UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RUBENS CORREIA JUNIOR

**Poder e Exclusão - A Internação Involuntária à luz dos Direitos Humanos e a
percepção do usuário de drogas como sujeito de direitos**

RIBEIRÃO PRETO

2016

RUBENS CORREIA JUNIOR

Poder e Exclusão - A Internação Involuntária à luz dos Direitos Humanos e a percepção do usuário de drogas como sujeito de direitos

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Estudos sobre a conduta, a ética e a produção do saber em saúde.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Carla Aparecida Arena Ventura

RIBEIRÃO PRETO

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Correia Junior, Rubens.

Poder e Exclusão - A Internação Involuntária à luz dos Direitos Humanos e a percepção do usuário de drogas como sujeito de direitos. Ribeirão Preto, 2016.
191p.

Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Orientadora: Ventura, Carla Aparecida Arena

1. Direitos humanos. 2. Internação Involuntária. 3. Clínicas terapêuticas.
4. Exclusão social. 5. Direitos e Garantias Fundamentais

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Rubens Correia Junior

Título: Poder e Exclusão - A Internação Involuntária à luz dos Direitos Humanos e a percepção do usuário de drogas como sujeito de direitos

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em:/...../.....

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico, este trabalho primeiramente ao meu filho **João Francisco**, pois foi ele, sem dúvida, que me ensinou que apesar dos percalços, os fins acabam por compensar os tropeços do caminho. Aos **meus pais** agradeço por suportarem incansáveis horas de estudo e pesquisa. Aos **meus avós (in memorian)** por terem me ensinado que existe mais beleza no caminho do que necessariamente no lugar de destino.

Aos usuários de drogas, drogodependentes e a todos os vulneráveis e excluídos de nossa sociedade que de certa forma se veem representados neste trabalho e aos que me ajudaram a concluí-lo.

À minha dileta orientadora **Carla Arena Ventura** por toda a paciência e humildade a mim destinadas desde 2012 quando nos conhecemos. Obrigado pelo carinho, pela dedicação e pelos grandes ensinamentos acadêmicos, mas também de cunho pessoal. Levo-te como exemplo de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram de alguma forma para este trabalho, foram infinitas pessoas que auxiliaram, de infinitas formas, por isso minhas escusas pelo esquecimento que, por ventura, vou cometer nessas páginas.

Agradeço aos amigos e companheiros de jornada, entre eles **Luís Fernando, Emanuelle**, em especial a **Bruninha** meu anjo da guarda, todo o grupo GEPESADES. Em especial um agradecimento ao grande amigo e ilustre jurista **Murillo Gutier**, por sua ajuda intelectual e cultural a esse mestrado. Agradeço também a **Samantha** por ter sido uma companheira nos anos deste trabalho. Por ter incentivado e me apresentado à escola de enfermagem.

Nesse sentido, não posso deixar de ser grato aos lugares que me acolheram como profissional, entre ele agradeço a todos do IPEBJ, FACTHUS e a todos da UNIPAC Uberaba. Ao pessoal da AFAG ENGENHARIA por todos estes anos ao meu lado, principalmente ao Dr. Aderlon Gomes, por tudo que me ensinou em mais de uma década juntos.

Por fim, agradeço a **Luana** por suportar o peso de todas essas duzentas páginas, por todas as dicas e incentivos e principalmente pela singeleza do companheirismo.

Primero se llevaron a los judíos, pero como yo no era judío, no me importó.

Después se llevaron a los comunistas, pero como yo no era comunista, tampoco me importó.

Luego se llevaron a los obreros, pero como yo no era obrero tampoco me importó.

Más tarde se llevaron a los intelectuales, pero como yo no era intelectual, tampoco me importó.

Después siguieron con los curas, pero como yo no era cura, tampoco me importó.

Ahora vienen a por mí, pero ya es demasiado tarde.

Bertold Brecht

RESUMO

CORREIA JUNIOR, R. Poder e Exclusão - A Internação Involuntária à luz dos Direitos Humanos e a percepção do usuário de drogas como sujeito de direitos (mestrado). Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

O presente trabalho se localiza entre os saberes da saúde, jurídicos e criminológicos no âmbito das internações involuntárias de usuários de drogas, com foco na lei 10.216 de 2001 e sua funcionalidade frente a uma engrenagem celular de controle social. Nesta perspectiva, a inter-relação entre o Direito e a Saúde Mental se intensifica em vários aspectos, seja no âmbito do respaldo legal para tais condutas, no contexto dos direitos e garantias constitucionais atingidos com a restrição de liberdade de um cidadão ou na esfera ideológica, com a limitação e exclusão de sujeitos sendo uma das ferramentas do controle social de determinada parcela da sociedade, concretizada por meio de políticas por vezes profiláticas e higienistas. O **objetivo** geral desta investigação foi compreender a percepção dos usuários de drogas internados involuntariamente em uma clínica terapêutica sobre a vivência de seus direitos humanos, com foco em situações de exclusão favorecidas pela evolução legislativa, políticas públicas e práticas dos serviços de saúde para usuários de drogas. Trata-se de pesquisa qualitativa com referência à abordagem dialética que utilizou-se da entrevista semiestruturada e observação participante para a coleta de dados. Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo. Os sujeitos participantes do estudo foram pacientes de uma Clínica Terapêutica, usuários de drogas e internados involuntariamente. Os **resultados** identificaram a exclusão dos usuários de drogas e a consolidação intramuros de um caráter segregador e repressor, sem o compromisso com a ressocialização e reinserção dos sujeitos vulneráveis na sociedade. As entrevistas demonstraram a ausência da percepção por parte dos usuários de drogas de seus direitos e garantias fundamentais. Ademais verificou-se um desamparo em relação aos direitos humanos e a ausência de possibilidades de reabilitação e empoderamento. Foi observado nas falas a ausência das garantias e direitos fundamentais, por vezes suspensos frente a uma instituição total consolidada. A observação participante evidenciou a Clínica Terapêutica como um espaço de exclusão referendado por um aparato legal com uma intersecção com a política criminal excludente de drogas no Brasil. **Conclui-se** que os usuários de drogas são pertencentes a uma parcela da sociedade excluída e fragilizada pelo objeto de consumo que acaba por mitigar e desconstruir seus direitos. Desta forma, há necessidade de deixar falar o usuário de drogas, sujeito de direitos, e a dependência ao uso de drogas não deve ser vista apenas como uma enfermidade, mas também como um reflexo das políticas públicas de controle social segregacionistas que devem ser contrapostas à dignidade humana e os direitos do indivíduo. Por fim, o usuário de drogas necessita ser considerado como um sujeito de direitos e assim ter potencializada a consciência de suas garantias como cidadão e dos propósitos de qualquer cerceamento de liberdade.

Palavras-chave: Direitos humanos. Internação Involuntária. Clínicas terapêuticas. Exclusão social . Direitos e Garantias fundamentais

ABSTRACT

CORREIA JUNIOR, R. Power and Exclusion. The Involuntary Hospitalization in the light of human rights and the perception of the drug user as a subject of rights (master's degree). Ribeirão Preto, School of Nursing, University of São Paulo; 2016.

This work is located between health knowledge, juridical and criminological in the context of involuntary admissions of drug users, focusing on the Act 10.216 of 2001, and your functionality front of a gear of social control. In this perspective, the interrelationship between the Law and Mental Health intensifies in many aspects, either under the legal support for such conduct in the context of constitutional rights and guarantees achieved with the restriction of freedom of a citizen, or in the ideological sphere with the limitation and exclusion of subjects being one of the tools of social control in a certain part of society, sometimes concretized by prophylactic and hygienists policies. The general objective of this research was to understand the perception of drug users admitted involuntarily in a therapeutic clinic about your experience of their human rights, focusing on exclusion situations favored by legislative developments, public policies and practices of the health services for drug users. It is a qualitative research with reference to the dialectical approach that we used semi-structured interviews and participant observation. The data were analyzed by content analysis. The participants in the study were patients of one therapy clinic, drug users and hospitalized involuntarily. The results identified the exclusion of drug users and the consolidation of an internal segregating and repressive character, without the commitment to the rehabilitation and reintegration of vulnerable individuals in society. The interviews showed the lack of awareness on the part of drug users of your rights and guarantees. In addition there was a dereliction in relation to the human rights and the absence of rehabilitation and empowerment possibilities. In the speeches was observed the default of guarantees and fundamental rights, sometimes suspended against a consolidated total institution. The participant observation showed the Therapy Clinic as an exclusion space countersigned by a legal apparatus with an intersection with the exclusionary criminal drug policy in Brazil. It is concluded that drug users are belonging to a part of the excluded and weakened society by consumer object that ultimately mitigate and deconstructing your rights. Thus, there's a need to stop talking about the drug user, a subject of rights, and the addiction to drug use should not be seen only as a disease, but also as a reflection of public policy segregationist of social control against the human dignity and the rights of the individual. Finally, the drug user needs to be considered as a subject of rights and so have a awareness potentiated of their guarantees as a citizen and of the purposes of any retrenchment of freedom.

Keywords: Human rights. Involuntary Hospitalization. Therapeutic clinics. Social exclusion . Fundamental Rights and Guarantees

RESUMEN

CORREIA JUNIOR, R. El Poder y la Exclusión - la internación involuntaria a la luz de los derechos humanos y la percepción del consumidor de drogas como un sujeto de derechos (maestría). Ribeirao Preto, Escuela de Enfermería, Universidad de Sao Paulo; 2016.

Este trabajo se encuentra entre el conocimiento de la salud, legal y criminológico en el contexto de los ingresos involuntarios en clínicas terapéuticas, centrándose en la Ley 10.216 de 2001 y su funcionalidad delante de un engranaje móvil de control social. En esta perspectiva, la interrelación entre la Ley y Salud Mental se intensifica en muchos aspectos, ya sea en el marco del apoyo legal para dicha conducta, en el contexto de los derechos y garantías constitucionales logrado con la restricción de la libertad de un ciudadano o en el ámbito ideológico con la limitación y exclusión de los sujetos que son una de las herramientas de control social en una determinada parte de la sociedad, que se logra a través de políticas veces profilácticas e higienistas. El **objetivo** general de esta investigación fue comprender la percepción de los consumidores de drogas ingresados involuntariamente en una clínica terapéutica e la percepción de sus derechos humanos, centrándose en situaciones de exclusión favorecidos por la evolución legislativa, las políticas y las prácticas de los servicios de salud públicos para los usuarios de drogas . Se trata de una investigación cualitativa en relación con el enfoque dialéctico que se utilizó entrevistas semiestructuradas y observación participante para recoger datos. Los datos fueron analizados mediante el análisis de contenido. Los participantes en el estudio eran pacientes de una clínica terapéutica, usuarios de drogas hospitalizados involuntariamente. Los resultados identificaron la exclusión de los usuarios de drogas y la consolidación de un segregante intramural y el carácter represivo, sin compromiso con la rehabilitación y la reinserción de las personas vulnerables de la sociedad. Las entrevistas mostraron la falta de conciencia por parte de los consumidores de drogas de sus derechos y garantías. Además hubo una impotencia en relación con los derechos humanos y la falta de posibilidades de rehabilitación y potenciación. Se observó la ausencia de garantías y derechos fundamentales, a veces suspendida contra una institución total consolidado en los estados. La observación participante mostró la clínica de la terapia como un espacio de exclusión refrendado por un aparato legal con una intersección con la política criminal de la droga excluyente en Brasil. Se **concluye** que los consumidores de drogas son propiedad de una parte de la sociedad, excluidos y debilitados por el objeto de consumo que en última instancia mitigan y deconstruyen sus derechos. Por lo tanto, hay necesidad de dejar hablar al consumidor de drogas, como sujeto de derechos, y la adicción al consumo de drogas no debe considerarse sólo como una enfermedad sino como un reflejo de las políticas públicas de control social que debe ser opuesta a la dignidad humana y los derechos individuales. Por último, el consumidor de drogas debe ser considerado como sujeto de derechos y así han mejorado el conocimiento de sus garantías como ciudadano y de los efectos de cualquier restricción de la libertad.

Palabras clave: Derechos Humanos. hospitalización involuntaria. clínicas terapéuticas. la exclusión social. Derechos y Garantías Fundamentales

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Célula eucarionte.....	38
Figura 2.	Engrenagem celular de controle social.....	44
Figura 3.	Ciclo de segregação social.....	50
Figura 4.	Instituições e seus sujeitos vitimários.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Cronologia dos atos normativos relativos à drogas e internações involuntárias no Brasil.....	91
Quadro 2.	Síntese das etapas da coleta de dados.....	117
Quadro 3.	Caracterização dos sujeitos do estudo.....	126
Quadro 4.	O interno frente à instituição.....	130
Quadro 5.	Características de Instituição Total verificadas na observação participante.....	136

