham a vivência dos efeitos e movimentos subjetivos relacionados a tais experiências, bem como um discurso sobre si e essa situação para compartilhar, e que possa ser ouvido e relacionado com o contexto macropolítico vivido.

Além disso, foi possível perceber que existem também elementos desse discurso que podem nos guiar em relação a uma reflexão sobre o quanto as práticas de IC têm efeitos que são novas experiências de institucionalização, que se inscrevem na experiência social em formatos mais sutis, na medida em que não são diretamente reconhecidas pelos sujeitos, e definitivas, e, até por isso, mais bem-sucedidas de ação do biopoder.

Com a intensificação da judicialização dos processos de internação de pessoas em uso de drogas, temos tido a emergência de novos fenômenos de institucionalização que unem estas perspectivas clássicas de iatrogênias já conhecidas com novos impactos e aprisionamentos da produção de subjetividade contemporânea.

Cláudia está inserida nesse novo contexto, tem diversas experiências de internação desde a adolescência, sendo algumas delas prolongadas ou determinadas por medidas judiciais. Fez também incursões pelo sistema de atenção ao menor de idade que cometeu atos infracionais (Fundação Casa) e pelo sistema prisional.

Seu relato é rico e detalhado, e iremos acompanhá-la enquanto retrata, de seu ponto de vista, as experiências pelas quais passou. Destacaremos, nesse relato, os aspectos ligados aos efeitos dessas vivências de institucionalização.

Cláudia é uma jovem de 23 anos, bastante agitada e animada, que se comporta e fala com uma adolescente. Está no setor de internação há cerca de três meses, depois de permanecer por cerca de seis meses em uma penitenciária feminina, por causa de envolvimento em alguma situação ilegal, que refere ter sido envolvida pelo ex companheiro.

Após esse período cumprindo pena, conta que sua mãe contrata um advogado, que utilizou, segundo ela, todo o longo histórico de seu acompanhamento em serviços de saúde mental, desde o início da adolescência, para um processo que visava a conversão de sua pena em uma Internação Compulsória, estando ela, então, internada nesses últimos meses, o que considera melhor situação do que o presídio.

Seu entendimento desse processo judicial é limitado e não fica evidente se houve substituição ou atenuação de pena, definição de imputabilidade de algum tipo, ou mandato de segurança para a indicação de sua IC nesse momento.

Cláudia foi acompanhada nesses serviços, segundo ela, por ser muito agitada e agressiva com a família, e pela dificuldade em ter limites, desde criança, o que ficou pior na adolescência. Nesse período, passou a utilizar crack e cocaína, bem como outras drogas, sempre em um padrão que considera destrutivo.

Chegou ao serviço CAPS AD aos 18 anos, transferida do serviço infantojuvenil, durante uma de suas muitas internações realizadas tanto em clínicas e comunidade terapêuticas como em hospitais. Tem duas filhas, tendo perdido a guarda de ambas, que agora são cuidadas por uma tia materna.

Outra situação bastante particular que ela compartilha durante a entrevista é o fato de estar provisoriamente interdita, sendo que sua tutela está com a mãe nesse momento. Tal condição é resultante de uma experiência de IC, feita por solicitação da mãe com o consentimento e cooperação dela. Tal ação foi realizada com o objetivo de prologar o período de uma internação voluntária da qual iria ter alta, sendo sua saída interrompida pelo processo jurídico que culminou, então, em sua primeira internação judicial, durando nove meses, no ano de 2013.

Ela conta que já teve diversas internações, inclusive em modalidade compulsória como essa, e tem muita abertura e desenvoltura ao narrar suas histórias. Faz críticas a si mesma e aos outros de forma franca, e tem ótima memória das situações vividas, e se dispõe, com muita generosidade, a compartilhar suas experiências.

Durante todo o relato, a entrevistada apresenta uma relação com a justiça, com as figuras dos juízes e representações da lei, com as quais negocia, e que parecem mediar sua entrada e saída nos diversos processos de institucionalização e internação. Isso Essa característica é bastante presente na conversa: o quanto o elemento jurídico interfere em sua vida e parece se apresentar enquanto como mediação com seus interesses e com suas entradas e saídas de instituições, nos conflitos familiares e demais aspectos dimensões de sua vida pessoal.

*Foi aonde atrapalhou toda a longa minha vida, e aí eu já tive muitas internações inclusive no Cândido Ferreira, que uma delas foi internação compulsória, além da internação voluntária, é, a minha mãe tentava pedir ajuda pra SAMU, tentava pedir ajuda pra/pro CAPS inclusive, e como eles queriam fazer um tratamento terapêutico comigo mais próximo, eles não queriam me internar, eles queria que eu ficasse de leito noite e permanecesse no dia a dia com eles, só que eu não tava dando conta de poder parar, aonde a minha mãe foi até a cidade judiciária, consegui conversar com o psicólogo, consegui pelo juiz uma internação compulsória, foi aonde eu fiquei nove meses na primeira internação de 2013, eu fui internada 15 de fevereiro de 2013, é 15 do 2.*

Ela comenta que, na primeira Internação Compulsória, foi cooperativa durante o processo, em virtude de sua expectativa de, com o pedido judicial, poder ficar mais tempo internada, sendo que era o que ela e sua família buscavam.

*Sabia, sabia, concordei, assinei todas as papeladas porque inclusive eu mesma não tava dando conta. Acho que, na minha opinião, a internação*

*compulsória é um pouco ruim, por conta que é um longo prazo, mas entre ambas as partes é bom porque eu tenho mais tempo pra poder me tratar, do que uma internação voluntária, que uma internação voluntária é três meses.*

*Agora tão totalmente reduzindo o número de internações, tão querendo de dois a um mês o máximo deixar um usuário internado e eu nesse, no fato da internação de 2013 é, antigamente compulsoriamente não podia sair pra lugar nenhum, era como se fosse um verdadeiro presídio, manter só num espaço fechado, sem fazer atividades, atividades só dentro do local, hoje com muita conversa com a prefeitura, com o juiz, com cidade judiciária, concedeu que internação compulsória pudesse fazer atividade externa dentro do local da “internidade” que fosse acompanhada, é aonde que eu, os nove meses que eu fiquei eu trabalhei, eu pude ir pro refeitório, eu podia jogar bola, eu podia ir pro vôlei, descer pra quadra, então eu fazia todas as atividades como usuário normal, como se fosse uma internação voluntária.*

*E agora nessa internação que eu me encontro de hoje, que eu vim dia 21 do, dia 21? É isso? Dia 21 do 5 que eu vim pra cá até agora eu me encontro bem, inclusive não tô tendo regras assim entre ambas as partes, de mantimento em espaço fechado, tô conseguindo fazer minhas atividades, inclusive semana que vem já vou até começar a trabalhar e entre ambas as partes é ruim por conta da “longuidade” do prazo, que aí você fica à base da mão do juiz, se o juiz achar que você tem que ficar uns dois anos, é horrível, mas entre ambas eu concordo com a internação compulsória muitas vezes por...*

*No primeiro dia que saiu a internação me reneguei, e tem cinco dias que é o prazo da internação, pra você vim ser internada judicialmente, tem esse prazo de cinco dias, passou desses cinco dias aumenta mais cinco vai pra dez dias, se dentro desses dez dias você não for internada você perde a vaga e pode ocorrer uma, você corresponder algo pra justiça por conta que é um mandato da lei.*

Cláudia retrata também, em relação à sua primeira internação, que embora tivesse interesse, quando houve a resposta do aparato judicial estava

novamente na rua em situação de uso intenso, tendo se desenrolado uma ação de busca por parte de sua mãe apoiada pela Guarda Municipal.

*Eu tava na rua. Eu tava usando droga, foi aonde eu fiquei cinco dias escondida da minha mãe pra não poder vim, porque no começo eu aceitei de boa, queria me internar, depois eu não queria mais me internar porque começou a passar na minha cabeça que eu ia ter que ficar um bom tempo aqui, que eu não ia poder mais usar droga, não ia poder mais ver os pessoais da rua, e eu não queria. Aí foi aonde que a minha mãe me achou, chamou a viatura da guarda municipal...*

*Isso, aí ela chamou a viatura da guarda municipal e foi aonde que eu vim internada. Porque em dentro desses cinco dias quando sai a internação compulsória se você faz tratamento no CAPS e o CAPS te acha antes da polícia, da justiça, é, se torna uma internação voluntária.*

*Eu vim contra a minha vontade, na realidade eu tava drogada então eu lutei com eles, eles me algemaram mas eu vim, e inclusive eu tô até hoje sem uso de droga nenhuma por conta dessa internação compulsória, infelizmente eu só fui presa mesmo por conta do meu ex-marido.*

Cláudia se recorda também de sua remoção do local onde estava e de sua chegada ao hospital.

*Não, não fui vítima de violência nada, eles só me conteram por motivo que eu não queria vim, como era um mandato do juiz, não tinha como escolher, ou vai ou não vai, você tem que ir, entendeu? Mas não fui agredida, não fui machucada, eu fui muito bem tratada ao contrário até o SAMU chegar e me trazer pra cá.*

*Isso. Depois foi passando o dia a dia, no começo que eu cheguei eu fiquei meia dopada ainda por conta que eu tinha usado muitas noites sem dormir, aí comecei a tomar medicações mais fortes, então, foi meio que, eu dormia, dormia, só dormia, depois que eu fui começar a ver o tempo passar, aonde que eu fui me reabilitando e entendendo o que que tava acontecendo comigo, porque até eu cair em si eu não sabia o que tava acontecendo, pra*

*mim era uma internação normal. Depois que eu entendi que era da vez que eu fui com a minha mãe na cidade judiciária pedir uma internação compulsória, quando eu me caí por si. Aí foi aonde eu fiquei nove meses, praticamente uma gestação né, uma gravidez, fiquei nove meses internada. E hoje, eu não sei, eu tô numa nova internação compulsória, e eu não sei quanto tempo mais eu vou ter que ficar mais pela nova lei que saiu internação compulsória é seis meses, não pode passar mais disso.*

Ela comenta também como foi o processo de saída de sua primeira Internação Compulsória.

*É a base de, do acompanhamento médico, em equipe, eles reúnem, te avalia o seu dia a dia, e todo toda sexta-feira é mandado um relatório pro juiz dizendo como a Cláudia está, vamos supor assim: ah! hoje a Cláudia tá preparada, ela tá pronta pra voltar pra alta sociedade, pra ela poder trabalhar, pra ela poder cuidar das filhas dela, ela tá ótima e então a gente tá fazendo um pedido de alta dela.*

*Isso, aí até o juiz responder é aquela burocracia, aquele longo prazo que mexer com justiça demora muito. Então é aquele longo prazo. E, mas foi quando o juiz respondeu, de 2013, é, quando eu tava com 6 meses já de internação, eles já tavam pedindo meu pedido de alta e o juiz não respondia, aí quando completou, ia pra completar 9 meses, quase no final do ano, em novembro, o juiz respondeu minha alta, eu saí no dia três de novembro de 2013. E aí fiquei esse longo tempo sem, sem droga e até hoje eu tô bem, essa internação compulsória entre ambas as partes foi como eu falei e torno a falar é ruim por conta do tempo.*

Outro aspecto bastante particular contado por Cláudia é sua situação de interdição.

*Isso. A minha mãe ela é minha tutora, além dela ter a minha guarda, ela é minha tutora. Então um exemplo, se eu quiser sair da minha casa e morar com meu pai, ela pode chamar a viatura, ou pode chamar qualquer pessoa e*

*me buscar e me mandar pra casa de novo porque ela é minha tutora ela responde por mim qualquer atos, inclusive assinatura, qualquer coisa ela responde por mim.*

*Eu, há dois anos eu passei por uma perícia foi aonde eu fui na situação da internação compulsória, eu fui numa perícia, na cidade judiciária com Dr. Eduardo, só que eu não lembro o sobrenome dele. Eu fui na perícia, ele me interditou durante dois anos, aí foi aonde eu saí da perícia, procurei o psicólogo da cidade judiciária, conversei com ele e foi feito o pedido da internação compulsória.*

*E, agora, esses tempos atrás em abril, eu só não lembro a data, eu fiz uma nova perícia, abril ou em fev... acho que foi em fevereiro, que eu fiz uma nova perícia, ele viu que o meu caso se agravou, desse meio termo, por conta que eu tava dando muito trabalho, eu não tava usando droga, mas eu tava agressiva, compulsoriamente, tava muito mal. E aí foi aonde ele me deixou interditada durante dois anos, mais dois anos, então durante esses dois anos ainda quem responde por mim é a minha mãe, aí daqui dois anos vai ter uma nova audiência, vai ser aonde ele vai decidir se vai ser definitiva a interdição ou se eu vou ser absolvida.*

*Por isso que conseguiu converter essa prisão em uma internação compulsória, por conta da interdição. Entre ambas as partes interditada é ser ruim é, mas entre outras é bom porque sempre tem um lado bom e o lado ruim, o lado que te ajuda e o lado que te atrapalha, mas se você se manter o caminho correto nada vai te atrapalhar, eu vou seguir minha vida normal.*

Ainda em relação à sua primeira experiência de Internação Compulsória.

*Olha, eu vou ser sincera, o meu sentimento era de, de voltar pra rua, encontrar os meus amigos e continuar usando droga, mas com o tempo, aqui dentro eu construí muitas coisas, é, eu melhorei o meu semblante, eu melhorei o meu modo de falar, o meu modo de andar, meu modo de agir, o meu comportamento, é praticamente, um hotel cinco estrelas né, vamos dizer assim, o que eu não conseguia na rua, eu consegui conquistar aqui dentro, que foi*

*emprego, que foi roupa, me cuidar, me amar mais, e aprender amar o próximo como a mim mesma, foi uma coisa muito boa pra mim.*

*Foi, os nove meses foi uma ótima internação pra mim. E eu não reclamo porque eu sei que eu não quero passar a minha vida toda interna, mas o tempo que eu ficar aqui pra mim eu tô no lucro, que aqui eu tenho tudo que eu preciso.*

Nesse ponto, fica evidente um dos efeitos de todo o trâmite judicial para conseguir a Internação Compulsória, no caso de Cláudia, que acabou culminando também no seu processo de interdição. O aspecto momentâneo de perda da gerência da própria vida, no caso dela, acabou tomando uma dimensão jurídica duradoura. Cláudia se vê em um processo de interdição feito a pedido da mãe, que como consequência foi nomeada sua tutora, situação dramática que ela conta de forma extremamente envergonhada, quase levando à desistência de explorar tal elemento.

Porém, esse aspecto da experiência de interdição é destaque no relato de Cláudia, as contradições e dificuldades causadas por essa situação, bem como o impacto disso em seus sentimentos e experiências ficam evidentes quando tenta lidar com a realidade de estar limitada em sua liberdade e autonomia.

Esta situação de interdição tem tido especial importância na questão das pessoas em uso de drogas, por causa da dimensão que tem tomado na história de vida de muitos usuários de drogas, e Cláudia representa, através de seu relato, alguns pontos dessa problemática cada vez mais presente.

A interdição consiste em definição judicial de impossibilidade, em virtude de limitação de suas responsabilidades, para os atos da vida civil, podendo ser em modalidade relativa ou absoluta. Em decorrência desse processo, é definida uma pessoa que exerce a curatela do sujeito, respondendo por ele e lhe sendo atribuída a função de representação, responsabilização e cuidado, que no caso de Cláudia coube a sua mãe.

Na história de Cláudia, fica a sensação de que essas situações de institucionalização sucessivas produziram efeitos subjetivos de desconstrução de suas potências. A situação da restrição judicial que vive traz concretamente

as marcas desse processo de limitação e relação de aprisionamento em sua vida.

A entrevistada vê esse aspecto como parte do trâmite e necessário para que consiga a internação, sendo que, nessa segunda internação, tal situação é vista como tendo facilitado a conversão da pena em regime de tratamento fechado, o que considera melhor do que estar detida em um presídio.

*Não, na realidade quando eu fui presa ela já contratou o “adevogado”, um “adevogado” que é da família, que conhece meu caso há muito tempo, que foi meu “adevogado” da primeira prisão. E, ela recontratou ele, e aonde ele fez o pedido de internação compulsória, só que tava esperando marcar a perícia, pra saber a decisão do que ia dar, aí saiu a perícia, eu passei, fui interditada e foi aonde foi concedida a internação compulsória. Entendeu? Então eu tô aqui a base do quê? O juiz não tem motivo pra me sentenciar, por conta que eu sou interditada e eu já estou numa internação compulsória, o máximo que ele pode fazer no dia da audiência, é me dar uma sentença de seis meses, que é o prazo da internação compulsória. Entendeu?*

*É, ele vai equivaler, porque eu já fiquei oito meses presa, então agora tem mais os seis meses, só que todo preso tem os seus direitos, que é semiaberto, benefício, trabalhar, remuneração, remissão, e é os mesmos que eu tô tendo aqui, eu vou começar a trabalhar, não sei se pra ele, pro juiz vai contar como remissão ou não, mas, eu prefiro estar aqui agora nessa internação compulsória, sem ter prazo pra sair, mas sabendo que eu posso ver minha mãe todos dias, posso ver minha filha todos os dias, do que tá numa prisão.*

Na internação atual, Cláudia diz, várias vezes, estar em situação melhor do que a anterior no presídio. Sua vivência de diversas internações, algumas prolongadas, trazem uma mistura com sua própria vida, as experiências sucessivas de institucionalização deixam marcas evidentes.

*Isso, mas saiu, e agora demorou sete meses mas saiu. E faz oito meses dia quinze agora que eu, tô presa, vamos dizer assim, eu tô, dia quinze agora*

*era pra fazer oito meses de prisão, mas conta também como prisão né, por mais que eu tô numa internação compulsória conta né, a única diferença é que agora eu posso sair, eu posso fazer atividades, eu posso interagir com outros pacientes, inclusive até ajudo os enfermeiros, ajudo pacientes que nem muitas coisas que monitores não tá tendo tempo de fazer eu ajudo eles fazer, que é pintar unha de paciente, arrumar cabelo, e foi daonde surgiu a inspiração de terminar meus estudos e me formar em técnica de enfermagem pra trabalhar na psiquiatria.*

*Eu penso mais no que eu gosto de fazer, e eu gosto de cuidar das pessoas, eu tenho paciência pra isso, que eu sou uma pessoa entre ambas as partes compulsiva mas passiva, não tem como acontecer isso ao mesmo tempo mas eu sou assim. Ao mesmo tempo que eu tô ali, querendo, tendo compulsividade, de querer ter as coisas, eu tenho a passividade de cuidar das pessoas.*

*Isso. Então eu aprendi muita coisa aqui dentro. Eu, pra mim de verdade, eu, se eu pudesse, tô sendo sincera, eu moraria aqui, pra mim poder cuidar das pessoas, eu não moraria como paciente, moraria como, vamos dizer assim, uma enfermeira pra poder cuidar dos pacientes na hora que eles tão necessitando.*

*Eu fico pensando em sair, em trabalhar, terminar meus estudos, entregar currículos, tanto em CAPS, quanto em hospitais, nem que se for pra mim servir de monitora por enquanto, sabe eu arrumar um serviço e servir de monitora pra mim poder fazer o meu curso a noite? Da, da enfermagem? E é isso que eu penso. Só que eu não posso meter os pés pelas mãos, eu tenho que ter meus pés no chão, é assim, eu tenho sonhos, todo mundo tem, mas, tem hora que dá pra realizar e tem hora que não dá, a gente tem que ter os pés no chão. Que nem, eu sonho muito em querer trabalhar só que eu não sei o meu amanhã, o meu plano de hoje, o hoje, o que eu penso hoje é terminar meus estudos, em primeiro lugar, e antes de terminar meus estudos, semana que vem começar a trabalhar, e o que eu ganhar, vai ser guardado pra mim poder ter, lá na frente o dinheiro pra mim pagar minha facul..., o meu curso de técnico de enfermagem e depois de enfermagem, são as duas coisas que eu quero.*

Ela exprime suas fantasias e sua compressão da situação na qual se encontra. Cláudia está em um momento muito reflexivo, seu pensamento e seu discurso são ricos, seu comportamento é agitado e extrovertido, evidentemente ela está bastante mobilizada pela situação atual.

*Tô, por mais que minha mãe seja minha tutora, mas assim, eu sou uma pessoa muito mimada, eu sou filha única, então tudo o que eu quero eu sempre tive, e o meu foco hoje é não querer ter tudo o que eu quero.*

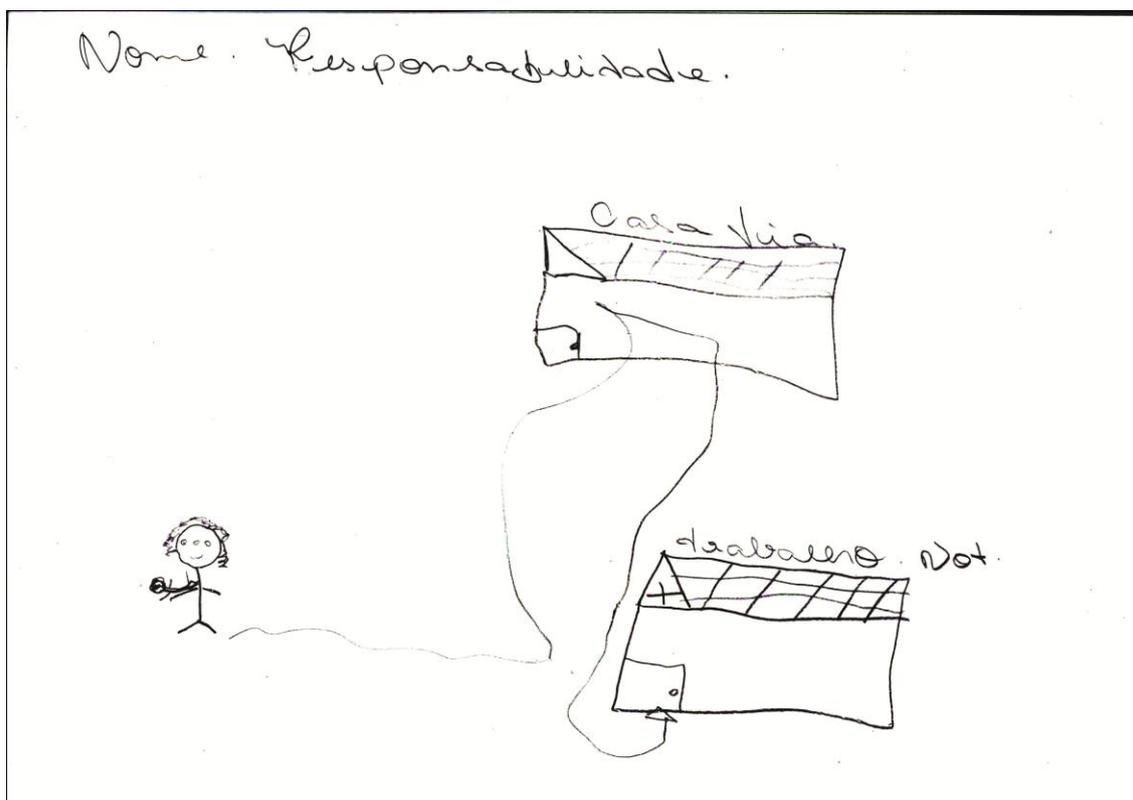
*Querer sim, ter tudo o que eu quero, mas através de mim própria, de... de seguir os meus passos, não dependendo da minha mãe, porque um dia a minha mãe irá faltar e eu vou caminhar como? Então hoje, essa internação, essa segunda internação tá sendo um trabalho totalmente remunerado diferente, tá sendo um trabalho de como a Cláudia irá caminhar sem a mãe, então a minha mãe ela tá de escanteio, hoje ela vem me ver uma vez por semana, ou quando é feriado, ou, de domingo, só, e não traz tudo o que eu quero. Por que? Pra mim não continuar sendo a menina mimada que eu sou. Porque tá na hora de amadurecer, porque até quando eu vou, ter que, ficar correndo atrás de internação, pedindo internação compulsória, pedindo ajuda pro CAPS pra me internar porque eu não tô bem, não, tem uma hora que basta, é uma hora onde que eu sento eu paro eu tô mal, eu preciso desabafar, eu preciso dialogar, conversa comigo? Antes que eu caia? Então esse é meu foco.*