LISTA DE SIGLAS

- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas
- CID - Classificação Internacional de Doenças
- CIDH - Comissão Interamericana de Direitos Humanos
- CRP - Conselho Regional de Psicologia
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- ONU - Organização das Nações Unidas
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
 1. CAPÍTULO 1	
POR UMA GENEALOGIA DO PODER – USUÁRIOS DE DROGAS E	
CONTROLE SOCIAL.....	23
1.1 A “genealogia do poder” e sua compreensão no âmbito da estrutura cultural e social.....	25
1.2 O “poder” na perspectiva genealógica frente a uma engrenagem social de controle.....	27
1.2.1 A cultura do controle como componente essencial dos mecanismos sociais de segregação.....	34
1.3 O poder e sua engrenagem celular de controle social.....	36
1.3.1 O poder nucléico.....	37
1.3.2 A engrenagem celular descortinada.....	39
1.3.3 A exclusão e vulnerabilidade como consequência da estrutura social de controle.....	45
1.4 Poder, controle e exclusão - O usuário de drogas como vítima expiatória.....	51
1.5 Poder, bode expiatório e guerra às drogas.....	54
 2. CAPÍTULO 2	
O APARATO MÉDICO A SERVIÇO DA EXCLUSÃO.....	59
2.1 O objeto das práticas médicas - A doença e os doentes, o normal e o anormal.....	60
2.2 O modelo asilar excludente e a história das práticas médicas de confinamento.....	65
2.3 A desconstrução do modelos asilares.....	69
2.4 As comunidades e clínicas terapêuticas e o reempoderamento das instituições asilares.....	72
 3. CAPÍTULO 3	
O APARATO LEGAL A SERVIÇO DA EXCLUSÃO.....	78
3.1 As Internações Involuntárias de usuários de drogas na perspectiva da Legislação Brasileira.....	79
3.1.1 As Internações voluntárias, involuntárias e compulsórias.....	80
3.1.2 As internações involuntárias, sua cronologia e o corolário do	

proibicionismo.....	81
3.2 A dignidade da pessoa humana: seus limites e alcances frente à restrição de liberdade de usuários de drogas.....	96
3.3 As internações involuntárias e os direitos humanos: repressão versus necessidade.....	98
3.4 As internações involuntárias, frente à redução de danos – regra ou exceção.....	101
3.4.1 A redução de danos e a busca pela liberdade do sujeito.....	102
3.4.2 A internação involuntária e sua necessidade.....	104
 4. CAPÍTULO 4	
OBJETIVOS.....	108
4.1 Objetivo Geral.....	109
4.2 Objetivos Específicos.....	109
 5. CAPÍTULO 5	
METODOLOGIA.....	110
5.1 Tipo de Pesquisa.....	111
5.2 Participantes do Estudo.....	112
5.3 Critérios de Inclusão.....	112
5.4 Local de Coleta de Dados.....	113
5.5 Coleta de Dados – Fases do Estudo.....	113
5.5.1 Fase 1 – Construção dos instrumentos de coleta de dados e validação do instrumento de entrevista semiestruturada.....	113
5.5.1.1 Roteiro de entrevista.....	113
5.5.1.2 Comitê de especialistas em Direito, Criminologia e Saúde Mental.....	114
5.5.1.3 Entrevista Piloto.....	114
5.5.2 Fase 2 – Observação.....	115
5.5.3 Fase 3 - Entrevista semiestruturada.....	115
5.5.4 Fase 4 – Análise Documental.....	116
5.6 Análise dos Dados.....	117
5.7 Aspectos Éticos.....	118
 6. CAPÍTULO 6	
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	119
6.1 A caracterização do local do Estudo – O espaço asilar revisitado.....	120
6.1.1 O cenário.....	120
6.1.2 A instituição.....	122

6.2 A caracterização dos participantes do estudo – Dar voz a quem não tem.....	125
6.2.1 O sujeito do trabalho - A caracterização e perfil socioeconômico.....	125
6.2.2 Comunicação verbal e não verbal entre usuários internados e profissionais e a importância da entrevista - Dar voz a quem não tem.....	126
6.2.3 O Sujeito e a Instituição.....	129
6.3 A observação participante – Controle e religiosidade.....	131
6.3.1 Da instituição total - Relações hierárquicas no contexto da Clínica Terapêutica.....	132
6.3.2 Rotina do trabalho e do cuidado aos usuários de drogas internados.....	137
6.3.3 Rotina e manifestações religiosas nas dependências da Clínica Terapêutica.....	140
6.4 A sociedade e o usuário – Da busca pelo prazer à exclusão.....	144
6.5 Os Direitos Humanos – Quando o Outro se torna possível.....	149
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	154
REFERÊNCIAS.....	158
APÊNDICES.....	178
APÊNDICE A.....	179
APÊNDICE B.....	180
APÊNDICE C.....	182
APÊNDICE D.....	184
APÊNDICE E.....	185
APÊNDICE F.....	186
APÊNDICE G.....	187
ANEXOS.....	188
ANEXO A.....	189

INTRODUÇÃO

As internações involuntárias de usuários de drogas ressaltam a indissociável relação entre Direito e Saúde, uma vez que medidas que visam restringir a liberdade de ir e vir de cidadãos devem se pautar sempre nos princípios constitucionais e serem ressalvadas pela lei. Neste sentido, medidas de exceção, em um Estado onde a liberdade é a regra, devem ser analisadas frente aos direitos e garantias fundamentais do cidadão, dos quais a dignidade da pessoa humana deve ser considerada como paradigma e um superprincípio.

Tais medidas de exceção, uma vez que se traduzem na restrição direta de liberdade e na proibição do exercício da vontade, apresentam uma interseção direta com todas as formas de exclusões sociais e acarretam a formação de estigmas a partir de uma interpretação do sujeito na perspectiva de “ser igual” e o “não ser igual” (SCHWART; NOGUEIRA, 2000).

A ferramenta para a segregação se faz pela Lei 10.216 de 2001 que estabelece as internações involuntárias como procedimento no qual a vontade do paciente é reduzida ou mesmo eliminada e as interferências profissionais ocorrem sem o consentimento do paciente. Ressalta-se ainda que a mencionada lei¹, que hoje baseia a conceituação de internação involuntária de usuários de drogas, dispõe exclusivamente sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras² de transtornos mentais, não mencionando explicitamente os usuários de drogas (CORREIA JUNIOR, VENTURA, 2013).

Nesta perspectiva, a inter-relação entre o direito e a saúde mental se intensifica em vários aspectos relacionados ao estudo das internações involuntárias de usuários de drogas, seja no âmbito do respaldo legal para tais condutas, no contexto dos direitos e garantias constitucionais atingidos com a restrição de liberdade de um cidadão ou na esfera ideológica, com a limitação de sujeitos sendo uma das ferramentas do controle social de determinada parcela da sociedade,

¹ A Lei Federal nº 10.216/2001, o Decreto Federal nº 24.559/1934 e o Decreto-lei 891 de 1938 são hoje os únicos amparos legais à internação compulsória utilizadas em larga escala nas decisões jurisprudenciais, embora haja reiteradas controvérsias em se considerar a dependência de drogas como um transtorno mental característico (CORREIA JUNIOR, VENTURA, 2013).

² Este trabalho optou por utilizar a expressão “Portador de transtorno mental” por ser a nomenclatura comumente utilizada nos anais médico-psiquiátricos e ter maior alcance e amplitude hoje do ponto de vista científico. Lembrando que tal expressão representou um avanço frente a legislação sobre saúde mental da primeira metade do século XX, onde o termo psicopata ainda era largamente utilizado. Mas, no entanto, embora representando um avanço e sendo a expressão mais utilizada do ponto de vista científico, vale ressaltar que a palavra “portador” é duramente criticada, por representar muitas vezes um reforço do estigma, além de remeter a algo passageiro que o indivíduo pode dispor quando quiser. O nome adequado deverá ser “pessoa com transtorno mental”, pois assim dá-se protagonismo ao sujeito e não a sua enfermidade.

concretizada por meio de políticas por vezes profiláticas e higienistas e consolidando uma engrenagem celular de controle social.

Nestas situações, a estigmatização dos usuários de drogas leva a uma aproximação ou interseção entre as ciências médicas e um direito segregador e repressor, sem o compromisso com a ressocialização e reinserção dos sujeitos vulneráveis e fragilizados na sociedade (CORREIA JUNIOR, VENTURA, 2013). Vale lembrar que o usuário de drogas em determinadas situações demanda por tratamento, não obstante o uso pode significar a expressão da subjetividade e escolha livre do sujeito, um modo de encontrar pertencimento e neste aspecto as drogas (lícitas e ilícitas) devem ser respeitadas como uma opção do sujeito dentro de uma sociedade livre.

Por outro lado, o Brasil hoje, no campo do controle, de acordo com Carvalho (2008), sofre as influências dos movimentos de “lei e ordem” ou de “tolerância zero” que se erigem no ideário do homem médio e são levantados como estandarte de toda e qualquer política pública que almeje coibir a criminalidade ou afastar da sociedade os não adaptados, excluídos (SCHWARTZ, NOGUEIRA, 2002) ou não assimilados.

De acordo com Mattos (2006), no Brasil desde a década de 1970, muitos movimentos passaram a questionar as internações como instrumento de domínio e segregação de indivíduos, dentre eles a reforma psiquiátrica e o movimento antimanicomial. Deste modo, as ideologias de defesa social associadas ao achatamento dos direitos humanos levaram ao recrudescimento da violência por parte do Estado e à solidificação de uma sociedade passiva frente a um estado centralizador, violento e ineficaz (BARATTA, 1999).

Neste cenário e tendo a dignidade humana como superprincípio, faz-se imperioso questionar as internações involuntárias de usuários de drogas à luz dos Direitos e Garantias do Cidadão, principalmente descortinando a engrenagem social e identificando em tal prática a percepção dos próprios pacientes internados, apontando a base estrutural do sistema de controle e segregação dos cidadãos excluídos e marginalizados, entendendo-os como os que vivem à margem da sociedade de consumo e afastados de todo empoderamento³ (BARATTA 1999).

³ Utilizar-se-á neste trabalho o empoderamento no sentido de um processo de práticas que visam promover a mudança no cenário dos sujeitos excluídos na sociedade. Tal mudança se faz estimulando os vulneráveis e fragilizados por meio da potencialização de sua autonomia. Não

A saúde pública se consolida então como Direito, enquanto a internação involuntária, a princípio, representa a violação a esses Direitos, fazendo das clínicas médicas espaços de exceção, reclusão, exclusão e segregação de minorias e pobres (BASAGLIA 1982).

Sendo assim, o cuidado integral e a garantia de cidadania ficam prejudicados frente à necessidade do Estado em afastar uma parcela da população que não se enquadra à engrenagem capitalista (BARATTA, 1999). Ressalta-se que o Ministério da Saúde preconiza que tratar é aumentar o grau de liberdade, e, assim, fica claro o paradoxo e a contradição presentes nas políticas de internação involuntária, uma vez que o tratamento deve buscar devolver ao indivíduo sua história, promover a sua autonomia e liberdade e patrocinar senão a cura, ao menos sua liberdade de escolha (BRASIL, 2004).

Nesta perspectiva, o problema se apresenta, primeiramente, na identificação da dependência ao uso de drogas não apenas como uma enfermidade, mas também como um sintoma das políticas públicas atuais frente à dignidade humana e na perspectiva do usuário. Dessa forma, considerando as possibilidades de segregação que envolvem toda e qualquer internação, é importante realizar estudos que evidenciem a inter-relação entre a saúde e o direito, enfocando os direitos humanos dos usuários de drogas envolvidos neste contexto, dando voz a tais sujeitos e observando as instituições em que estão inseridos como espaços totais. Igualmente, é relevante identificar quem é o sujeito chamado e estigmatizado de usuário de drogas e sua percepção sobre seus direitos (GOFFMAN, 2005).

Neste sentido, a pesquisa buscou responder a seguinte pergunta: como a estrutura de poder e a engrenagem de controle social impactam os usuários de drogas em seu tratamento e sua visão sobre seus próprios direitos e garantias fundamentais?

A pesquisa teve como objetivo geral compreender a percepção dos usuários de drogas internados involuntariamente em uma clínica terapêutica sobre a vivência de seus direitos humanos, com foco em situações de exclusão favorecidas pela evolução legislativa, políticas públicas e práticas dos serviços de saúde para usuários de drogas.

obstante, o empoderamento também deverá ser considerado na perspectiva da promoção e reabilitação dos excluídos. Os sujeitos que ocupam os espaços de exclusão devem ser alvo não de segregação ou assistencialismo, mas sim de medidas que promovam sua autonomia, dando protagonismo às suas demandas e dando voz às suas necessidades (DA GLORIA GOHN, 2004)

Já como objetivos específicos apontam-se: compreender o aparato legal e a exclusão social de usuários de drogas internados involuntariamente na perspectiva da evolução histórica da legislação de drogas no Brasil frente às políticas públicas higienistas, a reforma psiquiátrica, a legislação hodierna, assim como os projetos de lei e sua intersecção com a política criminal de drogas no Brasil; Compreender o aparato de saúde e a exclusão social de usuários de drogas internados involuntariamente na perspectiva de suas instituições totais voltadas ao tratamento dos usuários de drogas no Brasil, especificamente as comunidades e clínicas terapêuticas e clínicas terapêuticas; Caracterizar o perfil socioeconômico de usuários de drogas internados involuntariamente na clínica terapêutica estudada. Identificar o conhecimento de usuários de drogas internados involuntariamente na clínica terapêutica estudada sobre seus direitos humanos à luz da legislação e políticas públicas sobre drogas no país e seu exercício em situações da prática dos serviços de saúde para usuários de drogas.

Para esta reflexão o trabalho se dividiu em seis capítulos. O primeiro capítulo abordou a genealogia do poder inserida no contexto dos usuários de drogas e o controle social a eles dispensado. Nesta parte, o poder foi refletido na perspectiva genealógica como parte propulsora de uma engrenagem social de controle. Ademais, aprofundou-se na compreensão da cultura do controle como componente essencial dos mecanismos de segregação. O poder foi abordado em seu aspecto sistêmico, como um poder nucléico que promove a exclusão e vulnerabilidade por meio da estrutura social.

O segundo capítulo compreende o aparato médico a serviço da exclusão. Além disso, o doente e a doença foram conceituados na perspectiva do normal e anormal. O modelo asilar excludente foi analisado frente a sua história, assim como as práticas médicas de confinamento em que se inserem as comunidade e clínicas terapêuticas, destino principal dos usuários de drogas nos dias de hoje.

No terceiro capítulo o aparato legal a serviço da exclusão foi analisado como o sustentáculo de toda a engrenagem segregativa. Neste ponto, as internações voluntárias, involuntárias e compulsórias foram compreendidas na perspectiva da legislação Brasileira. Além disso, as internações involuntárias foram justapostas ao princípio constitucional da dignidade humana, assim como às políticas proibicionistas foram refletidas frente à redução de danos.

No quarto capítulo, apresentamos os objetivos, geral e específicos, do presente trabalho. No capítulo cinco a metodologia utilizada no estudo foi detalhada. Por fim, no capítulo seis, os resultados e discussão foram devidamente expostos, com o objetivo de apresentar o sujeito dos estudos, o lugar e a reflexão da engrenagem de poder frente à internação involuntária.