Cláudia se recorda também que, durante sua primeira Internação Compulsória, havia outros pacientes na mesma situação, ao contrário de agora, em que somente ela se encontra nessa situação, e mostra seu entendimento da relação judicial com o aparato médico.

*Ah! tipo, falava, não porque quando eu cheguei na primeira internação já tinha eles internado, compulsoriamente, então tipo eu choquei, pô eles tão um ano e eu vou ficar quanto tempo? Como que eu vou fazer? Tipo, sabe? Mas, eu fui vendo que cada caso é um caso, cada internação compulsória tem um motivo, entendeu? E a internação compulsória deles era um motivo, era o*

*motivo de uso muito forte ou porque não tinha lugar pra ir ou porque a família abandonou, então permanecia num espaço aonde não tava bem, e se só vai de alta mesmo através dos laudos médicos, é os laudos médicos que te ajuda, se os médicos fala você não tá preparada pra ir, você não vai, se os médicos falar que você tá preparada e continuar mandando toda semana seu relatório médico com pedido de alta, o juiz concede, demora, mas concede. Então, o longo prazo da internação não depende só do juiz, depende da avaliação médica.*

Após uma longa conversa, faço a proposta para que ela produza sua representação da situação atual. Cláudia reluta, por dificuldade aparente de se concentrar, e depois começa a traçar um desenho muito rico em elementos, permanecendo por tempo considerável e finalizando-o. Quando termina, nomeia de “Responsabilidade”.



*Porque tipo assim, aqui era eu com a minha filha, saindo, passando na casa da minha tia, deixando ela e indo pro trabalho.*

*Agora dentro dessa internação o que eu faria nesse exato momento, o que era pra mim tá fazendo, cuidando dos pacientes, pintando unha, ajudando a fazer o cabelo, o que eu iria tá fazendo.*

*É, aqui é o caminho, que aí eu ia passar, vou ir desvirtua até uma nova casa, ou uma creche, por exemplo, mas eu sou mais confiável em deixar com minha tia, entendeu? Aqui eu faria outro desenho, outra casa...*

*Que eu não sou muito boa, já falei. Aqui seria, a casa da minha tia, casa tia, onde eu deixaria a minha filha e seguiria até o trabalho. Desenho estranho.*

*Aí, assim, se eu fosse nomear o meu desenho, brincadeira, mas se eu fosse nomear o meu desenho, eu nomearia de responsabilidade.*

Cláudia retrata em sua representação tudo o que não está sendo possível desempenhar em sua vida, o trabalho, o cuidado com as filhas, o trânsito do trabalho para casa e creche, enfim, aspectos de uma vida comum, que não conseguiu desempenhar até o momento.

Curiosamente, mesmo o nome de seu desenho remete à contradição em que se encontra agora: internada através de ordem judicial, sem previsão de alta, interditada, sem ter liberdade civil ou autonomia de escolha, sua relação com as responsabilidades que ficaram impossibilitadas por causa de seu percurso institucionalizado e judicializado.

As tentativas de realizar ações de IC através de pedidos dos familiares, em razão de dificuldades e problemas relacionados com o uso de drogas, e de transformar processos judiciais em medidas de tratamento em regime de internação, culminaram nesse aspecto de prejuízo para sua individualidade e liberdade, deixando essa marca de incapacidade de ser responsável por si e pela própria vida, tão evidente em sua representação.

Um percurso que retrata uma situação atual dramática, com consequências para Cláudia, em que não aparecerem saídas ou estratégias para lidar ou modificar seus efeitos. A sensação de vitimização lhe tira as capacidades de protagonismo e aparece como definitiva em sua história que, como um livro, já tem suas linhas escritas.

Esse talvez seja um dos aspectos mais desastrosos e impactantes dos processos atuais de institucionalização: a segregação e naturalização de uma incapacidade de gerenciar a própria vida, de ser protagonista de sua condição de sujeito, em que os poderes médicos e jurídicos destituem o sujeito das suas potências de sociabilidade e mediação da convivência com os outros.

Esses elementos são presentes na vida da entrevistada, eles perpassam seu passado e direcionam suas expectativas, articulando-se e se agenciando com suas experiências de vida, culminando, a meu ver, numa sobreposição do espaço de vida na sociedade pela vida na instituição.

Seu desenho, nomeado de “Responsabilidade”, traz um percurso entre atividades de trabalho e a casa de familiares que cuidariam da sua filha enquanto trabalha (atualmente ela tem uma filha sob a guarda de uma tia, sendo elemento de influência também em seu desenho). Mas a sua situação de interdita judicialmente a impede de desempenhar esses livres trânsitos pela vida, situação resultante de sua relação com o poder jurídico como um mediador das suas relações sociais e pessoais, o que termina impedindo-a de exercer tal circulação e de arcar com as responsabilidades inerentes à vida comum. Aspecto esse de gravidade no processo de institucionalização vivido, pois a infiltração desses poderes como elementos de mediação dela com o meio social acabam também por lhe tolher a liberdade individual, e seu longo percurso psiquiátrico termina por justificar sua condição de sujeito com limitações de responsabilidade sobre seus atos.

Concluindo, fica a impressão de que Cláudia tem sua trajetória de vida atravessada de forma irreparável pelos impactos e articulações do biopoder, que além de suas faces agudas em situações de exclusão e isolamento dos sujeitos considerados anormais, opera também de forma sistemática e crônica, resultando em processos de perda da capacidade decisória, diminuindo a potência subjetiva de autogoverno do sujeito, com efeitos explícitos em seu discurso e marcados em sua história compartilhada nessa entrevista.

*É que na realidade a minha vida é um livro né, eu tenho como fazer um livro, só preciso de um apoio pra poder enquanto eu irei falando, a pessoa irá ditando pra poder publicar.*

*Porque a minha vida é um livro. Desde os sete anos de idade.*

#### **6.4 Alex**

Esta última entrevista que será apresentada destoa das outras em virtude do fato de Alex, de 49 anos, sujeito magro vestido com roupas que sugerem práticas esportivas, de fala rápida e incessante, que percorre diversos assuntos ao mesmo, ter uma particularidade do acompanhamento que realiza no CAPS desde 2008.

Em todo o seu período de atendimento, por causa do uso de álcool de forma compulsiva, que já acarretou diversos prejuízos psíquicos, sociais e familiares, nunca realizou nenhum período de internação ou de ida a espaço protegido no leito de permanência noturna que o serviço tem disponível em um hospital que compõe a rede de atenção do município. Não só isso, mas em situações ou períodos de intenso uso de álcool, que ocorrem por dias sucessivos, ou nos períodos de interrupção do uso e crises de abstinência, seguidas de período de recuperação, ele sempre passa em casa, onde mora com os pais, recluso, vivendo esses ciclos sozinho e retornando ao CAPS, posteriormente.

*Em determinada situação, após um desses ciclos, Alex solicita atendimento e escuta episódica para retratar situações que vem vivenciando, como estava na escala de plantão para ações na ambiência e intercorrências no serviço, me disponho a ouvi-lo, eu havia chegando há pouco tempo no serviço e não o conhecia.*

*Durante o atendimento, que acabou se prolongando, me contextualizou a situação que vivia de conflito familiar, e me trouxe a sua experiência de reclusão durante todo um período de uso seguido de abstinência, recuperação e seu retorno ao serviço, sendo que discutimos de forma ampla essa sua opção de se distanciar do acompanhamento em momentos específicos.*

*Após esse atendimento, e munido de muita curiosidade em confirmar aquela informação dada por ele, constato que, realmente, não havia registros*

*de uma só internação ou uso do leito oferecido pelo serviço, até aquela nossa conversa em 2012, e isso persistiu até esse momento.*

*Quando iniciei as entrevistas desse projeto, achei que a trajetória extremamente particular de Alex dizia algo sobre a questão da internação, e fui até ele para realizar o convite para que participasse. Foi a única entrevista realizada no CAPS e não em um espaço de internação, minha motivação vinha das lembranças daquele atendimento e de sua posição tão diferente.*

*Realmente, no cotidiano de trabalho, embora ocorram com frequência discordâncias em relação às avaliações de necessidade e solicitações de internação entre pacientes e equipe, a situação de Alex é complementemente única em minha experiência de trabalho, e posso dizer em relação a grande maioria dos outros pacientes do serviço.*

*Não defendo isso apenas pelo fato de ele não ter sido nunca internado, seja voluntária, involuntária ou compulsoriamente, embora uma análise estatística pudesse mostrar que isso por si só já é bem incomum, pois existem pouquíssimos pacientes em acompanhamento regular com situação semelhante.*

*A particularidade no histórico de Alex tem a ver com a opção dele de se isolar e se recolher em casa, impedindo qualquer tipo de ação de qualquer serviço de saúde sobre suas crises, gerenciando-as ele mesmo e recusando de forma argumentativa qualquer iniciativa de atenção à saúde nesses momentos.*

O que de início poderia soar como algum movimento de resistência a esse tipo de recurso, ao nos aprofundarmos traz características de uma forma singular de se relacionar com a força do biopoder e com a experiência de estigma do uso de álcool.

Alex relatou sua experiência de uso contínuo e também sua visão de si mesmo como indivíduo desvalorizado pela condição de uso de drogas, incluindo, no início de sua fala, este aspecto de isolamento ao qual se lança após os episódios de uso. Junto com esse aspecto, estão também evidenciadas em sua fala a medicalização de sua experiência subjetiva, em especial sua atenção ao tratamento medicamentoso e às orientações que absorve ao longo de seu atendimento no CAPS.

Tais relatos põem à mostra um processo subjetivo, sobre o qual podemos conversar, que transita entre a necessidade de abstinência como um ideal de normalidade e de estabilidade, e seus episódios contínuos de uso, em que se sente doente e debilitado, sendo que o trânsito entre esses dois momentos acontece com um período de isolamento gerenciado por ele, de forma solitária e cíclica.

Todo esse itinerário que o entrevistado nos relata, ilustra de forma interessante os diversos lugares que as pessoas em uso de drogas ocupam, sendo que o diferencial de Alex é a produção subjetiva extrema a que chegou em sua decisão de se afastar de toda e qualquer relação quando pretende abandonar o uso.

Essa “internação” em domicílio, sua solução para interromper o uso, aparece como particularmente ligada ao biopoder, na medida em que é um processo de cuidado de si, que guarda as origens de diversos movimentos subjetivos, mas, com certeza, também tem relação com a apreensão do discurso terapêutico e médico, uma situação em que esse poder tem o máximo de sucesso, uma vez que consegue operar sem seus agentes prioritários e operar como uma produção subjetiva própria e singular de Alex.

O movimento de busca ou resistência em relação às internações, tão comum no tratamento de usuários de drogas, no caso de Alex tomou um caminho inesperado, já que ele mesmo toma esse lugar de indicação, aceitação e execução de seu isolamento, bem como de retorno ao tratamento, que é como caracteriza seu atendimento no CAPS, intercalado pelos períodos de uso e de abandono do uso.

Toda essa ruptura, essa suspensão de relação com o serviço ou de seus laços sociais, justificada pela necessidade de interrupção do uso, e reestabelecimento, após a experiência de uso contínuo e de exclusividade com a droga, culmina em um processo em que Alex não negocia com outros os limites de seu uso, a interrupção, o retorno ao uso; todas as decisões e suas implicações se mantêm no âmbito do próprio sujeito.

Junto com essa construção própria, o entrevistado também coloca sua posição de extrema discordância em relação à internação contra a sua

vontade. É inadmissível, para ele, viver uma imposição dessa natureza, vinda de algum ator externo, embora já viva isso regularmente em sua vida.

Tal posição parece inaugurar uma novidade interessante nas reflexões que viemos destacando nesse texto: a vivência e o relato de Alex nos trazem a impressão de uma sofisticação das articulações do biopoder.

Estamos nos referindo a esse caráter particular relatado, em que o próprio indivíduo realiza a ação de isolamento e distanciamento de seus laços sociais com os recursos disponíveis, em seu domicílio. Saem de cena os serviços e profissionais de saúde ou da justiça que operam esses poderes e que definem sua forma de ocorrer.

Dessa forma, se produz um processo em que a gestão da própria vida caminha para a decisão de segregação e isolamento, não do outro, mas de si mesmo como sujeito doente e desvalorizado, tendo que passar por esse momento de sofrimento solitário, para chegar à abstinência almejada como experiência de equilíbrio e de aceitação social e pessoal.

A única exceção nesse isolamento era quando tinha a percepção de uma piora importante ou desconforto grave, que o motivava a pedir a ajuda dos pais idosos para contato com SAMU, objetivando remoção para PS, o que ele disse já ter acontecido, mas não se recordar quando exatamente, sendo que não ocorria com frequência.

Tal posição é extremamente singular, e compreende um panorama que achamos que poderia enriquecer o debate, as reflexões e considerações de Alex sobre o tema, com sua experiência e relato tão diferenciado, sendo que ele também considerou interessante participar, até porque contou que nunca havia pensando sobre isso.

Para ele, ter que gerenciar exclusivamente as próprias crises é uma construção cotidiana e natural, comenta também que, aliado a esse cuidado de si, aparecem também sentimentos que o impedem de comparecer ao serviço, com apresentação debilitada, ou em situação de intoxicação. Uma situação que apresentaremos através do relato resultante de nosso encontro; iniciamos, inclusive, com a descrição da única experiência de tentativa de internação que teve, em algum tipo de clínica, por intermédio de conhecidos, malsucedida –

possivelmente há uma confusão temporal, por parte do entrevistado, que marca essa data já após a chegada ao CAPS.

*Bom pra mim, eu tive uma experiência, antes de 2009, quando eu vim pro CAPS de ter ido antes pra uma clínica, não me lembro bem, acho que em Conchal, que eu quis ir, né, foi em 2008... quando eu perdi o meu emprego.*

*Por intermédio de um pastor de uma igreja, que eu não me recordo qual igreja que é agora, eu acabei que aceitei ir, pra essa clínica em Conchal, eu fiquei 2 dias...*

*Fui num dia, eu só não voltei no mesmo dia, porque como ficava longe da cidade, não tinha transporte, para levar embora de volta, então eu tive que aguardar o dia seguinte pro transporte que trazia o pessoal da cidade pra trabalhar na clínica, pra me levar na rodoviária pra eu voltar.*

*Primeiro que o local, o pessoal lá é só exploração, já deu pra perceber no primeiro dia mesmo que é só exploração, no sentido de ter q fazer as coisas obrigado né, não é uma coisa natural, e outra é que eu levei meus pertences, no mesmo dia sumiu chinelo, sumiu roupa, sumiu cigarro, e eu falei, não para, isso aqui não dá certo não, não é pra mim, tanto que no mesmo dia eu já conversei com o responsável e falei amanhã eu quero ir embora, e outra eu quero minhas coisas que vocês se virem...*

*E aí eles recuperaram com quem pegou de mim, porque lá você levava as suas coisas e usava as suas coisas, só que se tem um armário que coloca as coisas lá mas ele é aberto, e durante o dia, no decorrer do dia eu percebi, porque eu fui pintar lá um caminho lá que é com tijolo né, então eu tava pintando durante o dia, quando eu cheguei eu vi que sumiu, e aí eu fui falar com o pessoal, e eles ah!, mas você precisa tomar cuidado, num sei que tem...*

*Mas e aí como que eu vou tomar cuidado se eu tô lá, trabalhando, não tem ninguém responsável, então eu quero minhas coisas e eu tô indo embora amanhã, esquece não vou ficar aqui não, pode parar... e é paga, na época, pagava um salário-mínimo que era mais ou menos 300 reais, e uma cesta básica, não era de graça, ce entendeu. Nós pagamos né, e eu acabei perdendo tanto o valor o quanto a cesta básica, mas eu vim embora. Então assim, foi uma experiência muito ruim.*

*E eu também vi o pessoal, lá, não vi vantagem nenhuma, tanto que de lá pra cá, eu me coloquei na situação de que eu não quero mais internação nenhuma, eu sou contra internação.*

Com isso, Alex já coloca sua posição de não recorrer a internações, e também sua experiência de passar pelas situações de crise em casa. Ao comentar sobre as internações que realizamos no CAPS, ele retrata os efeitos que observa nos outros pacientes que frequentam o serviço.

*Se continuasse, fora daqui, sem usar, seria cem por cento maravilhoso, mas é que infelizmente, não é dessa forma que as coisas acontecem, mas em si a internação que vocês dão para os pacientes, ela é muito boa porque eu vejo que traz soluções, né eu já vi vários casos de pacientes aqui que foram internados, e que quando retornaram, até ficaram um tempo sem usar, mas não seguraram a bronca e voltaram a usar substância, no meu caso, eu não vou internado, mas eu fico em casa, eu faço o uso, mas um determinado momento eu boto a mão na minha consciência, não, eu tenho que voltar novamente, mas não vou internado, eu fico em casa e aí... passo todo um sofrimento, um grande sofrimento, porque não deixa de ser um sofrimento, porque é um grande sofrimento, principalmente na área dos primeiros dias da abstinência, né.*

*Porque você fica aí dez, quinze, vinte dias consumindo, sem comer, sem tomar banho, você fica parecendo um andarilho, “um ligeira”, um cara que mora na rua, e eu tenho casa, então quer dizer é horrível, é uma situação horrível.*

Ele relata em detalhe a sua experiência com o álcool, e também a vivência de se manter gerenciando sua crise no domicílio.

*É que quando eu caio nessas crises a chave da porta eles tiram pra eu não me fechar, e aí eles me veem, e chamam o SAMU, pra me levar pro hospital pra mim tomar soro, soro e tal, aí dá uma reabilitada, e eles liberam, aí volto e passo todos os sintomas de abstinência, em casa, e começo devagarinho a ir tomando um suco, tomando leite, porque você não consegue*

*comer nada, porque se fica daquele jeito, não para nada no estômago, é horrível, tremedeira, porque a abstinência, a de bebida é pior do que a de qualquer outra droga, né, é devastador, né...*

Além dessa experiência de isolamento e de autocuidado com apoio familiar, Alex parece internalizar alguns comportamentos aprendidos com a equipe de saúde, relatados a seguir.

*A parte da tremedeira né, da abstinência, que a bebida causa, a bebida faz que isso aconteça, já diminui, e passa, eu tomo medicação, quando passo em recaída eu não tomo a medicação, nunca misturei, eu tomo diazepam, né, e nunca misturei, isto é uma coisa que eu não faço, nunca fiz e nunca vou fazer, eu sei quais as consequências, né, que isso pode trazer, e quando eu volto, quando eu paro de beber eu não volto a tomar a medicação diazepam no mesmo dia, eu espero um ou dois dias pra voltar a tomar a medicação, porque eu tô muito intoxicado.*

Após todo esse relato, o que chama atenção, além de toda a circunstância, é que ele afirma que tal situação nunca foi comentada ou teve muita atenção no serviço de saúde, inclusive relata que nunca havia conversado de forma tão profunda sobre isso, nem sido contestado em sua prática, exceto quando recebeu visita de um profissional.

*Sim, foi muito bom, eu gostei, porque realmente eu estava bem mal, porque fazia uns 2 meses que eu não vinha, isso foi a uns 6 meses atrás, foi antes do campeonato de futebol, e a minha referência foi em casa e chegou lá e ele foi lá, e eu lembro dele estar lá, só que eu não lembro efetivamente o que nós conversamos, não me pergunte, porque eu não sei eu só sei que ele estava lá, né, mas eu estava muito intoxicado, então, eu não me lembro o que nós conversamos, e aí eu fiquei chateado quando eu retomei tudo de novo novamente, passei por toda essa situação, a 6, 7 meses atrás, né, e ele falou que ficou assim, impressionado me vendo no estado em que eu estava, porque*

*eu tava supermagro, totalmente debilitado, só querendo beber, só querendo beber, só querendo beber...*

*Só que com a visita dele eu parei, deu um “start”, aí retomei, fiquei mais 6 meses sem consumir, e aí agora que tive uma nova recaída, mas foram 10 dias, só...*

O entrevistado chega a comparar a sua vivência com uma internação hospitalar em dado momento, realizando uma reflexão de similaridade entre as duas situações.

*E assim a internação, no meu ponto de vista no meu caso, eu penso que eu não preciso estar em um local para parar de beber, porque eu consigo parar de beber na hora em que eu tomo a decisão, e toda essa situação da parte de abstinência eu consigo lidar com ela naturalmente, é difícil, é difícil, mas eu lido com ela naturalmente, no sentido de suportar e me cuidar, no momento que eu resolvo parar de beber, eu tomo a decisão e vou em frente e volto às minhas atividades normais, numa questão de 10 dias.*

Aproveitando a abertura de Alex, conversamos de forma direta sobre como ele se sentiria no caso de uma ação de internação contra a sua vontade, ao que ele responde de forma tão direta quanto a pergunta.

*Ah! eu iria ficar muito nervoso, eu acho que eu sairia fora de mim totalmente, não vejo isso pra mim de forma alguma, não admitiria, pra mim, pra mim mesmo, não admitiria.*

Sua posição é bastante definitiva, e cabe pouca negociação nesse aspecto. De certa forma, sua estratégia de autocuidado também é radical, e apresenta uma perspectiva de distanciamento do serviço, e também uma negativa muito bem-sucedida das propostas de ações mais invasivas, tão comuns nos tratamentos realizados pelo CAPS.