1. *CAPITULO 1*

**POR UMA GENEALOGIA DO PODER – USUÁRIOS DE
DROGAS E CONTROLE SOCIAL**

O presente trabalho apresenta como sujeitos os usuários de drogas, alvos recorrentes das internações involuntárias debatidas nos próximos capítulos. No entanto, não é possível buscar compreender o cenário atual que envolve os usuários de drogas sem antes situar historicamente sua condição de exclusão e estigmatização no desenvolvimento da sociedade. Desta forma, neste capítulo, visa-se discutir as estruturas de controle social na perspectiva dos conceitos de dominação e poder social. Esta compreensão busca traçar a genealogia deste poder, assim entendida como o estudo da origem ideológico-social das ferramentas e instrumentos que fomentam o cerceamento de liberdade e exclusão de determinados sujeitos na engrenagem social atual. Igualmente, o trabalho enfatiza a desconstrução do *dever-ser* oficial das instituições de controle (mais especificamente da área da saúde) e a sua interpretação como estratégia política de dominação por vezes orientada pelos saberes médicos (FOUCAULT, 1987).

Para isso, deve-se deixar claro que todas as relações humanas são permeadas, limitadas e direcionadas pelo poder, que embasa a dominação e origina vulneráveis, perpetuando a exclusão de algumas pessoas. Neste trabalho o foco são os usuários de drogas que compõem um subsistema social que, em conjunto com outros, compõem o sistema de produção da vida material, que se edifica sobre formas de pensamento e ideologias que se traduzem em relações desequilibradas mediadas pelo poder. Este desequilíbrio deve ser garantido por um controle coercitivo sobre os menos afortunados (FOUCAULT, 2012).

A genealogia aqui exposta busca, com base na microfísica Foucaultiana (FOUCAULT, 2012), discutir os subterfúgios das classes dominantes para consolidar sua ideologia de sujeição de indivíduos que acaba patrocinando políticas que visam a docilização dos corpos, com o cerceamento de ações por parte da população vulnerável (FERREIRA, 2013).

Os sujeitos internados involuntariamente devido à utilização de substâncias consideradas drogas são vítimas do processo de docilização de corpos e a microfísica do poder representa o movimento político em relação a esse corpo fragilizado (COSTA, 2002, p.30).

Para consolidar a docilização dos corpos, materializa-se a pedagogização do comportamento, a medida que o poder estabelece instituições que promovem uma espécie de catequização econômico-social-cultural dos indivíduos em

instituições totais que terão sua sistemática descrita neste trabalho (GOFFMAN, 2005).

Neste cenário, é fundamental conhecer a engrenagem do poder, compreendida neste estudo como o conjunto de elementos de um mecanismo que se acionam reciprocamente (MICHAELIS, 1998), um complexo de componentes que de maneira mútua, ordenada ou não, se comprometem entre si, frente à manutenção ou estabelecimento de uma ordem.

Assim, a engrenagem neste trabalho visa delinear e apontar os mecanismos de articulação social no tocante à manutenção da estratificação social, denunciando seus elementos e descrevendo a funcionalidade de suas principais peças enfatizando as práticas excludentes de saúde como peça fundamental para o exercício do poder e concretização de um sistema excludente.

1.1 A “genealogia do poder” e sua compreensão no âmbito da estrutura cultural e social

Os componentes essenciais à engrenagem social que implicam os usuários de droga estão inseridos nas práticas excludentes e orbitam em torno do poder. No entanto, impossível tratar o poder, que é componente essencial da estrutura social, apartado de sua genealogia.

A palavra Genealogia aqui empregada não se faz de forma aleatória e tampouco discricionária. Pelo contrário, este vernáculo surge como o conceito efêmero, uma vez que o objeto de estudo está em constante mutação, desenvolvimento e evolução.

Esta constante mutação deve ser respeitada e considerada ao se analisar pesquisas que envolvem, de certa maneira, o comportamento humano. Outro componente essencial do estudo é a análise da estrutura cultural e social que permeia o sujeito e influencia diretamente a maneira que construirá ou mesmo destruirá seus laços. É exatamente nesta interseção formada pela estrutura cultural e social que deve se inserir um estudo genealógico.

A genealogia, do ponto de vista etimológico, se resume a um estudo das gerações, um estudo das famílias (SCHNEIDER et al., 2011). Entretanto, na

pesquisa em tela, optou-se por um sentido relacionado à origem da palavra gene criada em 1909 pelo botânico dinamarquês Wilhelm Ludvig Johannsen, que faz referência a um conceito abstrato ligado à ideia de “fatores” ou “elementos” de origem (SCHNEIDER et al., 2011).

No entanto, Nietzsche aprofundou o significado deste termo em seu livro a Genealogia da Moral (NIETZSCHE, 1999). Este trabalho embasa-se na genealogia nietzschiana como sendo um método de interpretação filosófico-histórico, ou seja um método que visa o conhecimento crítico e a análise significativa dos aspectos importantes da estrutura da sociedade e do sujeito (MOTA, 2014).

Assim, a genealogia representa neste estudo a explicação de um fenômeno, com a análise de sua origem. Nas palavras de Karasek (2014, p. 192): “genealogia quer dizer origem ou nascimento, mas também diferença e distância na origem, possibilitando ao elemento diferencial fundamentar-se em uma luta de opostos”. A genealogia, portanto, visa entender a ideologia por detrás dos conceitos e definições sociais impostas e neste sentido, novamente Karasek (2014, p. 194) conclui: “para Nietzsche, a interpretação está além do mero subjetivismo como processo de desmascarar verdades”.

Neste capítulo, com base na **genealogia do poder, busca-se problematizar** a discussão das práticas sociais de dominação, estigmatização e rotulação do ponto de vista empírico. Desta forma, visa-se abandonar a posição meramente contemplativa e passiva na interpretação do poder e inicia-se um processo com vistas a decodificá-lo frente à engrenagem social (SILVEIRA LEMOS, CARDOSO JUNIOR, 2009).

A genealogia do poder auxilia na identificação dos caminhos ou engrenagens que levaram a formação e posterior defesa do desenho de comunidade (de exclusão) e relação (opressiva) entre sujeitos (CLAVEL, 2004). Logo, o escopo desta genealogia do poder deve ser a tentativa de compreender uma das mais claras ferramentas de representação do poder que é o fenômeno do controle na estrutura social e as consequências deste controle frente a um grupo específico de excluídos sociais representado pelos usuários de drogas, em particular os sujeitos internados de maneira involuntária.

1.2 O “poder” na perspectiva genealógica frente a uma engrenagem social de controle

Em um primeiro momento, pode-se afirmar que o poder⁴, na acepção de Foucault (1976, p.21):

Não se dá, nem se troca, nem se retoma, mas que se exerce e só existe em ato. Dispomos igualmente desta outra afirmação, de que o poder não é primeiramente manutenção e recondução das relações econômicas, mas, em si mesmo, primariamente, uma relação de força.

Ressalta-se que a relação de força pode resultar em uma relação de sujeição, acatamento e ainda de violência, dominação e cerceamento de direitos.

Neste sentido, Foucault aprofunda o pensamento Weberiano que interpreta o poder como a oportunidade de impor dentro de uma relação social a vontade contrária ao desejo dos demais, e que, mesmo encontrando oposição, ultrapassa essa resistência (WEBER, 1988).

Trata-se, portanto, de um conceito pós-hobbesiano, pois diverge de Hobbes na metáfora criada pela figura de um soberano que confluiria poder e direito. Nesta metáfora, insurge a figura romântica do Estado como o ente que concentraria os desejos de segurança e conforto da sociedade. Neste sentido o Estado teria a exclusividade sobre o exercício do poder, com o objetivo da paz social, autopreservação e o fortalecimento do pacto entre os homens (HERB, 2013).

Neste aspecto se insere a legitimação do poder pelo Estado, em que o domínio sobre o outro, além de necessário é justificado. Além disso, o poder, na perspectiva Hobbesiana, somente se torna importante e significativa se é distribuído desigualmente entre os homens, mas tendo como discurso legitimador o bem de todos (HOBBS, 1974).

Hobbes vislumbra a intervenção do Estado frente ao indivíduo como uma garantia, pois trata com ceticismo o ser humano e seu comportamento. Assim, para o Filósofo se faz impossível uma divisão igualitária do poder, insurgindo com a

⁴ O que nós hoje denominamos poder era designado pelos gregos por meio de diversas palavras: *arché*, *dynamis*, *kratos*, *tyranos* e *despoteia* (HERB, 2013. p.267).

legitimação do direito violento do Estado para impor suas decisões frente ao cidadão. No Universo contratual criado por Hobbes, o Estado vai agir em nome do contratante (HERB, 2013).

Se tais medidas são injustas não cabe ao cidadão decidir, pois “não há verdade, mas sim o poder decide o que é certo e justo” (HERB, 2013, p. 273). Em uma leitura próxima ao cenário atual, o poder é inafastável da classe dominante (soberano) e deve ser por esta regida sob os preceitos da moral.

Já o conceito embrionário de poder, nascido de Weber, vê a dominação e o poder de outra forma, como a ferramenta para viabilizar a obediência de determinados grupos (WEBER, 1988). Neste sentido, o conceito de poder que se apresenta em Foucault, além de pós-hobbesiano, ultrapassa Weber, como uma força de dominação que se instrumentaliza pela violência. Poder e Direito não têm por natureza a mesma essência e a violência e poder são variáveis de um mesmo campo semântico, que concorrem sempre juntas na sua instrumentalidade (HERB, 2013).

Em Foucault, se torna visível que a problemática do poder já não se relaciona somente à manutenção de defesa do domínio como em Maquiavel, tampouco à legitimação hobbesiana do poder e à interpretação weberiana de violência como instrumento para a defesa do poder (HERB, 2013).

Os conceitos de Foucault ultrapassam o próprio Estado e neste sentido pode-se inserir as internações involuntárias, onde vislumbra-se a concretização e efetivação da simbiose entre os conceitos de poder e violência por vias periféricas ao Estado (FOUCAULT, 2012).

Em sentido contrário, frisa-se que Habermas não consegue desvincular as definições de poder (e todas as suas engrenagens) do Estado, ou da figura estatal. Mas Habermas acaba por tratar o poder de maneira sistêmica e alheia às desigualdades sociais e aos impactos que tais desigualdades têm nas relações de dominação (HABERMAS, 2012).⁵

Já Hannah Arendt, embora com pensamento diverso sobre o papel da violência, soma ao debate ao estabelecer uma diferença entre o que é próprio do cidadão (*idion*) e o que lhe é comum (*koinon*), cominando com a reflexão dos

⁵ Indissociável às concepções de poder em Habermas está a concepção do Estado Weberiana, já citada neste capítulo, como uma relação de dominação do homem sobre outro homem utilizando a violência apenas de maneira legítima, com a devida submissão dos dominados (WEBER, 1988).

malefícios entre a confusão destas duas esferas e o exercício do poder, uma vez que é na assimilação do que seria próprio, ou seja, na confusão entre esfera pública e esfera privada que nascem e se fortalecem as concepções de limitação, sujeição e dominação de uns sobre os outros. A concepção dos direitos subjetivos e seu exercício pleno encontra então uma barreira à ordem do que é comum. Quando o Estado extrapola os conceitos do que é comum, o cidadão se vê a mercê do exercício arbitrário da força frente a suas escolhas. Tal afirmação fica clara na questão das drogas, o seu proibicionismo e também nas internações involuntárias. Quando o que é próprio do cidadão, suas escolhas e decisões, sofrem diretamente uma limitação frente ao que se julga comum (ARENDT, 2007).

Trata-se do poder legitimado sobre o corpo, o poder sobre o indivíduo. Deste modo, a solidificação de uma profilaxia⁶ do isolamento constitui a expressão máxima do empoderamento da classe dominante e muito eficaz para o Estado, no sentido de reafirmar seu próprio poder. Nesta perspectiva, afirma Poulantzas (1990, p. 34):

Um dos aspectos essenciais do poder, condição de sua instauração e manutenção, é a coerção dos corpos, e também a ameaça sobre os corpos, a ameaça mortífera. Claro que o corpo não é uma simples naturalidade biológica, mas uma instituição política: as relações Estado-poder com o corpo são muito mais complicadas e extensas do que as relações com a repressão. Nada impede que a sustentação do Estado seja sempre a marca constrangedora sobre os corpos por meios físicos, a manipulação e a devoração dos corpos. Essa sustentação se dá duplamente, aliás: pelas instituições que atualizam a sujeição corporal e a ameaça permanente de mutilação (prisão, exercício, política); pela instauração por parte do Estado de uma ordem corporal, que ao mesmo tempo institui e gera os corpos, dando-lhes forma, dobrando-os e encerrando-os nas instituições e aparelhos. O Estado é capaz em sua materialidade, de renovar, disciplinar e consumir os corpos dos súditos, em suma, de introduzir na própria corporalidade dos súditos-objetos a violência do Estado.

⁶ Deve-se ressaltar que profilaxia tem sua origem etimológica na palavra precaução. Esta expressão é usada, inserida nos saberes médicos, como a prevenção de doenças. Neste trabalho o termo é utilizado com sua aproximação sociológica, principalmente ligada a questão da higienização social dada pelos saberes médicos. Assim a profilaxia do isolamento foi consolidada conceitualmente com o estudo de algumas minorias confinadas, principalmente os portadores de hanseníase na década de 1940. Deste modo, utiliza-se a palavra “profilaxia” primeiro no sentido de um modo de se tratar, principalmente ligado a limpeza social e segundo para fazer uma aproximação das políticas profiláticas utilizadas com os portadores de hanseníase, tubérculos com os usuários de drogas nos dias de hoje (DUCATTI, 2009)

Neste trabalho, o poder pode ser compreendido como o resultado de um encontro desproporcional de forças, ou relações de forças entendidas como instrumentos para a concretização de um poder onipresente (FOUCAULT, 2012). A força pode ser compreendida como dominação, mas neste ponto destaca-se também a força como o objeto sobre o qual é exercida uma dominação (DELEUZE, 1976)⁷.

Neste sentido, a força do ser, de escolhas e preferências sempre deve se subjugar a microfísica dos poderes constituídos. A força de um interno involuntário, de um preso, de uma pessoa com transtorno mental, por vezes, caminha em sentido contrário à força dos coordenadores, médicos e seus tutores (BOUYER, 2009).

Dentro deste recorte conceitual, os usuários de drogas têm sua capacidade volitiva cerceada por relações de poder fortemente estabelecidas.