O silêncio sobre isso por parte da equipe complementa tal panorama, e torna impossível saber a quais riscos ele está sujeito nessa prática de

isolamento e reclusão no domicílio, sem nenhuma avaliação profissional. Ao mesmo tempo, sua persistência e estratégia realmente evitaram qualquer internação durante todo o período de acompanhamento e tratamento.

A representação de Alex gira em torno de suas atividades e preferências de ação realizadas no CAPS, embora eu tenha centralizado a proposta na representação de aspectos relativos à internação e suas ideias sobre isso. Após hesitar muito, ele retrata esses aspectos ligados ao seu projeto de cuidado em um desenho muito rico em elementos.

Alex é um paciente muito ativo e que tem grande participação em diversas atividades do serviço, tendo interesse pelas atividades de oficina aberta e esportivas oferecidas. Seu discurso geralmente circula em torno dos conflitos familiares, tanto atuais como de seu passado, está presente também, em seu desenho, uma janela que, ao ser perguntado, afirma ser de seu quarto. Quarto esse que é o local onde escolhe passar de forma solitária as situações tanto de intoxicação extrema, como de recuperação, em um ciclo particular, movimento subjetivo que pode ser pensado com elementos de resistência, e, paradoxalmente, como de extremo sucesso da ação dos poderes de gestão da vida ao quais estamos submetidos.

Enfim, o entrevistado nomeia o desenho, com hesitação, terminando por dar um nome bastante complexo e que sintetiza diversas ideias simultâneas: “O amanhã, não necessariamente o amanhã, mas um dia dessa forma.”

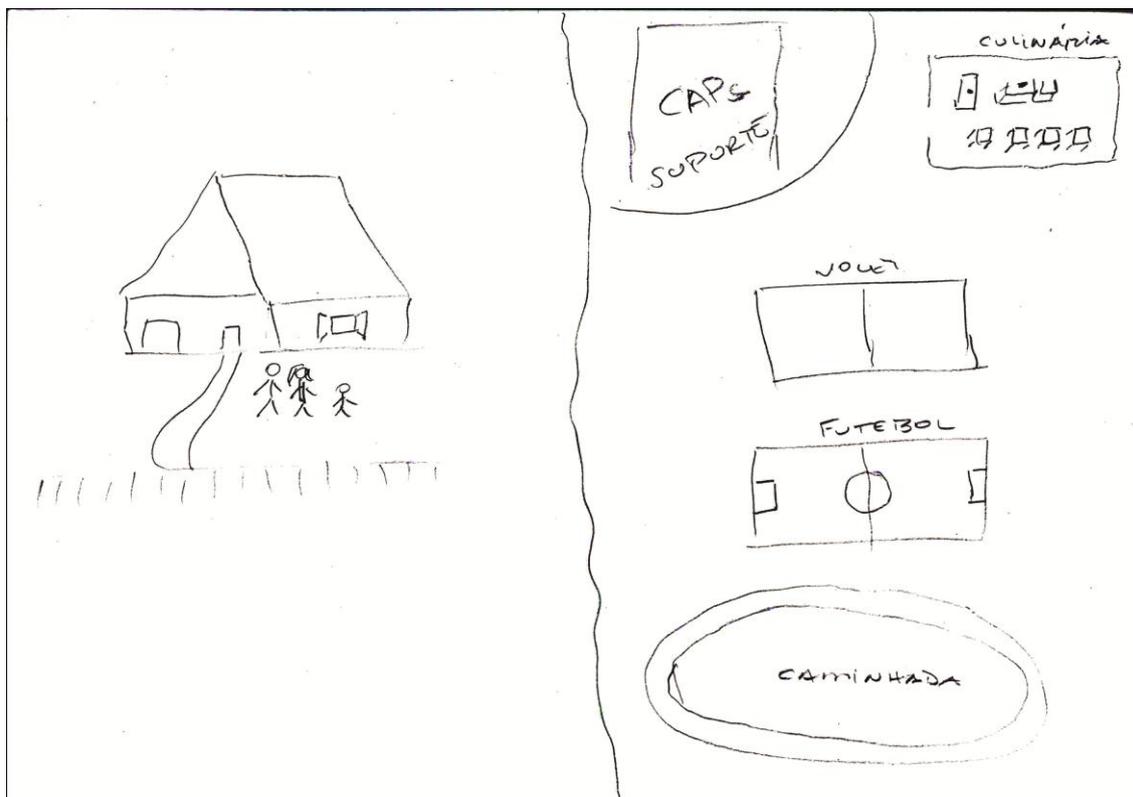
*Minha casa, meus pais e eu tranquilos, fora aquele cara (irmão), que é o grande problema, o CAPS que me dá suporte pra eu aguentar um bom tempo, e em cima do que eles me dão suporte, eu faço o que eu mais gosto que é praticar esporte, que é voleibol, futebol, caminhada e participar da culinária que também me deixa muito contente.*

*Isso, que é o que me dá suporte, pra me manter na minha casa, e eu nem quero colocar a figura do meu irmão, como eu não considero como irmão, nem quero colocar ele aqui junto com nós, porque ele é o grande problema, eu procuro o CAPS pra lidar com isso, porque eu sei que só eu vou conseguir, o que vocês dão é um suporte, pra conseguir lidar.*

*E até hoje eu não consegui, mas eu estou na luta pra poder administrar essa situação, pra viver bem com meus pais, mas eu estou na luta e se deus quiser eu vou conseguir.*

De certa forma Alex internaliza e desempenha, ainda com mais sucesso, os efeitos normalizadores de conduta, as lógicas de abstinência, de gestão de si, e todo o aparato institucional não é necessário para seu isolamento e reclusão, uma vez que ele mesmo opera esse mecanismo de forma solitária e relata com discurso que soa de forma dolorosa ao ouvinte.

Embora não seja desprezível o aspecto singular de sua prática, e tenha, sim, elementos muito particulares e decisão baseada em sua autonomia, ela parece apresentar a ideia de subjetividade rendida ao ideal de individualidade e segregação, quando em situação de sofrimento decorrente de sua experiência com o uso da bebida.



Reconhecemos, nesse circuito, uma sensação que teve intensidade nesse encontro, uma metáfora das ações de IC e IV, produzindo e evidenciando, nos processos de subjetivação contemporâneos, movimentos sectários e individualizantes.

Tal movimento subjetivo, apresentado por Alex, parece impedir a negociação e a construção de outras perspectivas de cuidado e de governo de si pactuados nas relações com os outros, captura da singularidade subjetiva e aceitação por parte do sujeito de uma identidade “anormal”, e que por isso necessita ser isolado.

O impacto dessa lógica, sobre o entrevistado é evidenciado em sua experiência, mas o aspecto político e coletivo de tal relato é mais amplo, e parece apresentar importante dimensão do contemporâneo na produção de processos sociais e subjetivos de segregação, individualização e segmentação das diferenças e das heterogeneidades que os compõem.

Na análise acerca do sistema penitenciário e jurídico realizada por Rauter (2003), a autora põe à mostra as características de violência dessas instituições, articulando-se como uma estratégia política mais ampla de internalização do controle pelos indivíduos, com mecanismos que se relacionam com aspectos da vida íntima e social, tornando-se, então, mais sutis, mas também mais eficazes.

Entendemos, aqui, que o poder psiquiátrico, que guarda importante ligação com o poder jurídico, também possa ter essa dimensão de capilarização e internalização de suas funções sociais e de produção subjetiva disciplinar, segregadora e de tradução das experiências pessoais com o uso de drogas centralizadas em torno dos elementos patológicos e morais.

Alex parece apresentar esse aspecto de forma intensa e singular, na medida em que realiza esse autoisolamento, essa autocensura, e, por fim, periodicamente, rompe seus laços até mesmo com o serviço de saúde ao qual recorre, experiência que é relatada com intenso pesar e sofrimento, mas com poder suficiente para ser considerada natural e justificada para ele, portanto, sem espaço para questionamentos ou estranhamentos.

Sucesso último do biopoder, esse panorama em que cada um opera sobre si próprio um regime totalitário, em que se naturaliza subjetivamente a

própria internação, sem nem precisar de meios institucionais ou de poderes médicos para se realizar, abandonando-se os preceitos de uma atenção à saúde mental que prime pelos ideais de sociabilidade e de garantia de direitos.

Fica como fechamento dessa discussão a necessidade de busca de aspectos que tencionem essa naturalização do isolamento e da segregação, que pudemos apreender nesse encontro, e que nos indiquem possibilidades de que, mesmo diante de panorama tão grave, existam perspectivas de construção de outros movimentos subjetivos em nosso tempo.

São essas perspectivas que compõem os desafios atuais do cuidado em saúde mental para pessoas que apresentam problemas de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, perspectivas de investimento na desconstrução da hegemonia do proibicionismo como norma social, do isolamento como norma de tratamento e do discurso da anormalidade como forma de repressar a singularidade dos sujeitos.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após todo o esforço empreendido nesse trabalho, chega o momento de esboçar um fechamento que comunique nosso ponto de chegada e, ao mesmo tempo, indique outros caminhos a serem seguidos nessa temática.

Para tanto, gostaríamos de abordar o aspecto que se tornou gritante ao longo de sua execução, enquanto nos aprofundávamos na literatura e principalmente no contato com as pessoas entrevistadas, na reflexão decorrente dessas entrevistas e na ressonância das questões que se apresentavam. Aspecto que está ligado a toda a carga política e afetiva de incerteza, medo, opressão e segregação com as quais nos deparamos nesse percurso, embora a perspectiva do trabalho fosse apresentar dimensões de resistência e reflexão, e abrir canais de comunicação e, por meio destes, permitir outras formas de enxergar os complexos fenômenos e instituições que estão compondo e sendo operantes nos processos de IC e IPI.

Os efeitos sobre os sujeitos e sua disponibilidade em apresentar suas perspectivas e histórias foi, de alguma forma, chamando atenção para uma dimensão bastante particular e definitiva, que, a nosso ver, apesar de muito explorada em relação às propostas de ação sobre as pessoas em uso de drogas, poucas vezes vimos nomeadas da forma como farei nessa conclusão.

Tal investimento se liga principalmente à impressão que construímos ao longo do trabalho sobre a tentativa de subjugar que se abate de alguma forma sobre os sujeitos que vivenciam esses processos, bem como o aspecto coletivo e de massa que se pretende instaurar nessas propostas de políticas de controle e segregação de certo grupo populacional.

Intervenções que se utilizam da articulação do poder médico e jurídico, como já dito, para validar suas justificativas e métodos de operação e naturalizar, através da produção de técnicas e da enunciação de verdades, esse exercício de poder.

É nessa articulação que a IC alcança o máximo de efeito e de agenciamento, com a ampliação e capilarização do biopoder, bem como encontra sua utilidade máxima para o fortalecimento do Estado nas sua necessidade e intenção de políticas de controle e repressão do corpo social.

Dessa forma, intensificam-se as desarticulações das resistências e da heterogeneidade contemporâneas presentes na relação da sociedade com as drogas, bem como a normatização, tanto no que diz respeito a quais drogas estão disponíveis mercadologicamente para o consumo quanto a quais sujeitos se permite a liberdade de uso lícito ou ilícito de tais substâncias.

Aos grupos e pessoas que passam pelos meios de segregação e isolamento, considerados como formas de tratamento ou de proteção, já tendo vivenciado experiências de marginalização anteriores ou posteriores, temos os possíveis movimentos de captura e resistência ao longo da vida e de suas histórias.