Nesta senda, é imperioso definir que não existe, hodiernamente, uma sociedade que estabeleça suas engrenagens alheias às relações de poder. Desta forma, é equivocado afirmar que as relações sociais possam se erigir de forma livre e independente do modo de produção capitalista⁸, das ideologias de controle social e da política comunitária (FOUCAULT, 2012, p. 332).

Para Foucault, diferentemente de Habermas, Weber e Arendt, o poder não existe de fato, como uma personificação, mas o que existem são relações de poder, primeiramente de poderes disciplinares, mais físicos e diretos, e posteriormente biopoderes com um caráter mais estrutural e ideológico (FOUCAULT, 2012).

O poder disciplinar, sem dúvida, é a principal ferramenta de manutenção de *status quo* dentro de uma sociedade, uma vez que se consolida tornando-se invisível. Mas, ao mesmo tempo em que o poder é invisível, impõe-se aos vulneráveis que tenham visibilidade obrigatória, que se traduz no ser visto perenemente, ser vigiado e na liberdade retirada (FOUCAULT, 2005).

A visibilidade obrigatória como componente essencial no controle de pessoas é destacada por Bentham (2000), que ressalta a vigilância intermitente como componente essencial para a docilização de comportamentos.

⁷ Deve-se completar que não se vislumbra força no singular, a força é plural (DELEUZE, 1976), pois toda força culmina com o agir ou reagir e devido a isso se edifica sempre em uma relação. É nesta relação que o poder faz da força sua ferramenta e o vulnerável vê na força sua falta.

⁸ Vale ressaltar que aqui ao se falar em capitalista, aproxima-se da ideia de Bourdieu (2004), em que o capital vai além do preconizado por Marx e envolve o capital social, artístico, econômico, político, cultural e simbólico jurídico.

Neste sentido, as pessoas são influenciadas por essas relações de poder que ocorrem em menor ou maior grau influenciando e limitando sua liberdade. No contexto destas relações, cada sujeito acaba por assumir papéis: de protagonista, antagonista (bodes expiatórios) ou mesmo meros coadjuvantes (GIRARD, 1986). Desta forma, o que é comum (e vigiado) ou próprio (privado) se confunde, atendendo a interesses de determinadas classes.

A relação entre poderes ocorre no contexto da macroestrutura, vinculada aos modos de produção social e econômica. Ao apropriar-se de definições, aumenta-se a disciplina sobre o sujeito, buscando-se majorar sua produtividade e reduzir os custos da desobediência (FOUCAULT, 1987).

Essa relação entre o domínio e apropriação das definições e acepções por determinada classe da sociedade pode resultar na exclusão e consequente etiquetamento negativo dos demais cidadãos que circulam em orbes distintas (e inferiores) na estratificação social e não cumprem funções preestabelecidas (FOUCAULT, 2012).

Nas relações sociais, os sujeitos são considerados representações circunstanciais dessas classes predeterminadas, eleitas de maneira discricionária, mas não aleatória (MELO, 2005). Nesta divisão de classes, desenvolvem-se relações de poder que evoluem da discricionariedade dos soberanos para se pulverizar por inúmeras instituições disciplinares (FOUCAULT, 2012).

Mas pode-se perguntar qual a importância do poder frente à subjetividade? Neste ponto, deve-se ressaltar que os sujeitos se constituem com base em suas interações e processos de objetificação, que ocorrem nas redes de poderes (DANNER, 2009).

O poder é fruto de seu tempo e da história de sua sociedade enraizada nas estruturas sociais. Deste modo, o poder está em constante mudança e adaptação às formas sociais e culturais, não se constituindo como objeto, mas como prática em constante transformação (FOUCAULT, 1993). Sendo mutável, o poder não deve ser interpretado como apenas um sinônimo do exercício e arbítrio do Estado, pois não há esta titularidade nas relações de empoderamento.

Foucault lembra: “o poder não é substancialmente identificado com um indivíduo que o possuiria ou que o exerceria devido a seu nascimento; ele torna-se uma maquinaria de que ninguém é titular” (FOUCAULT, 2012, p. 332).

Assim, o poder unitário e singular Hobbesiano que emanava da figura do soberano dá lugar a um poder pulverizado e com um alcance ilimitado, uma vez que passa a não ser claramente identificado. Assim sendo, por não haver titular único, não existe o monopólio do poder pelo Estado e tampouco o monopólio da violência como importante ferramenta ao exercício do poder. Embora a violência deva, legalmente, ser atribuída aos mecanismos e instituições do Estado, hoje há uma flexibilização e extensão do seu exercício a todos que de certa forma exercem poder e detêm lugar privilegiado nos orbes sociais.

O exercício do domínio, sujeição de indivíduos e possivelmente da violência passa a ser atribuição de uma série de sujeitos que detêm os meios de produção, as riquezas, e o monopólio dos saberes técnicos, médicos e jurídicos e que acabam por convalidar rótulos e exclusões. Edifica-se aqui uma relação entre dominadores e dominados (BORDIEU, 2004)

O poder então está distribuído por toda parte, mas desigualmente disseminado e agindo de várias formas, por vezes produzindo saberes que o retroalimentam, convalidam, e o legitimam. Entender a microfísica consiste em compreender os procedimentos e instrumentos utilizados pelo poder, reafirmados pelos saberes para controlar o corpo e os discursos dos dominados (OLIVEIRA, 2006).

Os sujeitos dominadores formam uma rede de micro-poderes diretamente articulados junto ao Estado visando garantir as benesses na estrutura social (DANNER, 2009).

O poder e seu exercício criam relações entre os sujeitos beneficiados (sagrados) e o Estado e esse domínio tem seu efeito mais nefasto frente aos níveis mais vulneráveis (sacrificados) da sociedade, exatamente porque tais sujeitos estão distantes destas relações ambíguas e lucrativas entre o poder dominante e o Estado (AGAMBEN, 2004).

Assim, pode-se afirmar que não existe o monopólio do poder pelo Estado, mas existe o monopólio do Estado por aqueles que detêm o poder (FOUCAULT, 1993). Em uma análise do poder além do Estado (frente à utilização dos saberes e sujeição de determinadas classes), verifica-se como se aplica às camadas mais vulneráveis e fragilizadas da sociedade. Mas a análise de toda esta estrutura se torna difícil e tendenciosa, uma vez que os saberes estão dominados pelas ideologias de controle. O protagonismo se dá quase sempre aos dominadores.

Neste estudo busca-se inverter esta lógica de dominação e procurar protagonismo com base nos sujeitos que sofrem diretamente os efeitos da exclusão (DANNER, 2009), com base no pressuposto de que só se descobre os efeitos da exclusão e do poder dando voz aos sujeitos excluídos, e abrindo-se a possibilidade de entender os micro-poderes que os vitimizam e perceber quão enraizada está a estrutura de poder-controle social.

É essencial que se capte o poder nas suas instituições mais embrionárias, mais cotidianas e comuns, pois são exatamente estas que acabam por corporificar os instrumentos mais violentos de segregação (FOUCAULT, 2012). Isto ocorre, como já afirmamos, porque o Estado, mesmo sendo ferramenta efetiva e fundamental para a consolidação do poder, não se manifesta sempre de maneira direta e concreta.

Neste sentido, Foucault esclarece (1980, p. 122).

e ne veux pas dire que l'État n'est pas important ; ce que je veux dire, c'est que les rapports de pouvoir, et par conséquent l'analyse que l'on doit en faire, doivent aller au-delà du cadre de l'État. Et cela en deux sens : d'abord, parce que l'État, y compris avec son omniprésence et avec ses appareils, est bien loin de recouvrir tout le champ réel des rapports de pouvoir ; ensuite, parce que l'État ne peut fonctionner que sur la base de relations de pouvoir préexistantes. L'État est superstructurel au regard de toute une série de réseaux de pouvoir⁹.

Assim, a genealogia do poder utilizando o método por vezes descontínuo de Foucault (Bouyer, 2009) visa uma interpretação do poder pela perspectiva periférica (dos que se encontram na periferia frente ao centro de poder) e marginal (dos que estão à margem dos direitos e garantias fundamentais).

Em relação aos usuários de drogas, não se pode compreender seu cerceamento de maneira apartada, mas inserindo-os em um macro contexto estrutural em que há constante conflito e as diferentes forças se tencionam em busca de dominação (BARATTA, 1999).

⁹ Em tradução livre: “Eu não quero dizer que o Estado não é importante; o que quero dizer é que as relações de poder, e, conseqüentemente, sua análise se estendem além dos alcances do Estado. São dois seus significados: em primeiro lugar, por que o Estado, onipotente em seu aparato, está longe de ser capaz de ocupar todo o campo de reais relações de poder, e principalmente porque o Estado apenas pode operar com base em outras relações de poder já existentes. O Estado é a superestrutura em relação a toda uma série de redes de poder”.

Como resultado, vive-se em um cenário em que o considerado diferente ou marginal é excluído pelo sistema de poder, que expulsa o não produtivo, e as peças que não se encaixam aos papéis predeterminados (e predeterminantes) pela sociedade. São sujeitos considerados irrecuperáveis, uma vez que são disfuncionais à engrenagem social econômica (CORREIA JUNIOR, 2014).

1.2.1 A cultura do controle como componente essencial dos mecanismos sociais de segregação

Urge então explicitar o controle na perspectiva dos mecanismos sociais de segregação que utilizam esta ferramenta para manter o *status quo* e garantir a não modificação de um cenário social.

Primeiramente, existem várias formas de concretização do controle e também espécies de controle, tais como formais e informais. Em um segundo momento, ressalta-se que o conceito de controle está intimamente ligado à ideia de restrição de liberdades, sejam elas físicas ou ideológicas. Para Boudon e Bourricaud (1993, p. 101), o termo significa:

"O conjunto dos recursos materiais e simbólicos de que uma sociedade dispõe para assegurar a conformidade do comportamento de seus membros a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados".

O conceito de controle e de sua cultura não se localiza facilmente, pois está em constante modificação desde o seu surgimento com autores como George Herbert Mead e Edward Alsworth Ross no começo do século XX. Mas foi depois da segunda guerra mundial, principalmente a partir da década de 1960, que se teve uma mudança conceitual a respeito do controle, abandonando-se a ideia de cooperação social e passando a vê-lo na perspectiva da dominação (ALVAREZ, 2004).

Neste sentido, a criminologia uma década antes questionou a sociedade fundada no consenso (onde a sociedade partiria de uma coesão) e começou a

interpretar as relações humanas baseadas em um conflito, que só se resolveria pela coerção em todas as suas formas, sendo o controle a mais emblemática (BARATTA, 1999).

A formação de uma dicotomia entre sociedade de conflito e de consenso acaba por contribuir para romper com o modelo unificado de sociedade e de integração proposto por Durkheim (ALVAREZ, 2004). Um rompimento que levou ao incremento da preocupação com o controle como ferramenta de coerção desta sociedade em eterna desordem. Assim, a quimérica onipresença de uma integração social Durkheimiana dá lugar à onisciência da dominação que submete toda forma de resistência (ALVAREZ, 2004).

Neste recorte, temos a estrutura de controle social de sujeitos descartáveis, como fruto desta sociedade fragmentada e desigual. O poder então se desenha como, nas palavras de Alvarez (2004. p.170).

Uma força nefasta e coerentemente organizada, que faz total tábula rasa daqueles que estão submetidos a seu controle, privilegiando-se também o papel do Estado e das práticas formalizadas de controle social.

Em Foucault, o controle encontra sua relação direta com o poder e com as instituições formais a serviço do Estado e da sociedade. Daí, na simbiose entre o poder e o controle nasce o conceito de poder disciplinar com o objetivo de "adestramento" dos sujeitos vulneráveis (ALVAREZ, 2004).

Ingredientes são somados aqui atuando como ferramentas que vão efetivar o controle e solidificar o poder, como a sanção, a pena e o olhar hierárquico, que, dentre outros, consolidam o binômio VIGIAR e PUNIR (ALVAREZ, 2004).

Tal aparelhamento social acaba por estender o controle além das penitenciárias, atingindo as instituições especializadas como asilos, comunidades e clínicas terapêuticas, hospitais, manicômios e instituições de sociabilidade como a família, amigos, etc (ALVAREZ, 2004).

Deve-se frisar as instituições especializadas, apresentam dois discursos sobre este controle: um oficial, com objetivos lícitos e utilitaristas, com a preocupação em manter o verniz de reeducação, correção e defesa social, e o outro discurso não oficial que se traduz no patrocínio ao cerceamento de liberdade em

nome de uma paz geral (devidamente selecionada), com um viés profilático e higienista do ponto de vista social pelo controle ilimitado.

No confronto entre estes dois discursos, muda-se assim o paradigma e modifica-se o cenário. O controle que insurgia como um mal necessário para o próprio sujeito periférico se transforma na engrenagem essencial do sistema capitalista, buscando-se afastar os indesejados e restringir as ameaças.

Os efeitos do controle se tornam paradoxalmente cada vez mais claros do ponto de vista ideológico, mas cada vez mais invisíveis aos olhos das vítimas deste poder. A micropenalidade se alastra por toda a sociedade, pelo corpo do sujeito, visando a censura dos comportamentos desviantes. A punição se consolida no ideário social e o poder disciplinar se alastra pela comunidade e se intensifica nos espaços de exceção (ALVAREZ, 2004).

Sobre a relação direta entre controle, drogas e poder, Alves (2010, p. 75) resume:

“Mesmo após a constatação de que o objetivo de abstinência proibicionista é inalcançável, a possibilidade de observar de perto e de vigiar permanentemente as populações que residem nos territórios onde ocorre a venda varejista das drogas é função oculta, que surge da habilitação de poder policial gerado pela proibição, à qual os governantes não parecem dispostos a abdicar.”

Por fim, vale ressaltar que os espaços de exceção, tomados por instituições totais, referendadas por uma ideologia de domínio controle e violência cominam com a perpetuação da exclusão e são determinantes na consolidação do poder. Nesta perspectiva, o controle, a dominação e a violência forjam, mantêm e também patrocina a exclusão.

1.3 O “poder” e sua engrenagem celular de controle social

O poder motiva uma engrenagem de exclusão complexa e ramificada que atua em todos os nichos sociais e funciona com a escolha de determinados sujeitos exprobrados, alheios às possibilidades de acesso legítimo a benesses lícitas. Pode-

se vislumbrar uma engrenagem social voltada à exclusão com a predominância de processos de sedimentação da segregação por quem detém o poder. Tal sedimentação se dá pela eliminação dos antes incluídos, como também por meio da perpetuação da exclusão daqueles que nunca tiveram a possibilidade de serem abarcados por proteções governamentais ou por laços sociais (SANTOS, 1997).

Os métodos para efetivar a exprobração necessitam ser radicais e devem constituir elementos que bloqueiem ou retirem a cidadania de determinados grupos sociais, jogando tais pessoas em um limbo, em um Estado de natureza, de maneira que não tenham acesso a nenhum direito ou garantia fundamental (SANTOS, 1997).

Essa expropriação de Direitos e Garantias Fundamentais é convalidada pela própria população, ou por parte desta considerada relevante. O ato excludente legitimado como legal pode ser potencializado, uma vez que encontra respaldo no desejo dos cidadãos que projetam no outro o inimigo a ser afastado.

Neste ponto, não se fala simplesmente em regime político, mas em um projeto civilizacional e imperialista de manutenção de ordem e dominação, que reproduz primeiramente uma segregação social dos indivíduos excluídos por intermédio de um cenário urbano celular que reparte a sociedade em zonas civilizadas (empoderadas) e não civilizadas (não empoderadas) (SANTOS, 1998).

Neste cenário, onde paira aos civilizados a ameaça dos selvagens, temos em um segundo momento, a usurpação das prerrogativas sociais pelos atores que detém o poder e assumem o protagonismo na defesa do *status quo* burguês (SANTOS, 1998).

Esse segundo momento se concretiza pela evolução da divisão do espaço urbano com a solidificação de um terceiro nicho, um não espaço ou espaços de exclusão representados por manicômios, clínicas terapêuticas, hospitais, asilos e prisões dentre outros.

1.3.1 O poder nucléico

Tais espaços de exclusão que formam de maneira periférica as camadas do ambiente civilizado podem ser vislumbrados nos contornos de uma engrenagem

social excludente, com a metafórica figura de uma célula em que o **núcleo**¹⁰ deve ser representado pelos atores sociais que detêm o poder e o **citoplasma** como as peças necessárias ao funcionamento celular, mas totalmente substituíveis ou descartáveis.

A figura 1 ilustra a imagem de uma célula eucarionte.

Figura 1. Célula Eucarionte

Fonte: PASSARGE, E. et al. Color atlas of genetics. Georg Thieme Verlag, 1995. p. 19.

Mas nesta imagem metafórica, relativa à sociedade, surgem elementos disfuncionais, obsoletos e desnecessários que vão ocupar espaços além da membrana celular, ou seja, vão orbitar em torno da célula social, mas nunca dentro dela. Tal contorno social será, pormenorizadamente, explicitado neste capítulo.

Como já mencionado, o poder (que ocupa o núcleo) é mais do que uma manutenção de relações, mas primeiramente uma relação de força ou sujeição por

¹⁰ Parte-se aqui de uma visão rudimentar da biologia celular em relação à divisão da célula. Considerando como célula típica aquela dividida em núcleo e citoplasma, em que o núcleo pode ser definido como um elemento efetivo e vital da célula eucarionte, responsável direto pelas características que o organismo possui. Já o citoplasma é o espaço existente entre o núcleo e a membrana da célula. Em tal espaço se situa um fluido composto por água e demais substâncias onde flutuam diversos organelos celulares (BATISTETI; DE ARAUJO; CALUZI, 2009).

vezes perpetrada de maneira violenta (FOUCAULT, 2012). Assim, a sociedade pautada na exclusão exerce sua força, segregando determinados sujeitos e otimizando vulnerabilidades. Ao criar espaços de exclusão potencializa-se a desigualdade entre os homens, um fator importante para a manutenção do Estado em sua violência.

1.3.2 A engrenagem celular descortinada

O poder, portanto, ocupa o núcleo e com base nele, decide-se o que é justo e correto (HERB, 2013), consolidando-se uma sociedade (estrutura) celular, escalonada, estratificada e dividida, em que não há espaço para as peças que não cumprem uma funcionalidade dentro do sistema de produção.

Vale lembrar que o poder aqui debatido se distancia do poder totalitário descrito por Arendt (1989), que se encontra apartado de uma legitimação democrática. O poder nucléico cuida exatamente das relações de forças que, por vezes, são legitimadas pelos processos político-democráticos e se formam alheios ao próprio Estado que os legitima.

Desta forma, fora desta célula representativa da sociedade circundam uma série de atores que assumem apenas papéis negativos na sociedade, formando um exército de antagonistas no cenário social. Rituais, sacrifícios e restrições são criados para apartá-los, otimizando estruturas de controle.

No tocante a esses mecanismos diretos de segregação (como hospícios, manicômios, prisões, comunidades terapêuticas, clínicas terapêuticas e hospitais etc), Correia Junior (2014, p. 273) afirma:

Situando os já abordados rituais, sacrifícios e bodes expiatórios na geografia criminológica, pode-se afirmar que tal mecanismo de controle para se justificar e funcionar como otimizador de produção, necessita se direcionar a uma parcela da população desprotegida e indefesa.

Tal população não é escolhida aleatoriamente, mas devido a sua origem, cor, orientações ou escolhas. Neste sentido, o poder não pode ser interpretado com

um processo global e linear e a dominação é exercida em diversas camadas da estrutura social, em uma rede invisível que atinge sujeitos sem visibilidade.

A engrenagem celular de controle social pode ser resumida da seguinte maneira: traça a sociedade como uma célula integrada, contudo, esta integração se dá do ponto de vista simbólico, uma vez que não se deve abandonar aqui a concepção de sociedade de conflito, que se edifica pela coerção, repressão e anseios antagônicos (BARATTA, 2009).

A já citada célula é representada pelos indivíduos da sociedade que têm acesso livre aos bens de consumo, que também produzem, geram riquezas ou detêm poder econômico por vias lícitas ou ilícitas (mas aceitas no seio social).

A área periférica é formada por indivíduos descartáveis ou sacrificados (AGAMBEM, 2004), mas essenciais para o andamento da engrenagem social, uma vez que são matéria-prima para a mais valia (produção de valor excedente) e alimentam toda a estrutura econômica no papel retroalimentador de consumidores, essencial para o enriquecimento do núcleo (MARX, 1988).

A ideia aqui apresentada traz, apenas, uma mudança de foco na análise marxista em relação ao surgimento do desequilíbrio entre classes dentro da sociedade moderna. Tal desequilíbrio surgiu com a ideia de propriedade privada e a consequente potencialização dos meios de produção, e, a partir daí, a coletividade principiou o seu desmembramento. (MARX, 1988).

Assim, a microfísica do poder aqui explicitada em uma engrenagem celular emerge a partir de uma releitura da luta de classes de Marx, preconizando as vertentes do poder que vão mais além das relações entre classes. A microfísica e sua gênese se reflete na retroalimentação do Estado por poderes intra e entre classes. Poderes paralelos que ditam, *a priori*, a formação social como também auxiliam a manutenção de estratificações no seio social.

A engrenagem celular de controle social visa demonstrar que a microfísica do poder (FOUCAULT, 2012) intervém em todas as esferas e lugares. Tais influências ficam mais evidentes em locais em que a violência e o domínio podem ser institucionalizados de maneira física como asilos, prisões, manicômios e comunidades terapêuticas, clínicas terapêuticas (FERREIRA, 2013).

Estes nichos de exclusão possuem a finalidade de harmonizar desejos individuais de acordo com um padrão estabelecido pelas classes dominantes ou pelo menos desincentivar condutas marginais ou desviadas. Na verdade, o mundo

dividido entre uma célula com um poderoso núcleo e demais elementos excluídos acaba por tornar mais clara as políticas utilitaristas de Bentham¹¹ utilizadas desde o século XIX, um sistema de eterna vigília, para manter docilizado os corpos, sob o medo da punição física e também psicológica.

Das primitivas torres de observação às modernas câmeras presentes em salas de aula, elevadores, locais de trabalho, prisões e praças, o sistema continua vigilante e punindo toda e qualquer conduta daqueles que não se enquadram (FERREIRA, 2013).

Então, ao se vislumbrar uma engrenagem de controle celular, partindo da genealogia do poder, traça-se outro desmembramento social, mas agora tendo como foco não os trabalhadores, uma vez que estes ainda se encontram incluídos mesmo que precariamente à sociedade, mas sim sujeitos vulneráveis e periféricos, mas que necessitam ser excluídos.

Próximo a estes sujeitos fragilizados, expropriados e sem um papel específico na estrutura social apresentada, temos os indivíduos da área periférica da célula, que não dominam, não protagonizam, mas também não são excluídos, pois ainda representam uma força de trabalho e/ou consumo mesmo que incipiente. Tais indivíduos acabam por formar a camada mais vulnerável à exclusão social e circundam a área próxima à membrana citoplasmática.

Em contrapartida, temos a figura representativa do núcleo que é formada pelos detentores do poder (podendo ser ele econômico, social ou ideológico). São classes que atingiram o status de sagrados (AGAMBEM, 2004).

Desta maneira, a engrenagem celular traça resumidamente a genealogia do poder frente às relações de controle, por quem detém o domínio das relações sociais e econômicas. Tais engrenagens são importantes, pois podem auxiliar a compreensão das diferentes formas de exclusão existentes no seio da sociedade.

Nesta perspectiva, para funcionar, as peças não adaptáveis e que não se amoldam dentro de cada papel pré-determinado devem ser eliminadas. A célula social as expulsa e os sujeitos disfuncionais que ora representam um fardo para a sociedade (como as pessoas com transtorno mental), ora representam um perigo para a paz social (usuários de drogas, mendigos, criminosos) não encontram pertencimento dentro da estrutura oficial.

¹¹ Jeremy Bentham foi um jurista do século XIX, que edificou a teoria do utilitarismo pautado na filosofia liberal inglesa.

No entanto, tais indivíduos maculados pelo estigma não podem ser diretamente eliminados ou exterminados de maneira clara e objetiva. Assim, a estrutura de poder busca mecanismos eficazes de exclusão, visando à profilaxia do meio social por via tangencial (CORREIA JUNIOR, 2014).

A engrenagem celular do poder cria, então, espaços de exclusão legalizados ou, no mínimo, moralmente aceitos. Espaços que não se justificam apenas por sua significação econômica, mas, além disso, representam um mecanismo eficaz de higienização.

Neste sentido, Foucault argumenta (2012, p. 42)

O internamento psiquiátrico, a normalização mental dos indivíduos e as instituições penais têm, sem dúvida, uma importância muito limitada se se procura somente sua significação econômica. Em contrapartida, no funcionamento geral das engrenagens do poder, eles são sem dúvida essenciais. Enquanto se colocava a questão do poder subordinando-o à instância econômica e ao sistema de interesse que garantia, se dava pouca importância a estes problemas.

Dentro da estrutura celular, vislumbra-se uma série de sujeitos selecionados para figurarem nas instituições e lugares que promovem exclusão. Tais sujeitos nas palavras de Correia Junior (2014, p. 273) fazem parte de “nichos da sociedade que são alijados do convívio social. Dispensáveis, desnecessários, inconvenientes ou que se tornaram obsoletos na engrenagem capitalista”.

Para estes sujeitos, foram edificadas ao longo dos anos, lugares e instituições para neutralizar e excluir. Tais espaços de exclusão têm suas piores versões traduzidas em instituições totais (GOFFMAN, 2005). Representam (CORREIA JUNIOR, 2014, p. 273): “mecanismos de controle, para apartar, estigmatizar, neutralizar e coibir a entrada dos inconvenientes na sociedade, visando garantir a verticalização social e o predomínio do núcleo.”

Desta maneira, manicômios, asilos, reformatórios e comunidades e clínicas terapêuticas podem constituir recintos para a promoção de exclusão e consequente eliminação de certos indivíduos do convívio social, o que pode ser denominado como profilaxia celular¹².

¹² Entende-se aqui a profilaxia celular como o conjunto de medidas que visam à prevenção, erradicação ou controle de entes estranhos e/ou prejudiciais a célula.

A engrenagem celular de controle desenvolvida neste capítulo aponta para os motivos ideológicos e as razões não oficiais que amparam a criação e proliferação de instituições totais, entendidas aqui como a forma de se instrumentalizar o controle segregador existente na sociedade moderna, que agem viabilizando a profilaxia social em vários nichos culturais e sociais. Estas instituições exercem o controle direto das necessidades humanas básicas de determinado grupo (GOFFMAN, 2005)

A engrenagem celular trabalha sob alguns aspectos da sociedade moderna, como o poder já explicitado, o controle propriamente dito e a exclusão como causa e principalmente consequência última de todo o aparato segregacional.

Neste sentido, a célula representa de modo amplo a sociedade moderna, onde todos os indivíduos assumem papéis instrumentais. Não havendo papel para o sujeito, este se torna um potencial prejuízo ao organismo. A expulsão é, portanto, a resposta direta e natural da microfísica do poder instituída na sociedade (FOUCAULT, 2012).

Tal expulsão ocorre por meio de pequenos satélites que orbitam secundariamente à célula tendo cada um uma função específica de cercear a liberdade de um agente diferente. De maneira secundária e de acordo com as possibilidades, tais mecanismos equilibram a violência e a justificativa de ressocialização ou mesmo reabilitação destes entes nocivos ao cenário social.

Assim, para cada ameaça de ulceração da célula são criadas respostas de neutralização e docilização desses corpos. Para os portadores de transtorno mental: os manicômios e hospitais psiquiátricos (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2014)¹³. Para os índios: as reservas indígenas (GUTIER, 2014). Para os idosos: os asilos. Para os usuários de drogas ilícitas ou usuários de drogas lícitas em excesso: as clínicas terapêuticas, comunidades terapêuticas ou cracolândias (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013). Para os desempregados crônicos: as prisões (WACQUANT, 2006). Para as crianças: os reformatórios.

A engrenagem celular de controle social é sintetizada na Figura 2 (CORREIA, JUNIOR, 2013, p.273):

¹³ No tocante aos portadores de transtorno mental Correia Junior e Ventura (2014, p. 42) afirmam: a exclusão dos portadores de transtorno mental passa, portanto, invariavelmente pela convalidação do direito, que por suas leis e regras legalizou e edificou instituições totais, patrocinando a rotulação e segregação de determinados sujeitos.