Tais movimentos, conforme apresentado nesse trabalho, levam a relações sociais e posições subjetivas marcadas pelo atravessamento desse regime de poder pelos laços coletivos, institucionais e pessoais desses sujeitos, aspectos que são, ao menos até o momento, completamente descartados no debate acerca de sua protagonização como política pública de atenção às pessoas que fazem uso de drogas.

Não bastasse toda essa crítica, utilizaremos novamente recurso teórico desenvolvido por Foucault (2001), em sua obra *Os Anormais*, para validar um aspecto ainda mais dramático nesse panorama.

Na conclusão do citado texto, o autor apresenta importante reflexão histórica acerca do desenvolvimento da psiquiatria e da ampliação de sua influência e importância, através do seu avanço na articulação com os processos jurídicos e a conseqüente expansão de seu espectro de intervenção por meio da ultrapassagem de seu limite de ação, que antes recaía apenas sobre o doentio e o patológico, operando na produção de verdades e práticas sobre o desvio das condutas humanas.

Foucault discorre também sobre a importância da figura dos anormais como centrais nessa produção de saberes e técnicas que culminou, no fim do século XIX, com a tentativa do poder psiquiátrico de ascender à “instância geral de defesa da sociedade contra os perigos que a minam do interior” (Foucault, 2001, p. 403).

Porém, e aqui se intensifica o aspecto dramático da constatação, o autor elucida que, nesse processo de ampliação, cria-se, nessa época, o racismo

contra o anormal como portador de um estado, de um estigma, situação que permite, em aliança direta com o poder do Estado moderno, uma filtragem e um controle disciplinar sobre a população e sobre determinados grupos, na medida em que estes indivíduos precisam ser detectados no interior da sociedade. Ligado a esse movimento, Foucault discorre ainda sobre o carácter de afirmação dos processos de estabelecimento do racismo nas relações sociais do século XX, de onde podemos presumir sua intensificação decorrente.

Dessa forma, o poder psiquiátrico produz um agenciamento de prática e produção de verdade que inaugura um racismo diferente do racismo étnico (utilizado anteriormente e localizado externamente nas populações que compunham a nação). É esse racismo, acomodado como relação científica com o não normal, que vai se justificar como necessário ao bom andamento da sociedade, pois vai permitir sua filtragem e assegurar a expansão do poder psiquiátrico a novos patamares.

Concluído esse entendimento, acreditamos que tal dimensão se alie diretamente ao que foi percebido e retratado nesse trabalho, qual seja, que o atual movimento de expansão das práticas de segregação e isolamento como política de atenção e cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, ou em situação de vulnerabilidade, corresponde a uma expressão desse racismo, atualizando-se nos movimentos contemporâneos de resistência às perspectivas reformistas do atual modelo de atenção psicossocial.

Apesar de atravessar o campo das políticas de saúde, é óbvio que tal racismo não se limita a essa dimensão, mas, sim, produz e se reproduz capilarizando-se por toda a sociedade, propiciando processos de subjetivação que operam nessa lógica, justificando um esquadramento e um regime de enunciados sobre esses anormais, legitimando práticas que os descartam como sujeitos portadores de uma subjetividade e tentando impedir sua voz ativa de circular com legitimidade. Socialmente, tenta se inscrever como discurso homogêneo e hegemônico, numa tentativa de fazer resistência às outras perspectivas e saberes, diminuindo a possibilidade de negociação e de outras formas de intervenção, culminando num processo de naturalização que direciona também o imaginário social sobre esse tema, legitimando e defendendo a sociedade, conforme já mencionado.

Embora as experiências de aplicação institucional das ações de internação compulsória em massa tenham acompanhado momentos históricos específicos – e de certa forma estejam, agora, arrefecidas em sua abordagem de massa –, podemos considerar que, mesmo tal prática não tendo força para sua continuidade e ampliação, ela foi exitosa na medida em que instituiu uma massificação de seu ideário e a capilarização de seus aspectos autoritários na sociedade e na atenção à saúde.

Como consequência, observamos uma acentuação da legitimidade de ações isoladas de tentativas de IC, o aumento de processos judiciais ligados a tais ações, trazendo consigo todo um ideário de práticas sociais e relações subjetivas que a tomam de forma banalizada e definitiva como solução para complexas situações de vida. Tal iniciativa busca revalorizar o asilamento como resposta única às questões relativas aos sujeitos envolvidos com o uso de drogas e em situação social de vulnerabilidade ou em conflito com a lei.

Outra face desse processo de institucionalização da IC está ligada ao esforço de desvalorização das ações de atenção psicossocial e de redução de danos, e a concorrência direta por recursos financeiros estatais e investimentos necessários para a continuidade da expansão das Redes de Atenção Psicossocial, e de ampliação não só dos serviços CAPS, mas de outros dispositivos comprometidos com a perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Tal processo ao mesmo tempo mascara o impacto da expansão da medicalização e medicamentação da vida cotidiana, presentes nessa investida, e não considera os complexos determinantes sociais e subjetivos presentes nessa percepção e ação sobre as pessoas que fazem o uso de drogas lícitas e ilícitas e sobre as singularidades dos processos de perda de saúde, direitos e vínculos sociais relacionadas a isso.

Nesse panorama, o biopoder toma importância central nessa análise, na medida em que é seu exercício que vai operar esse racismo que permite a aceitação, na experiência coletiva, de tirar a vida, em uma sociedade de normalização – sociedade essa que opera segundo a lógica da eliminação dos elementos que denunciam suas incongruências ou contradições, vistas como resistências que podem pôr em cheque a homogeneidade do corpo social.

Esse racismo moderno se volta contra os inimigos políticos do projeto societário vigente. Dessa forma, os criminosos, os loucos, todos os anormais ou desviantes, têm decretado um processo de mortificação, operados através do imperativo social da “morte dos outros”, e exercido pelas instâncias e instituições historicamente designadas para tal, em seu movimento de ampliação e perpetuação, caso do poder jurídico e médico.

Esse processo de retirada do direito à vida não é encarado só de forma literal

É claro, por tirar a vida não entendo simplesmente o assassinio direto, mas também tudo o que pode ser assassinio indireto: o fato de expor a morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição, etc. (Foucault, 2010, p. 216).

É nesse momento que reforçamos um enlaçamento com a situação das pessoas que fazem uso de drogas, alvos das ações psiquiátricas ou judiciais de internação.

Acreditamos que tal grupo de pessoas, das quais tivemos a oportunidade de nos aproximar e construir uma ampliação do entendimento de sua situação para apresentar nesse trabalho, seja historicamente acometido por esses processos de racismo que culminam na tentativa de negação do direito à vida que Foucault menciona, e, atualmente, temos no cenário político brasileiro uma nova e intensa investida desses mecanismos.

Tal investida está ligada a dois aspectos evocados por essa população, sendo que o primeiro e mais evidente concerne às características anormais e marginais diretamente remetidas a ela, estruturando uma necessidade de intervir sobre esta população, função que historicamente se origina e contemporaneamente se atualiza nos poderes envolvidos no ordenamento social.

Já o segundo aspecto está relacionado com a denúncia que essas pessoas fazem, através mesmo de sua existência e de seu discurso, da falência do modelo proibicionista de relação do Estado com as drogas, do impacto do consumismo ligado à indústria farmacêutica e aos processos de medicamentação, da desigualdade econômica, enfim, de uma gama de características das sociedades modernas que evidenciam aspectos de

insucesso das suas promessas de harmonia pelo modo capitalista de relação e produção, e que põem em cheque a soberania do Estado moderno no gerenciamento do corpo social.

Diante desse panorama, além de dificuldades históricas que se colocam e novos desafios que se apresentam, a reforma psiquiátrica e a atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas, como política de atenção, apresentam-se como algumas das instâncias que trazem um outro discurso e uma perspectiva alternativa e, muitas vezes, de resistência a esses processos de mortificação dos sujeitos.

Concomitante a todo o investimento realizado na expansão dos serviços substitutivos territoriais e na ampliação da Rede de Atenção, é importante a afirmação e o destaque das estratégias de cuidado apoiadas no paradigma da Redução de Danos e a aproximação com equipamentos e movimentos sociais ligados à defesa dos direitos humanos, para buscar fazer frente as práticas asilares que tendem a buscar sua efetivação com apoio do aparato médico jurídico conservador.

Outro ponto importante é a articulação dos atores institucionais ligados à Reforma Psiquiátrica com os movimentos sociais e de comunicação que possam se aliar a tais intenções, ampliando o carácter geralmente setorial das ações e do discurso voltado para a proposta de continuidade do modelo alternativo de atenção em saúde mental.

Torna-se necessário enfatizar que a Reforma Psiquiátrica tem estreita relação com o movimento da Reforma Sanitária e com a consolidação do SUS, e que seu enfraquecimento ou retrocesso, principalmente em relação aos mecanismos de centralidade em processos de internação, pode levar a prejuízos no que diz respeito à consolidação das políticas de atenção à saúde mental, e a entraves no financiamento de tais ações em detrimento de outras práticas.

Tal investida desconsidera a importância de ações em conjunto com a Atenção Primária em Saúde, não levando em conta lógicas matriciais e de responsabilidade sanitária mútua, e também de princípios constitucionais, como a integralidade das ações de saúde, e de organização das Redes de Atenção.

Dessa forma, a discussão, o enfrentamento e os movimentos de resistência a essa inversão de prioridade nas políticas de atenção a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas deve ser ampliado em direção a todo o movimento sanitário e de defesa do SUS.

Tal articulação é necessária, e deve superar as fronteiras dos serviços e fóruns de saúde mental, para aumentar sua potência de resistência e ampliação, promovendo sua sustentação no contexto adverso atual, entendendo que faz parte das conquistas de direitos e da consolidação da política de saúde vigente.

Por último, e, com certeza, com maior destaque, é preciso pensar, no bojo das ações de atenção psicossocial e de cuidado em saúde da população, estratégias de atenção e de mobilização coletiva que tenham também possibilidade de evidenciar tal movimento de retrocesso a percepção de trabalhadores de saúde, pessoas atendidas, familiares, atores de outras áreas e da sociedade em geral.

Tal perspectiva de mobilização associada à prática alicerçada em aspectos críticos e clínicos comprometidos com a vida e a promoção de autonomia e liberdade, já exitosa nos processos de desinstitucionalização da população psiquiátrica a partir dos anos 1990, talvez seja um campo a ser explorado na atenção psicossocial de pessoas em uso de álcool e outras drogas com maior intensidade.

Obviamente que existem diferenças nesses dois processos históricos, mas o que eles têm em comum é a necessidade de emancipação e luta por direitos de uma população assistida por um aparato que busca produzir confinamento e práticas de institucionalização, e a necessidade de construção e ampliação de estratégias terapêuticas e reformistas dos dispositivos de cuidado em saúde mental.

O que se persegue é a importância da implicação dos atores envolvidos na ação de promover um encontro subjetivo e institucional que produza, além do cuidado em saúde, a possibilidade de pensar ações de continuidade da circulação da diversidade e das singularidades presentes no meio social. Enfim, que produza alternativas aos investimentos contemporâneos,

percebidos como reedições dos grandes internamentos psiquiátricos já realizados no Brasil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, D. S. de. Internação compulsória: posição contrária. **Jornal Carta Forense**. 01/04/2012. Disponível em: <<http://www.cartaforense.com.br/conteudo/artigos/internacao-compulsoria-posicao-contraria/8670>>. Acessado em: 23 out. 2015.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/02.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ARAÚJO, T. **Almanaque das drogas**: um guia informal para um debate racional. São Paulo: Leya, 2012.