A ENGRENAGEM CELULAR DE CONTROLE

Figura 2. Engrenagem Celular de Controle Social¹⁴

Fonte: CORREIA JUNIOR, Rubens A criminologia do cotidiano frente aos vulneráveis: O usuário de drogas como bode expiatório – Disponível no livro Criminologia no cotidiano – Crítica às questões humanas através das charges de Carlos Latuff - Coordenador Rubens Correa Júnior. Prefácio Vera Malaguti Batista. Editora Lumen Juris: Rio de Janeiro, 2014. p. 274.

¹⁴ É salutar lembrar que a dominação e a violência são instrumentos eficazes do poder, e não são exclusividade das **estruturas de controle social de corpos**, uma vez que as minorias e os vulneráveis são bem mais numerosos do que o descrito no quadro acima. Tal quadro analisa apenas os sistemas de controle físico e gerador de estigmas voltados ao cerceamento da liberdade ou exclusão de sujeitos em determinados espaços. Outras violências (mulheres, negros, homossexuais etc. que sofrem cotidianamente com a exclusão e ausência de oportunidades), por vezes até piores, não são sujeitos deste estudo.

Assim, os indivíduos aqui descritos sofrem com a ausência de oportunidades lícitas e não têm acesso a caminhos pavimentados para o seu exercício de cidadania voltado apenas à sociedade potencialmente consumidora e produtora de benesses.

1.3.3 A exclusão e vulnerabilidade como consequência da estrutura social de controle

Tem-se que o poder elege sujeitos vitimários, visando a profilaxia e higienização para o perfeito funcionamento da estrutura social e produção de capitais. Tal estrutura acaba por retroalimentar todo um arcabouço de desigualdades, violências, domínio e manutenção da verticalização da estratificação social. O principal fruto de toda a engrenagem de poder é a consolidação da exclusão de determinados sujeitos elegíveis devido às suas características sociais, econômicas, culturais e raciais, dentre outras.

Apresentou-se neste capítulo a construção da engrenagem celular de controle social, engendrada pelo poder, sendo este o instrumento articulador entre a dominação, a violência e a manutenção do *status quo* social. Ademais se identificou uma relação de vulneráveis, disfuncionais à sociedade e estigmatizados como tal, sendo alvos de sistemas, instrumentos e mecanismos diretos e indiretos de segregação.

Assim sendo, é importante conceituar a exclusão na perspectiva dos indivíduos que sofrem as ações diretas do poder e sujeição descritas anteriormente. Tais personagens descartáveis e desnecessários insurgem então como excluídos de todo o aparato social e esta segregação os torna alvos em potencial de abusos de direitos (PORTO, 2000).

A engrenagem celular apresentada anteriormente busca representar um mapa de segregação social no tocante a criação de espaços de exceção e cerceamento de liberdade dos indivíduos dispensáveis. Tais espaços fabricam, moldam, adaptam e condenam suas vítimas à exclusão categórica.

Por conseguinte, completando o binômio que sustenta os mecanismos de controle, temos a exclusão como consequência das relações de poder e resultado direto do exercício prático do poder e da dominação.

Cabe então conceituar e definir a exclusão na perspectiva do poder apresentado anteriormente, sem olvidar que exclusão e inclusão não são termos dicotomicamente incompatíveis por natureza, pois estão inseridos sempre em processos sociais divergentes e fragmentados. É dentro de tais processos que temos que analisar a exclusão e suas nuances (PORTO, 2000).

A exclusão em seu sentido conceitual está atrelada à estrutura de poder e sua manutenção se dá por meio de instrumentos de controle. Sua consequência é a impossibilidade de acesso de certos e selecionáveis sujeitos às estruturas sociais. Uma vez sem acesso, estes sujeitos se tornam vítimas em potencial dos mecanismos de segregação o que solidifica a exclusão, edificando um círculo vicioso recrudescedor da violência e estigmatização.

A exclusão, mais precisamente a social, surge como um conceito importante para a compreensão da engrenagem social desenvolvida a partir do século XX e século XXI¹⁵. Embora com indeterminação semântica grave, pode-se afirmar que esta expressão veio como uma releitura do termo de inadaptação social cunhado para explicar as desigualdades sociais e econômicas até meados da década de 1960. Termos como desviado, exprobadados, proletariados sempre foram traçados e conceituados entre os estudos que visavam compreender os mecanismos sociais (ZION, 2006).

Vale ressaltar que a impiedosa espiral da exclusão é atemporal, e assim o termo torna-se irrelevante frente às consequências de seu significado. Significado este que se edifica na perspectiva do indivíduo esbulhado dos laços comunitários, apartado da sociedade e taxado ao longo da história como doente ou marginal. Mas, a despeito da tentativa de demonização de tais sujeitos, fica claro que são apenas frutos da incapacidade da própria comunidade em não abarcar todos seus membros com suas benesses e direitos (PAUGAM, 1996).

Tal inabilidade da sociedade para com seus periféricos fica latente no caminho percorrido pelo pensamento crítico a partir da década de 1970 que consolidou o pensamento da exclusão como “uma consequência direta da incapacidade por parte da sociedade em inserir seus membros e não mais como o fruto de uma incapacidade individual em se solidarizar com o todo social” (PAUGAM, 1996, p. 60)

Não é coincidência que foi exatamente neste período que se publicou o livro “*Les exclus, un français sur dix*” de René Lenoir, que consolidou o termo “exclusão” no mundo¹⁶. A exclusão se materializa a partir daí como um conceito que

¹⁵ Para D’Allondans (2003, p. 42), a exclusão é “produto histórico de mecanismos sociais e não um estado resultante de atributos individuais e coletivos”.

¹⁶ Cabe aqui afirmar que assiste razão a Paugam que afirma que antes de 1974 o termo exclusão já havia sido abordado em outras obras, mas sem o mesmo destaque. Como por exemplo, Jean Kanfler em 1965 e seu livro *L’exclusion sociale*. (PAUGAM, 1996)

desmascara os meandros sociais como causas da segregação de determinados sujeitos e retira de cima destes indivíduos o peso da inadaptação social.

Abandona-se a ideia de exclusão social como um fato marginal ligado a grupos subproletariados e expande-se este conceito por entender tal fenômeno como um complexo processo que afeta um número grande de pessoas diretamente e indiretamente (ZIONI, 2006).

Exclusão emerge, a partir de então, como tema central, especialmente ao se questionar a efetivação de direitos e garantias fundamentais do cidadão, assim como o acesso aos direitos civis. Deste modo, o indivíduo excluído não possui acesso aos direitos básicos para uma vida digna, nem instrumentos capazes de lhe garantir a defesa destes direitos. Têm retiradas suas garantias fundamentais, seus acessos e por fim lhe são usurpadas suas chances de se defender destas expropriações.

Sem acesso e sem defesas, este sujeito se vê privado de toda e qualquer vínculo social básico. O processo excludente é um processo de empobrecimento das relações sociais e não apenas econômico e cultural. O sujeito acaba por perder a sua identidade social (BATACLINE, CORREIA, 2014).

Em uma análise da exclusão no âmbito Brasileiro, Batacline e Correia (2014, p. 151) enfatizam:

No Brasil, a discriminação é econômica, cultural e política, além de étnica. Esse processo deve ser entendido como exclusão, uma impossibilidade de poder partilhar, o que leva à vivência da privação, da recusa, do abandono e da expulsão. Considera-se inclusive a violência, de um conjunto significativo da população, como uma exclusão social e pessoal.

A exclusão patrocinada pelas estruturas de segregação, onde insere-se a engrenagem de controle, se traduz em um estado de total carência material e moral e fragilização frente às necessidades capitais de um ser humano. Este fenômeno pode ser chamado de desfiliação, pois representa a passagem do indivíduo de uma situação de integração (pelo menos em tese) para uma situação de total vulnerabilidade (CASTEL, 1998).

Um dos principais passos da exclusão é a desvinculação do sujeito aos laços sociais que deveriam lhe acolher. Uma desvinculação que não se dá de maneira voluntária, mas imposta e quase sempre violenta (FEIJO; ASSIS, 2004).

No tocante à engrenagem de controle, pode-se perceber uma das afirmações basilares a respeito da exclusão: a segregação se dá de maneira mais violenta e clara do ponto de vista econômico, ou seja, a fragilização do indivíduo perante a sociedade é potencializada quando não possui recursos financeiros como fator de empoderamento.

Este trabalho foca a exclusão de usuários de drogas que têm cerceada a liberdade de ir e vir de maneira involuntária. Tal cerceamento dos usuários de drogas tem articulação com todas as espécies de segregação que guardam entre si uma leitura dos sujeitos na perspectiva de “ser igual” e o “não ser igual” (SCHWARTZ; NOGUEIRA, 2000).

Logo, a exclusão representa um processo e lógica social relativa e gradual (SPOSATI, 2000). Na perspectiva do binômio igual e desigual, o conceito também é variável, controverso e impreciso, pois o que existe na verdade são processos segregadores que produzem e fabricam desigualdades. Tais processos ocorrem nos âmbitos econômico, social, cultural, sexual e a desigualdade nestes aspectos edifica um mecanismo vitimizante (CASTEL, 2000).

Não cabe aqui o aprofundamento das conceituações de igualdade, embora se deixe claro que o conceito utilizado neste trabalho se baseia no modelo aristotélico de igualdade e sua releitura por Boaventura de Souza Santos¹⁷.

Por conseguinte, a exclusão vai além da deficiência material, mas leva ao não reconhecimento do sujeito. Além da carência, falta o laço social e o sujeito é alçado a categoria de perigoso e inimigo da sociedade (NASCIMENTO, 1993).

A exclusão, assim, representa o expurgo resultante de um padrão criado pela sociedade resultando no não reconhecimento do outro, na invisibilidade do

¹⁷ Aristóteles defende que “devemos tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida de sua desigualdade.” Já o autor português Boaventura afirma que: “temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.” (SANTOS, 1997, p. 22).

Portanto, a igualdade aqui embasa-se no viés antropológico, com a noção da defesa da cultura do diferente, do desviante e dos que ameaçam a cultura imposta e estabelecida (SCHWARTZ; NOGUEIRA, 2002)

outro, na transformação do outro em anormal. Segundo Schwartz e Nogueira (2000, p. 186):

A inclusão supõe uma referência que adentra para a inclusão em determinados costumes e atividades, o que remete à dimensão cultural. Cada cultura constrói os seus sistemas de regulação e exclui, mediante esses sistemas, os que, aparentemente, não têm capacidade ou possibilidade de seguir tais padrões definidos como normais, passíveis de discriminação.

Neste ponto, consolida-se a engrenagem celular de controle social abordada previamente, somando-se a ela além dos critérios mencionados de poder, domínio e violência, a questão da exclusão, especialmente relacionada à população que povoa a zona periférica do núcleo social, que se caracteriza pelo isolamento social e a vulnerabilidade frente aos mecanismos de controle penal, social e cultural (CASTEL, 1998).

Deste modo, grupos fragilizados, estigmatizados e rotulados tendem a ser alvos recorrentes das engrenagens de poder. Os excluídos se tornam vulneráveis uma vez que foram usurpados da possibilidade de sonhar, vivem em uma precariedade econômica e de laços. O sujeito se identifica pelo que é negado a ele (e não o contrário). A pessoa se faz pela falta, vive pela ausência, sendo sempre o Outro, aquele que não encontra pertencimento junto a sua sociedade? (CASTEL, 1998).

O binômio situação econômica (ou qualquer outro elemento rotulador como cor, orientação sexual, gênero) versus exclusão funciona como um mecanismo retroalimentador e de recrudescimento em que a causa da exclusão trabalha também com um dos seus próprios efeitos diretos.

Desta forma, a situação econômica ora é causa, ora se acentua pela exclusão. Neste círculo vicioso, os indivíduos excluídos se vêem alienados de qualquer possibilidade de acesso legítimo a benesses, e sem benesses se vêem mais segregados.

Tal mecanismo cria o seguinte ciclo perpetuador da exclusão:

Figura 3. Ciclo de segregação social

Fonte: Próprio autor

A exclusão, não está diretamente pautada na pobreza individual. Longe disso, está relacionada com uma disfunção social. É mais do que um mero conceito e sim uma representação simbólica da sociedade. Excluídos são aqueles que não participam dos vértices principais da estrutura social (ZIONI, 2006).

Atualmente, observa-se que a exclusão é a última e mais atroz fase do processo de marginalização e objetificação do outro. Um percurso iniciado na identificação do sujeito como diferente ou disfuncional à estrutura social consolidada, com sucessivas rupturas no laço social ao longo da sua história, representadas pela ruptura com o mercado de trabalho e o distanciamento da família e amigos.

Na verdade, chega-se aqui a conclusão de um tripé ideológico que formam as iniquidades sociais: a pobreza, a desigualdade e por fim a exclusão. Nesta

perspectiva, nenhuma destas condições são buscadas ou desejadas objetivamente pelo sujeito, pois “a condição de excluído é-lhe imputada do exterior, sem que para tal tenha contribuído direta ou mesmo indiretamente” (NASCIMENTO, 1994. p. 30).

O usuário de drogas lícitas de maneira abusiva e o usuário de drogas ilícitas estão inseridos nesta tríade e irão sofrer esta sedimentação segregatória em escalas ou mesmo abruptamente. Neste contexto, a internação involuntária e o enfraquecimento do laço familiar representam o ápice da usurpação de seus direitos e a consolidação de sua exclusão do seio social. Portanto, o internamento compulsório passa a se configurar como a materialização dos movimentos segregatórios que o indivíduo sofre ao longo de sua vida devido às suas escolhas e desejos não convencionais.

1.4 Poder, controle e exclusão - O usuário de drogas como vítima expiatória

Os grupos considerados inadaptados, excluídos e vulneráveis à violência, vítimas diretas do poder excludente, sofreram com o passar das décadas uma modificação em seus rótulos. Se antes eram sujeitos incapazes ou mesmo inaptos para o progresso e construção social, passaram a representar um risco aos grupos estabelecidos na sociedade. Os marginais ou desviados passaram a ser uma ameaça ao equilíbrio dos adaptados ao modelo de produção moderno, passando a não importar, a partir daí, se a sociedade tem ou utiliza de mecanismos violentos, arbitrários e totalitários frente aos menos favorecidos (ZIONI, 2006).

O controle social está diretamente atrelado aos objetivos da sociedade atual de conter-se e de vigiar-se. Todo ato que visa controlar a sociedade é um ato que deve expandir-se, deve comunicar-se para atingir seu êxito, pois é através da comunicação que se consolida na sociedade. Desta forma, mais importante que o próprio controle é fazer com que a população creia que necessita de tais controles. Insere-se neste ponto a ideia de que é necessário que a população crie bodes expiatórios (HAMMERSCHMIDT; GIACOIA, 2009).

No entanto, o fenômeno de construção de bodes expiatórios não é recente. A história da humanidade é permeada de uma série de personagens que assumem o papel de antagonistas dentro da cena social. Os usuários de drogas são apenas

uma das releituras dos hereges do século XV, dos índios, negros, imigrantes, e até os nordestinos do século XX. A história, portanto, se repete na criação de um inimigo a ser combatido, um ser a se considerar fraco e frágil frente aos verdadeiros valores sociais de cada época (CHRISTIE, 1993).

Christie (1993, p. 65) condensa este pensamento na seguinte frase: las drogas -en analogía con el pasado uso de las brujas, los judíos o de los Kulaks¹⁸- han sido usadas para justificar por qué las cosas van mal en la sociedade¹⁹.

A construção conceitual de Christie (1993) encontra relação com o cenário brasileiro atual, no tocante ao abastecimento de uma engrenagem celular de exclusão voltada a determinadas pessoas devidamente selecionadas. A respeito deste maniqueísmo dualista e o desejo de se encontrar bodes expiatórios, Karam (2011, p. 4) acrescenta:

As ideias de pena, retribuição, castigo, punição, afastamento do convívio social, que estão na raiz do sistema penal, baseiam-se no maniqueísmo simplista que divide as pessoas entre “bons” e “maus”, satisfazendo os desejos de encontrar “bodes expiatórios” que possam assumir uma individualizada culpa por todos os males.

Desta maneira, os castigos e punições a determinados sujeitos consolidam a ideia de sacrifício, que deve ser considerado aqui como a transferência a uma vítima selecionada de todo o ódio e tensão que geram mal-estar na sociedade. Neste sentido, o papel deste objeto vitimário deve ser de figuração na sociedade, ou seja, deve estar inserido no seio social, pois é essencial que haja a identificação dos cidadãos para com ele, mas não pode compor parte fundamental da coletividade (MARUJE, 2013).

Embora a palavra sacrifício remeta à concepções medievais de violência, resta claro que tal mecanismo se modernizou em sua aplicabilidade e hoje tem o

¹⁸ Kulaks ou Cúlaques foi uma definição de cunho estigmatizante para definir na antiga união soviética os inimigos representados por proprietários de grandes e médias propriedades. Tais indivíduos, principalmente sofreram na década de 1930 um extermínio sob a justificativa da coletivização das propriedades Rurais. O termo a partir de iniciada a política de coletivização foi abrangendo cada vez mais camponeses, até mesmo os donos de pequenas propriedades. Tais indivíduos foram considerados pelo governo de Stalin como inimigos e sabotadores e foram caçados por anos. (CATANI; LINHART, 1986)

¹⁹ Em tradução livre: as drogas – em analogia com o passado em relação às bruxas, os judeus e os Cúlaques – têm sido usadas para justificar porque as coisas vão mal na sociedade.

verniz de legitimidade, dado por instituições obedienciais (MARUJE, 2013). Sobre a interseção entre o sacrifício e os usuários de drogas, Correia Junior (2014, p. 276) afirma: “o sacrifício aqui tem o sentido de um ritual que visa descarregar sobre uma vítima, escolhida não aleatoriamente, todas as tensões e conflitos do corpo social que ameaçam a ordem posta”.

Ao ameaçar a ordem posta, o usuário de drogas atinge seu apogeu figurativo, quando a sociedade o considera não mais como um mero e inofensivo vulnerável, mas sim como um sujeito hostil a toda comunidade. Edifica-se a figura do outro, o perigoso e estranho, aquele que perdeu sua identificação como pessoa. Distancia-se e perde a humanidade e assim se transforma em alvo direto de quaisquer ilegalidades (ZAFFARONI, 2006).

É salutar a compreensão dos bodes expiatórios como um importante mecanismo de desumanização do outro e uma ferramenta essencial para se justificar a seletividade das engrenagens de controle já mencionadas anteriormente²⁰. A figura do inimigo traz o componente justificador a toda e qualquer segregação. Torna a esfera do possível, em domínio do imperativo e obrigatório.

Correia Junior (2014, p. 275) traça o possível caminho para se modificar o paradigma de exclusão e sacrifício edificado no cenário atual dos usuários de drogas:

Desta maneira, é necessária uma mudança de paradigma na interpretação do usuário de drogas, passando de inimigo como desejam o ideário social, para uma vítima expiatória a ser sacrificada sempre em vão. Ao invés de se buscar o efeito catártico do sacrifício, pode-se trilhar o caminho da humanização do outro.

Aproximando o usuário de drogas do encarcerado comum, pode-se afirmar que o imperativo de punição está ligado à identificação com o desviado, e à necessidade de se transferir ao outro a carga de culpa que nos precede (REIK, 1997)

²⁰ Em relação ao arquétipo do bode expiatório e as populações afetadas pela seleção de controle social relativa às drogas, aponta-se que na Suécia, entre 13.903 indivíduos entrevistados, avaliados com um transtorno por uso de drogas, inseridos no sistema de saúde sueco, entre 2002 e 2008, foram constatados que imigrantes de segunda geração com pais não-escandinavos eram 41% mais propensos a relatar uma história de internação involuntária em comparação com aqueles que nasceram na Suécia de pais suecos (LUNDGREN et. al. 2012), ou seja, o fenômeno da seletividade de certas populações parece ser global

Por fim, frisando a construção do rótulo e o estabelecimento de uma seletividade no controle social, ressalta-se que o conceito do bode expiatório e seu vínculo com os usuários de drogas é reforçado por Karam (2011. p. 4) ao afirmar: “Tampouco é nova a ideia do “mal universal”. No passado, a bruxaria e a heresia também foram assim apresentadas”. Salienta-se que tal frase tem um contexto específico que introduz um importante elemento à consolidação do usuário de drogas como objeto da seletividade: a guerra às drogas

1.5 Poder, bode expiatório e guerra às drogas

Inicialmente deve se ressaltar que as drogas ou substâncias psicoativas sempre existiram em todas as culturas e estão presentes em passagens simbólicas importantes da sociedade moderna ocidental como a água transformada em vinho em um importante momento bíblico. No entanto, essa perenidade histórica das substâncias entorpecentes não caminha lado a lado com a proibição que é fenômeno, particularmente, recente e potencializado nas últimas décadas do século XX (KARAM, 2011).

Assim, o estreitamento da relação entre o uso de drogas, sua proibição e a formação de uma imagem estigmatizante do sujeito entregue à dependência (bode expiatório) não pode ser considerado um valor ontológico pertencente às sociedades. Foi uma construção histórica peculiar e lenta, mas não aleatória (ou accidental) e sim um projeto de consolidação que se iniciou (ou potencializou) em uma guerra.

Tal projeto de consolidação visou a materialização de uma política bélica contra determinadas substâncias e que acabaria por lançar um estigma aos usuários (em especial dependentes) de drogas. A proibição é uma construção social multifatorial recente e o estigma e a rotulação ligados ao uso de drogas são ainda mais contemporâneos. De início, a proibição visou, em seu discurso oficial, a abstinência geral de toda a população frente à determinadas substâncias. No entanto, a ideia de abstinência como solução para as drogas se comprovou ao longo dos anos inútil frente à cultura e necessidade dos sujeitos e pelo princípio do livre arbítrio e da busca íntima e individual do prazer (KARAM, 2011).

A necessidade humana de fugir do deserto do real, em buscar a efemeridade de momentos ultrapassa a disciplina de se manter sóbrio durante toda uma vida, por mera construção legal (ZIZEK, 2006). Além de vazia e utópica, a política de abstinência foi atingindo o status de perigosa e totalitária à medida que a partir da década de 1960 começou-se a pensar em uma política pública mundial de profilaxia relacionada a determinadas substâncias eleitas de maneiras incoerentes e arbitrárias. Tal política foi nomeada por “guerra às drogas”²¹, nome que representa o belicismo estatal e social que seria construído ao longo dos anos frente aos usuários (KARAM, 2011).

Neste contexto, a pregação de cunho moral²² alcançou, portanto, o status de política global que culminou com o alastramento de políticas estatais de patrocínio à intromissão do Estado na esfera privada. Tal intromissão se resguardou em uma série de leis e normas internacionais e que foram integradas aos ordenamentos jurídicos nacionais e resultaram em uma teia normativa segregacionista e excludente.

Esta guerra auxiliou na consolidação do modelo de estrutura de controle social apresentado neste trabalho, pois com a ideologia bélica frente a usuários de substâncias ilegais se alastravam também as possibilidades de controle do Estado, sob os auspícios do bem comum e também da saúde individual. Embora fosse arbitrária a eleição das substâncias a serem ou não demonizadas, o rótulo de desviantes se consolidou (KARAM, 2011).

Ainda, além de fortalecer as estruturas de controle, a guerra potencializou o caráter bélico na atuação do poder punitivo. Assim, após a proliferação da ideologia beligerante frente às drogas, se observou a expansão do Direito Penal atrelado a um processo de rotulação e estigmatização em proporções industriais no seio social e a consolidação da exclusão pela sociedade.

A postura beligerante, além de influenciar a dominação e controle social, ainda repercutiu de maneira direta no seio social, principalmente no que diz respeito à população periférica. Esta repercussão é enfatizada por Karam (2011, p. 2), quando aborda os efeitos da guerra às drogas:

²¹ A “guerra às drogas” foi declarada, mais precisamente, em 1971 pelo Presidente americano Richard Nixon e acabou por inserir ou reinserir de uma maneira atualizada a velha ideologia pautada em uma guerra como modelo justificador para a atuação do sistema penal (KARAM, 2011)

²² Karam (2011, p. 4) define e resume o vínculo entre guerras às drogas e moral da seguinte maneira: “Drogas estão associadas ao prazer, elemento que propicia o lançamento de cruzadas moralizantes”.

Espalhando violência, mortes, prisões, estigmas, doenças, sem sequer obter qualquer resultado significativo, nem se diga na irracional pretensão de acabar com o consumo das selecionadas drogas tornadas ilícitas, mas nem mesmo na redução da circulação das substâncias proibidas”.

Vale acrescentar que embora drogas legais não compartilhassem o mesmo peso simbólico das substâncias ilícitas, os usuários delas dependentes tiveram também o peso da segregação. O abuso destas substâncias começou também a ser demonizado como a representação de uma fraqueza ou de uma ruína frente a sociabilidade.

Tal realidade persiste até hoje e o uso socialmente aceito se consolidou como um padrão a ser referendado pelos sujeitos. Nesta perspectiva, qualquer desvio neste modelo fragiliza o sujeito e o deixa vulnerável à exclusão e posteriormente apto a alimentar as engrenagens de controle.

Por conseguinte, o rótulo se consolidou abrindo a enorme possibilidade ao arbítrio nas decisões, assim como ao Estado a possibilidade de vincular a proibição a alguns grupos específicos. Este alastramento do alcance dos grupos a serem vulnerabilizados não foi exclusividade da Guerra às Drogas, mas inegavelmente foi potencializado em razão de sua existência.

No Brasil, bem antes da guerra às drogas, já tínhamos exemplos do uso da criminalização de substâncias direcionadas a certos grupos como, por exemplo, a proibição do cânhamo.²³ Já nos Estados Unidos, mesmo antes da política proibicionista, já se vislumbrava um cenário em que a *canabis* se associava fortemente aos imigrantes mexicanos por exemplo²⁴.

Chega-se ao irrefragável fato que o proibicionismo fracassou em seu principal objetivo oficial, qual seja: a abstinência do sujeito e a derrocada da oferta em todo mundo²⁵. No entanto, seus efeitos ideológicos estão potencialmente alastrados.

²³ A palavra maconha é um anagrama de cânhamo. O cânhamo foi introduzido no Brasil em 1549 e sua história se confunde com a história da Colônia. No século XVIII, havia incentivo da coroa portuguesa para o cultivo desta planta. A droga foi difundida entre os escravos e no século XIX a postura da coroa começa a mudar no sentido da limitação e proibição, o que culminou no século XX com a proibição da maconha na conferência internacional do ópio em 1924, com grande protagonismo do Brasil (CARLINI, 2006).

²⁴ Sobre este tema e estes dados, ver a pesquisa *The racial history of U.S. drug prohibition*, da Drug Policy Alliance. Disponível em http://www.drugpolicy.org/about/position/race_paper_history.cfm

²⁵ Com efeito, após cem anos da globalizada proibição com seus quarenta anos da nociva, “insana e sanguinária guerra às drogas”, o resultado visível é que as substâncias proibidas foram se tornando mais baratas, mais potentes, mais facilmente acessíveis e mais diversificadas (KARAM, p. 2, 2011).

O aparelhamento do Estado policial tem no combate ao tráfico de drogas seu principal objetivo e alicerce. Entretanto, a despeito de todo o esforço despendido, a venda de substância lícitas e ilícitas que alteram o comportamento cresce vertiginosamente (KARAM, 2011).

Embora a economia e cultura comprovem o fracasso de tais políticas, estas ainda se perpetuam e se avolumam por todo o mundo. Continuam, também, patrocinando uma estrutura de exclusão representada pelas engrenagens de controle oficial, como prisões e clínicas terapêuticas, dentre outros espaços de exclusão que são alimentados hodiernamente por usuários de drogas ilícitas e lícitas.

De acordo com Karam (2011, p. 3):

A proibição às selecionadas drogas tornadas ilícitas forneceu e fornece o impulso requerido pela consolidação de uma globalmente uniforme tendência punitiva e uma expansão do poder punitivo sem paralelos.