ARRAIS, P. S. D. et al. Perfil da automedicação no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 71-7, fev. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n1/2212.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000100010>.

AZENHA, S. S. D. O internamento compulsivo e a representação da doença mental: percurso histórico. **Arquivo de Medicina**, Porto, v. 28, n. 2, p. 54-60, abr. 2014. Disponível em <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v28n2/v28n2a05.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2015.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Afinal, é possível uma outra política de drogas para o Brasil? In: LIMA, E.; FERREIRA NETO, J. L.; ARAGON, L. E. (org.). **Subjetividade Contemporânea**: desafios teóricos e metodológicos. Curitiba: CRV. 2010. p. 61-70.

BARROS, L. P. de; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

BARROS, D. M. de; SERAFIM, A. de P. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 175-177, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n4/a08v36n4.pdf>>. Acesso em: 25 sept. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832009000400008>.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (org.). **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: ICICT/Fiocruz, 2014.

BATISTA, V. M. Drogas e criminalização da juventude pobre. In: ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SÃO MARTINHO (org.). **No mundo da rua**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2001. p. 44-56.

BAUMAN, Z. **Arte da vida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n3/v28n3a15.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000300015>.

BITTENCOURT, R. N. A fragilidade das relações humanas na pós-modernidade. **Espaço Acadêmico**, v. 9, n. 100, p. 62-69, set. 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/viewFile/7606/4568>>. Acesso em: 13 jul. 2015.

BRASIL. **Lei nº 9.017, de 30 de março de 1995**. Estabelece normas de controle e fiscalização sobre produtos e insumos químicos que possam ser destinados à elaboração da cocaína em suas diversas formas e de outras substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e altera dispositivos da Lei nº 7.102, de 20 de junho de 1983, que dispõe sobre segurança para estabelecimentos financeiros, estabelece normas para constituição e funcionamento de empresas particulares que explorem serviços de vigilância e de transporte de valores, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde**. Texto preliminar destinado à consulta pública. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2391/GM**, de 26 de dezembro de 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 131**, de 26 janeiro 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 130**, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

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. 2004, 210p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>

CHAVES, T. V. et al. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1168-75, dec. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/2774.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2015. Epub Sep 02, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000066>.

COELHO, I.; OLIVEIRA, M. H. B. de. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 359-367, jun. 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0359.pdf>>.  
Acesso em: 25 jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140033>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: CFP, 2013.

CUNDA, M. F.; SILVA, R. A. N. da. O crack em um cenário empedrado: articulações entre os discursos jurídico, médico e midiático. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n. spe, p. 245-255, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26nspe/25.pdf>>. Acesso em: 24 jun 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000500025>.

DALSENTER, F. B.; TIMI, J. R. R. O Embasamento Legal do Internamento Compulsório de Dependentes Químicos. **Percurso**, Curitiba, v. 12, n. 1, p. 2-15, 2012. Disponível em: <<http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/percurso/article/view/485/370>> Acesso em: 23 out. 2015.

DANTAS, F. G. Epilepsy and marijuana - a review. **Journal of epilepsy clinical neurophysiology**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 91-93, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jecn/v11n2/a05v11n2.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-26492005000200005>.

DANTAS, J. B. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal**, Revista de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 563-580, set./dec. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v21n3/11.pdf>>. Acesso em: 5 dec. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922009000300011>.

DEBORD, G. **A sociedade do espetáculo e Comentários sobre a sociedade do espetáculo**. Trad. bras. Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia**, vol. 1. Trad. Bras. A. Guerra Neto. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

DONALD, A. The words we live in. In: GREENHALGH, T.; HURWITZ, B. (orgs.). **Narrative based medicine**. 3<sup>th</sup> ed. London: BMJ Books, 2002. p. 17-28.

DUALIBI, L. M. F. B. **Revisão sistemática: Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil**. São Paulo, 2010. 86 folhas. Tese (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2010.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Qualitative research, cartography and healthcare: connections. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 38, p. 663-75, jul./set. 2011.

FIORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos**, CEBRAP, São Paulo, n. 92, p. 9-21, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/nec/n92/n92a02.pdf>>. Acesso em: 18 sept. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002012000100002>.

FONSECA, G. A.; FLORES, P. da S. Internação Compulsória e Medidas de Saúde: uma História já Conhecida. In: ALVES, E. L.; BREGA FILHO, W. (coord.). **Direitos Sociais e Políticas Públicas II** [Recurso eletrônico on-line] Florianópolis: CONPEDI, 2014. p. 177-201 Disponível em: <<http://publicadireito.com.br/publicacao/ufsc/livro.php?gt=113>>. Acesso em: 23 out. 2015.

FONTANELLA, B. J. B.; TURATO, E. R. Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 439-447, ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11762.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, supl. 2, p. s321-s330, dec. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s2/09.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000600009>.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

\_\_\_\_\_. **Os Anormais**. Curso no Collège de France (1974-1975). Trad. bras. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_. **A verdade e as formas jurídicas**. Trad. bras. Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais. Rio de Janeiro: Nau, 2002.

\_\_\_\_\_. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **Segurança, Território e População**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2010.

\_\_\_\_\_. O nascimento da medicina social. In: **Arte, Epistemologia, Filosofia, e História da Medicina**. Org. e sel. Manoel Barros da Motta. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. p. 402-424. (Ditos e Escritos VII).

FRANCO, T. B.; MERHY, E.E.; El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 7, n. 1, p. 9-20, enero/avril 2011. Acesso em: 10 jul. 2015. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/produccion-subjectiva-cuidado.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

GALLASSI, A. D.; ELIAS, P. E. M.; ANDRADE, A. G. de. Caracterização do gasto SUS com internações de dependentes de substâncias psicoativas no período de 2000 a 2002 no município de Campinas - SP. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 2-7, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35s1/a02v35s1.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000700002>.

GENGHINI, M. A. B. Pojeto "Nova Luz" (2005-2013): Intervenção na Propriedade Privada e Participação do Poder Econômico na Requalificação urbana por meio da Concessão Urbanística. **Ciências Sociais Aplicadas em Revista**, v. 13, n. 24, p. 37-51, 1º sem. 2013.

GODOY, M. G. C.; BOSI, M. L. M. A Alteridade no Discurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira face à Ética Radical de Lévinas. **Physis**, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 289-299, 2007.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

\_\_\_\_\_. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GONZÁLEZ, M. C. ¿Por qué bioética y derecho? **Acta Bioethica**, Santiago do Chile, ano 8, n. 2, p.183-193, 2002.

HYDÉN, L. C. Illness and narrative. **Sociol. Health Illn.**, v. 19, n. 1, p.48-69, 1997.

JUNGERMAN, F. S.; LARANJEIRA, R.; BRESSAN, R. A. Maconha: qual a amplitude de seus prejuízos? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n1/23704.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000100003>.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 15-22, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a03v19n1.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822007000100003>.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. **Fractal**, Revista de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 263-280, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v25n2/04.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000200004>.

LARANJEIRA, R. et al. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), Unifesp, 2014

LEVY, R. B. et al. Disponibilidade de "açúcares de adição" no Brasil: distribuição, fontes alimentares e tendência temporal. **Revista brasileira de**

**epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 1, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n1/01.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100001>.

LIMA, M. A. Internação involuntária em Psiquiatria: legislação e legitimidade, contexto e ação. In: ALVES, L. C. A. (coord.). **Ética e psiquiatria**. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2007. p. 262.

LIMA, R. B. de. **Legislação Criminal Especial Comentada**. 2 ed. Salvador: Juspodivm, 2014.

LOURAU, R. **A Análise Institucional**. Petrópolis/RJ: Vozes, 1975.

\_\_\_\_\_. Implicação e sobreimplicação In: ALTOÉ, S. (org.). **René Lourau: Analista institucional em tempo integral**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

MACERATA, I.; DIAS, R.; PASSOS, E. Paradigma da Guerra às Drogas, Políticas de Ordem e Experiências de Cuidado na Cidade dos Mega-Eventos. In: BATISTA, V. M.; LOPES, L. E. (org.). **Atendendo na Guerra: Dilemas Médicos e Jurídicos sobre o "CRACK"**. Rio de Janeiro: Revan. 2014. (Criminologia de Cordel 3)

MACERATA, I. M. **Traços de uma Clínica de Território: Intervenção Clínico Política na Atenção Básica com a Rua**. 2015. 293p. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015.

MARTINS, L. A. M.; PEIXOTO JUNIOR, C. A. Genealogia do biopoder. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 157-165, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a02.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822009000200002>.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas e Cidadania em debate**. Brasília: CFP, 2012, p. 09-18.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. ver. e aprim. São Paulo: Hucitec, 2006.

MIRANDA, L.; CAMPOS, R. T. O. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 907-913, out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/7074.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2015. Epub Ago. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000051>.

MOURA, A. H. **A Psicoterapia institucional e o clube dos saberes**. São Paulo: Hucitec, 2003.

NEGRI, A.; COCCO, G. **Biopoder e luta numa América Latina Globalizada**. Rio de Janeiro; São Paulo: Record, 2005.

NOVAES, P. S. O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 342-356, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v17n2/1415-4714-rlpf-17-02-00342.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0381v17n2a13>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU, Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime - Unodoc. **Declaração Conjunta** - Centros de Detenção Compulsória e Reabilitação de Usuários de Drogas. 2012. Disponível em: <[http://www.unodc.org/documents/lpobrazil//noticias/2013/03/COMPLETA\\_DECLARACAO\\_CONJUNTA\\_MARCO\\_2012- traducao.pdf](http://www.unodc.org/documents/lpobrazil//noticias/2013/03/COMPLETA_DECLARACAO_CONJUNTA_MARCO_2012- traducao.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2013.

ORTEGA, F. et al. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1510.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2015. Epub Sep. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000003>.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17-31.

PASTURA, G.; MATTOS, P. Efeitos colaterais do metilfenidato. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 2, p. 100-4, 2004.

PAULON, S. M. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 18-25, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a03v17n3.pdf>>. Acesso em: 24 dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822005000300003>

PEREIRA, A. S.; WURFEL, R. F. O uso de maconha como estratégia de redução de danos em dependentes de crack. **Aletheia**, Canoas, n. 34, abr. 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942011000100013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000100013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 mar. 2015.

PINHEIRO, G. H. de A. O devido processo legal de internação psiquiátrica involuntária na ordem jurídica constitucional brasileira. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 16, n. 3038, out. 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/20292>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicologia Ciência Profissão**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 2-15, dez. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-)

98932001000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 abr. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932001000400002>

RAUTER, C. **Criminologia e Subjetividade**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

REIS, C.; GUARESCHI, N. M. F.; CARVALHO, S. Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 26, n. spe., p. 68-78, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26nspe/08.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

RENATO, L. C. et al. Internação Compulsória de Dependentes Químicos. **Revista Eletrônica de Ciências Jurídicas**, Ipatinga, v. 1, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://fadipa.educacao.ws/ojs-2.3.3-3/index.php/cjuridicas/article/view/144/pdf>>. Acesso em: 2 out. 2015.

RIBEIRO, M. M.; ARAÚJO M. R. Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F.G. (org.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 457-68.

RODRIGUES, T. Narcotráfico e militarização nas Américas: vício de guerra. **Contexto Internacional**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 9-41, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cint/v34n1/v34n1a01.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-85292012000100001>

RORTY, R. **Contingência, ironia e solidariedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ROSA, B. P. G. D. da; WINOGRAD, M. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. spe, p. 37-44, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23nspe/a06v23nspe.pdf>>. Acesso em: 7 mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400006>.

RUI, T. **Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack**. 2012. 335p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2012.

RUIZ, V. R. R.; MARQUES, H. R. A internação compulsória e suas variáveis: reflexões éticas e socioculturais no tratamento e reinserção do paciente na sociedade. **Revista de Psicologia da Saúde**, Campo Grande, v. 7, n. 1, jun. 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n1/v7n1a02.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2015.

SANTOS, C. E. dos; COSTA-ROSA, A. da. A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 4, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n4/v24n4a08.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

SCISLESKI, A. C. C.; MARASCHIN, C. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 457-465, set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n3/v13n3a06.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000300006>

SOARES-WEISER, K.; WEISER, M.; DAVIDSON, M. Uso de maconha na adolescência e risco de esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, n. 3, set. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25n3/a03v25n3.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462003000300003>.

SOUSA, F. S. P. de; OLIVEIRA, E. N. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 671-677, maio 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a09.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300009>.

SOUZA, S. C. de; SILVA, C. K. A Internação Compulsória de Dependentes Químicos: A prática sob a ótica da Nova Ordem Constitucional. **Letras Jurídicas**, Belo Horizonte, v. 2, 17 set. 2014. Disponível em: <<http://npa.newtonpaiva.br/letrasjuridicas/?p=490>>. Acesso em: 23 out. 2014.

SOUZA, T. de P. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”**: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). 2013. 355p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2013. .

\_\_\_\_\_. O nascimento da biopolítica das drogas e a arte liberal de governar. **Fractal**, Revista de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 979-998, set./dez. 2014.

\_\_\_\_\_. O método da cartografia: conhecer e cuidar de processos singulares **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Colombia, v. 33, n. 1, p. S75-S83, 2015.

TEDESCO, S. H.; SADE, C.; CALIMAN, L. V A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal**, Revista de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 299-322, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v25n2/06.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000200006>.

TRINCA, W. (org.). **Formas de investigação clínica em psicologia**: procedimento de desenhos-estórias: procedimento de desenhos de família com estórias. São Paulo: Vetor, 1997.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em: 7 jul. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>.

UNIFESP. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas. **II LENAD: Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://inpad.org.br/lenad/cocaina-e-crack/resultados-preliminares/>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

VELHO, G. A dimensão cultural e política do mundo das drogas. In: ZALUAR, A. (org.). **Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos**. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 23-30.

VIÈGAS, L. S.; OLIVEIRA, A. R. F. TDAH: conceitos vagos, existência duvidosa. **Nuances: estudos sobre Educação**, Presidente Prudente, v. 25, n. 1, p. 39-58, jan./abr. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.14572/nuances.v25i1.2736>

WURDIG, K. K.; MOTTA, R. F. Representações midiáticas da internação compulsória de usuários de drogas. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, dez. 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n2/v22n2a14.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.2-13>.

## APÊNDICES

### 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Título da pesquisa:

**Sentidos e Significados Atribuídos por Pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas a Internação Compulsória.**

**Registro:** 39692914.4.0000.5404

#### Pesquisadores responsáveis:

Américo Orlando de Azevedo - DSC/FCM/Unicamp

Prof. Dr. Tadeu de Paula Souza - DSC/FCM/Unicamp

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

#### Justificativa e objetivos:

Esta pesquisa tem interesse de apresentar as opiniões acerca do tema da Internação Compulsória de pessoas que fazem o uso de Álcool e outras Drogas, ou seja, o que pensam os indivíduos que viveram esse tipo de internação, suas impressões e o que sentem a respeito disso. Pretendemos levar em consideração o efeito de tal internação no tratamento destes indivíduos, bem como nas consequências na vida desses de acordo com eles mesmos.

Esperamos também elaborar um estudo que contribua com o debate desse tema no Brasil.

Os objetivos da pesquisa são:

Compreender os Sentidos e Significados Atribuídos por Pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas a Internação Compulsória.

Reconhecer o que os pacientes compreendem como sendo a Internação Compulsória.

Perceber quais impressões os indivíduos que fazem tratamento têm desse tipo de internação.

#### Procedimentos:

Participando do estudo, você está sendo convidado a dar uma entrevista relacionada ao tema, que **será gravada em áudio se você autorizar e concordar em participar**. As gravações serão arquivadas após a conclusão do estudo.

A entrevista acontecerá em um único encontro, com até 2 horas de duração, em local a ser combinado entre você e o pesquisador. Após a entrevista você será convidado a realizar uma representação gráfica (desenho) sobre esse assunto, o objetivo deste é servir como meio de expressão não verbal e complementar a entrevista, posteriormente você será convidado a descrever seu desenho e lhe dar um título.

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rubrica do participante: \_\_\_\_\_ Pagina 1 de 4

#### Continuação Procedimentos:

Os desenhos também não serão identificados, mantendo o sigilo em relação aos criadores e poderão ser utilizados para divulgação e apresentação do trabalho posteriormente, sendo que serão arquivados após a conclusão do estudo.

**Para participar da pesquisa você deverá concordar com a participação na entrevista, a gravação em áudio da mesma e seu arquivamento, a produção do desenho, sua utilização pelo pesquisador nas formas já descritas e também o arquivamento dessa produção.**

#### Desconfortos e riscos:

O principal risco para as participantes da pesquisa é o impacto psicológico que pode ocorrer ao falar de situações de sofrimento no passado ou no presente, relacionado às suas experiências pessoais.

Neste caso, as pesquisadoras garantirão o suporte e os cuidados necessários na rede de serviços públicos de saúde, previdência, assistência social ou outros.

Pode haver momentos de desconforto ao longo da entrevista, no entanto, esta poderá ser interrompida a qualquer momento, caso você o deseje. Você pode se recusar a participar e retirar seu consentimento ou interromper a participação na pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo de seu tratamento no CAPS ou outros.

Não será possível participar se você estiver intoxicado devido o uso de alguma substância psicoativa no momento da entrevista ou se apresentar algum problema de saúde incapacitante nesse momento, procederemos remarcando a entrevista.

**Benefícios:**

O principal benefício direto para os participantes são as possibilidades de se expressarem sobre o tema, produzindo reflexões que podem contribuir para estes, de forma individual ou coletivamente, contribuindo também para o atendimento de saúde que necessitam.

Os potenciais benefícios indiretos da pesquisa para as participantes são:

A importância e relevância da opinião destes em relação ao que pensam os pacientes de um CAPS AD a Internação Compulsória sobre utilização dessa ação nessa população.

Levantamento de importância referente ao tema, permitindo aos indivíduos alvo da internação se expressar sobre a mesma.

**Acompanhamento e assistência:**

Caso a participação nesta pesquisa tenha impactos negativos sobre a sua saúde mental, a equipe do CAPS AD Independência (da qual o pesquisador faz parte) oferecerá o suporte necessário, a ser definido junto com você, dentro de seu Projeto Terapêutico Singular.

**Sigilo e privacidade:**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rubrica do participante: \_\_\_\_\_ Pagina 2 de 4

**Ressarcimento:**

Se você tiver que se deslocar até o local da entrevista, o valor da passagem será ressarcido pelo pesquisador no dia da entrevista, sendo considerado valor de ida e volta de transporte público ou gastos com combustível. Você não terá benefícios financeiros decorrentes de sua participação nesta pesquisa.

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com o pesquisador Américo Orlando de Azevedo, no setor Cândido Escola do Serviço de Saúde Cândido Ferreira, endereço:

Rua Antonio Prado, 430, Sousas, Campinas, SP, tel 19 37588629, horário de Funcionamento: 2ª a 6ª, das 8 h às 17 h, ou também pelo email [americoazevedo2@yahoo.com.br](mailto:americoazevedo2@yahoo.com.br).

Disponibilidade também do Prof. Dr. Tadeu de Paula Souza, no DSC/FCM/Unicamp, telefone (19) 3521-9578, as segundas-feiras das 8 h as 17 h.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

**Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter sido esclarecida sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, **aceito participar e autorizo a gravação em áudio e arquivamento da entrevista pelo pesquisador:**

Nome do(a) participante:

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante ou nome e assinatura do responsável)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

- autorizo a gravação do áudio da entrevista e seu arquivamento ( ) (rubrica do participante)
- não autorizo a gravação da entrevista ( )

**Autorização para utilização e arquivamento do desenho produzido na entrevista:**

Após ter sido esclarecida sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, **aceito participar e autorizo a utilização do desenho produzido, bem como seu arquivamento pelo pesquisador:**

Nome do(a) participante:

\_\_\_\_\_

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do responsável)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

- autorizo o uso do desenho e seu arquivamento ( ) (rubrica do participante)

- não autorizo o uso do desenho ( )

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rubrica do participante: \_\_\_\_\_ Pagina 3 de 4

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante.

Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rubrica do participante: \_\_\_\_\_ Pagina 4 de 4

## ANEXOS

1.



**Serviço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira"**  
Utilidade Pública Federal nº 48991/60, Estadual 561/61 e Municipal 3936/70  
CNPJ 46.044.368/0001-52  
Em co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde desde 1990  
**Comissão de Avaliação de Solicitação de Pesquisa**  
Rua Antônio Prado, 430 – Sousas - Campinas-SP - Brasil - Cep 13106--042  
Fone/Fax: 055 - 0XX -19 - 3758 -8629 - E-mail: [protocolopesquisa@gmail.com](mailto:protocolopesquisa@gmail.com)

### DECLARAÇÃO

Declaramos, a fim de viabilizar a execução da pesquisa intitulada "Sentidos e significados atribuídos por pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas a Internação Compulsória", sob a responsabilidade do pesquisador Américo Orlando de Azevedo, que o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira conta com a infra-estrutura necessária para a realização da referida pesquisa.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Campinas, 07 de novembro de 2014.

\_\_\_\_\_  
Heloisa Novaes de Miranda Amaral  
Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira

2.

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Sentidos e Significados Atribuídos por Pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas a Internação Compulsória.

**Pesquisador:** Américo Orlando de Azevedo

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 39692914.4.0000.5404

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

**Patrocinador Principal:** Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 989.494

**Data da Relatoria:** 09/03/2015

**Apresentação do Projeto:**

Introdução: Atualmente, apesar da relevância de uso de drogas lícitas (álcool e tabaco) e seus impactos na Saúde Pública brasileira, há também, um panorama importante de atenção das Políticas Públicas de Saúde Mental, voltadas ao tratamento devido prejuízos do uso de substâncias psicoativas ilícitas (Brasil, 2010).

Tanto destaque tem sido dado em diversos âmbitos, inclusive destaca-se aumento de seu financiamento específico, com o do Decreto 7179 (Brasil, 2010), que instituiu o Plano de Enfrentamento ao Crack, com recursos financeiros de cerca R\$ 410 milhões de reais, para ser implantado de acordo com suas diretrizes. Dentre os fatores que influenciaram tal investimento temos o advento a partir da década de 90 do início do uso de crack no Brasil, e de sua disseminação maciça entre as populações mais vulneráveis, algo observável desde seu surgimento na metade da década de 80 nos Estados Unidos, e sua conseqüente chegada a outros países, conforme indica o levantamento realizado por Duailibi (2010). Outros dados, apresentados pelo Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD) realizado pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), ligado a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), com resultados preliminares disponíveis para acesso

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 989.494

pesquisa em dezembro de 2015.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 989.494

CAMPINAS, 18 de Março de 2015

---

**Assinado por:**  
**Renata Maria dos Santos Celeghini**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br