A expansão do poder punitivo de maneira ilimitada se encontra localizada em instrumentos de cerceamento de liberdade diversos do poder penal, do cárcere ou manicômios judiciais, que contribuem para a consolidação e expansão do ideário de exclusão.

Neste aspecto, é vital salientar o papel dos saberes médicos e hospitalares na consolidação do controle, na expansão do poder punitivo e concretização do domínio, apoderando-se do conceito de guerra para atingir determinados grupos sociais.

Neste sentido, ao analisar o acolhimento forçado no Rio, Karam (2011, p. 11) afirma:

O manifestamente ilegítimo “recolhimento” e internação forçada de crianças e adolescentes em situação de rua no Rio de Janeiro, sob o pretexto de supostamente “livrá-las” do crack, é mais uma expressiva demonstração de quem são os “inimigos” na versão brasileira da “guerra às drogas”.

Assim, podemos aferir que a guerra às drogas culmina com uma política bem mais abrangente e ilimitada voltada ao cerceamento da liberdade, a profilaxia e

higienização de determinados indivíduos. O controle, portanto, se fragmentou em uma série de simbologias e ferramentas, ora evidentes, ora subliminares, visando à docilização de determinado nicho social. A exclusão, a violência, a criação de bodes expiatórios, a vulnerabilização de sujeitos e perpetuação da estratificação social foram ingredientes que consolidaram os usuários de drogas como vítimas expiatórias, ora pela proibição da substância, ora pelo excesso em seu gozo e desejo.

2. *CAPITULO 2*

O APARATO DE SAÚDE E A EXCLUSÃO

O aparato de saúde influenciou a consolidação de uma sociedade excludente que buscava e busca a efetivação de sacrifícios frente ao arquétipo do que seja o mal social. Uma vez que se compreenda a engrenagem social de controle e os espaços de exclusão que a circundam, cabe neste trabalho focar as Clínicas e Comunidades terapêuticas.

Assim, busca-se discutir possibilidades de exclusão por meio de práticas de confinamento sob a tutela dos saberes de saúde, sendo este um mecanismo com potencial ilimitado frente à vulnerabilidade do sujeito.

2.1 O objeto das práticas médicas - A doença e os doentes, o normal e o anormal

A institucionalização hospitalar, ao longo de sua história, sempre atingiu determinados sujeitos e enfermidades. A história das práticas de confinamento médico se confunde com a narrativa de todas as práticas de exclusão que orbitam a engrenagem celular de controle social.

Dentro da concepção do poder e controle de pessoas, os saberes de saúde serviram como instrumento para a solidificação da segregação, tendo como ferramentas a estigmatização de certos sujeitos e a demonização de algumas enfermidades (FOUCAULT, 2012).

Como já explicitado na abordagem da engrenagem celular de controle social, enquanto alguns indivíduos foram relegados às prisões, além de guetos, principalmente durante o século XIX, outros foram encampados pelos espaços médicos e de saúde. Assim, o conceito de doente e doença passa a ter não só uma concepção médica, mas sim ideológica e política (FOUCAULT, 1987).

Durante os séculos XVI a XX, vê-se que as formas de supressão de liberdades começam a se amoldar melhor ao estigma. Entender essa perspectiva torna-se salutar para se compreender o usuário de drogas nos dias atuais, pois tais indivíduos são passíveis de sofrer tanto o enclausuramento via prisões, destinado a pobres e miseráveis, quanto o confinamento asilar/hospitalar destinado a enfermos (SIQUEIRA, 2010).

Assim, o doente enquanto objeto das práticas médicas segregatórias e, portanto, apartado frente à engrenagem celular de controle, pode ser localizado no início do século XVIII como fruto do “movimento de exclusão dos indesejáveis” (ORNELLAS, 1997, p. 15). Tais indesejáveis eram compostos por criminosos, portadores de transtornos mentais, leprosos e mendigos.

Os doentes e a doença então assumem papel relevante na justificação de procedimentos terapêuticos desumanos, impetrados por quem detém a legitimidade dos saberes de saúde.

Neste sentido, deve-se ressaltar (ORNELLAS, 1997, p. 24):

A construção dos saberes e práticas médicas e a invenção dos meios de cuidar dos doentes – meios materiais e saberes neles contidos, através dos quais esses cuidados são efetivados – ocorrem em um processo, durante o qual a medicina emerge como instituição encarregada de assistir os doentes e detentora legítima do domínio sobre a doença, como objeto de conhecimento e de intervenção. Esse processo inclui a invenção do hospital e da clínica, assim como a constituição e a posterior substituição das práticas médicas por outras formas de assistências.

As formas assistenciais e confinamentos recrudesceram e potencializaram a supressão de determinadas classes no final do século XVIII. Considerando que a doença e o doente estão também inseridos na concepção de poder, ressalta-se que tais definições são atribuídas por quem detém a legitimidade social para tal. Desta forma, o exercício dos saberes médicos passa a ser facilmente convertido em um exercício de reafirmação do domínio (FOUCAULT, 2012).

Este domínio conflui com o deslocamento da medicina para uma disciplina de doenças e não mais com a atenção voltada para a arte de curar. A partir desta mudança no olhar sobre o paciente, temos a objetificação do corpo que remonta o século XVI e se concretiza no século XIX com o positivismo. Neste intervalo de tempo, a medicina se vincula fortemente ao Estado e aos entes detentores do poder na construção do domínio político (ORNELLAS, 1997).

Nesta perspectiva, o componente essencial na formação do conceito de doente é permeado e influenciado por exigências ideológicas, econômicas e políticas. O doente assume papel antagônico e essencial no cenário social (FOUCAULT, 1977).

Entre os séculos XVII e XIX, ora o doente é alvo dos saberes médicos visando à cura, ora é alvo de um controle efetivo visando sua neutralização e aniquilamento do cenário urbano. A doença se consolida tanto como uma patologia a ser erradicada e digna de compaixão, tanto como um mal em si, indissociável de alguns sujeitos e patrocinadora da segregação (FOUCAULT, 1977).

Este último aspecto fica claro com o protagonismo do confinamento ligado às doenças mentais neste período, devido à derrocada da idade média, os fracassos da demonologia²⁶ surge o portador de transtorno mental como protagonista dos espaços de exclusão²⁷.

Na esteira da Revolução Francesa no século XVIII e no amparo aos portadores de transtorno mental, o psiquiatra Philippe Pinel pensou um hospital livre de correntes, onde a cura seria uma possibilidade e a reabilitação insurgia embrionariamente como um objetivo. Para tal, trouxe a ideia do trabalho como uma regra moral (FOUCAULT, 1997).

Neste período retiraram-se as correntes é verdade, mas não se deu voz ao sujeito. Pelo contrário, potencializaram a autocontenção, fomentando o reconhecimento da culpabilidade.

Já no século XIX, a profilaxia social assume formas mais claras e a sua instrumentalização se torna essencial ao corpo social. O positivismo lombrosiano se consolida ao fundamentar a necessidade da segregação no antagonismo baseado nas ciências biológicas – bom e mal. O biodeterminismo parte da conceituação da doença e também da loucura para convalidar um tratamento diferenciado entre normais (ou doentes curáveis) e anormais (ou doentes incuráveis e perigosos) (LOMBROSO, 2001).

²⁶ Demonologia ou Demologia era o estudo dos demônios, principalmente vinculada ao final da idade média e século XVI e XVII. Esta pseudociência agrupou o estudo de todas as manifestações e reações indesejadas do sujeito. Juntamente com várias outras ciências conhecidas como “ocultas” (quiromancia, astrologia e metoposcopia), tais “ciências” tentavam estudar características do comportamento humano. No caso da Demonologia, ela se ocupou principalmente dos portadores de transtorno mental e epiléticos (GONÇALVES, 2012).

²⁷ No século XVIII, esta segregação, radicada em critérios mais científicos, se enviesa pelas entranhas da urbanidade com Philippe Pinel em um modelo que reverbera até os dias atuais com grande influência (PESSOTI, 1994). Em Bicêtre, o psiquiatra criou um modelo de tratamento para doentes mentais que insurgia contra todo e qualquer tratamento anterior, até então pautados na desumanização dos sujeitos tratados, por vezes, como animais (FOUCAULT, 1997).

Surge, então, uma vinculação dicotômica ligada à doença e ao doente, a formação e consolidação do normal versus o anormal ou patológico. Dicotomia resumida entre o funcional e o disfuncional (CANGUILHEM, 2000).

Neste ponto, é salutar lembrar que esse sujeito rotulado como “normal” é aquele que assume uma funcionalidade nas estruturas econômicas, sociais e culturais de seu tempo, aquele que desempenha um papel social, mesmo que destituído de protagonismo. Em contrapartida, sem assumir papéis ou funções, o sujeito se torna disfuncional e considerado anormal (CANGUILHEM, 2000).

O século XIX acaba por consolidar a aproximação entre a doença como fundamento para o estigma e a exclusão. Os usuários de drogas ilícitas ou lícitas (em excesso) são alvos hoje desta funcionalidade que o diagnóstico de doente assume: o de condenar alguns enfermos e algumas patologias à exclusão.

O normal nesta esteira é o que deve ser, é o modelo a ser seguido, um modelo limitado de comportamento. Por estes limites se define o doente e a partir daí o anormal (CANGUILHEM, 2000).

A apropriação da doença pela medicina e consequentemente por quem detém o poder facilita a construção do anormal a partir de parâmetros não só biológicos, mas políticos, econômicos e ideológicos. O anormal é aquele que não internaliza os regramentos e as leis de maneira satisfatória (FOUCAULT, 2001).

Deste modo, com a aproximação do conceito de doença para a dicotomia entre normais e anormais no século XIX, há uma justaposição entre os saberes médicos e de saúde e o judiciário. A instância de controle do doente não funcional e consequentemente do anormal passa a ser convalidada pelo judiciário e pelas leis (FOUCAULT, 2001).

Este aspecto tem repercussão direta nas políticas de saúde relacionadas à internações e limitação de liberdade forçada e, consequentemente, ampara até o século XXI a suspensão de direitos e garantias de usuários de drogas.

A junção estabelecida ao final do século XIX entre o médico e o judiciário elabora uma instância de controle não só do doente e menos ainda do crime, mas sim do sujeito anormal (FOUCAULT, 2001). Isto se dá porque o anormal é o indivíduo que por ser destituído de assumir papéis fixos e pré-determinados ou funções na engrenagem social e deve ficar relegado à exclusão social com a devida supressão de sua individualidade e subjetividade. Assim, a rotulação de um sujeito

como normal é (não só uma deliberação médica, mas também) uma decisão discricionária, e não aleatória de cada época ou sociedade.

Os séculos XVIII e XIX, além da consolidação do poder médico, assistiram à sua potencialização, ao se tornar menos físico e mais ideológico. Retiraram-se as correntes, mas não se deu voz ao sujeito (doente ou anormal). Pelo contrário, objetivaram o portador de transtorno mental, o portador de lepra e outros portadores de doenças, suprimindo as coerções físicas, mas potencializando a autocontenção e fomentando o reconhecimento de sua culpabilidade. O tratamento físico mudou, mas o olhar continuou distante a classificar, estigmatizar e analisar. **A loucura e a doença foram, enfim, dominadas pelo homem da razão** (FOUCAULT, 1997).

Assim, vale ressaltar que este período marca a tomada do fenômeno da loucura pelo saber médico, a consolidação da doença mental como enfermidade passível de cura, embora não se acreditasse nisso.

Sobre o século XX, cumpre destacar que o olhar para o doente ou anormal já havia se modificado com o iluminismo de séculos antes, quando a razão ocupa um lugar de destaque e os seres desprovidos dela se tornam objeto do olhar do outro. Isto acabou por causar o estabelecimento e proliferação de lugares específicos para os doentes e anormais. O século XX consolida, portanto, o ideário em que não cabem mais suplícios físicos, mas aprisiona-se a alma e distancia-se o sujeito do mundo externo com uma vigilância constante sob a tutela do saber médico (FOUCAULT, 1997).

Este conjunto de ações apresentou como ponto de culminância ou semelhança o preconceito por detrás das políticas públicas de saúde, aqui entendido como um pensamento que faz parte do cotidiano, generalista e arraigado ao senso comum (HELLER, 1985).

O tratamento da doença na concepção da vulnerabilidade social e aproximada da anormalidade abandona o método arbitrário para dar lugar ao julgamento eterno pelo olhar do outro. O século XX trouxe a consolidação de um dos mais característicos espaços de exclusão, os asilos hospitalocêntricos tal qual conhecemos hoje (FOUCAULT, 1987).

2.2 O modelo asilar excludente e a história das práticas médicas de confinamento

Os asilos e o confinamento hospitalocêntrico surgem como a consolidação das tecnologias positivas de poder pertencentes à engrenagem celular de controle. Os estabelecimentos médicos, por conseguinte, devem ser entendidos como instâncias da normalização que alicerçam as bases da sociedade (FOUCAULT, 1987, 2001).

Na engrenagem social celular, desde as creches, passando pelas escolas, reformatórios, quartéis, universidades, fábricas e hospitais, o sujeito é condicionado a conviver com instituições que visam docilizar o corpo social, propendem a normalizar e realocam o discurso médico e da saúde entre o saber e a dominação como uma das mais importantes ferramentas da microfísica do poder (FOUCAULT, 2012).

Como definido no capítulo anterior, a sociedade celular se constrói por meio de uma série de aparatos e espaços de exclusão que visam segregar elementos não funcionais do meio social. Para garantir o funcionamento social, como também a eliminação de determinados sujeitos do convívio geral, as instituições disciplinares são fortalecidas. Dentre estas instituições, temos o hospital, as clínicas e as comunidades terapêuticas (FOUCAULT, 1987).

Para se entender essa sociedade disciplinar que ressalta o protagonismo das práticas asilares, deve-se remontar às práticas de confinamento na perspectiva histórica. Em um primeiro momento insta ressaltar que na Grécia e Roma antiga, já se vislumbravam embrionariamente os estabelecimentos hospitalares, mas foi apenas após o século IV que tais estabelecimentos começaram a ser desenhados da maneira que conhecemos hoje. Isto porque foi no século IV que o concílio de Nicéia instruiu os bispos a criarem hospitais e a partir da expansão cristã ocorreu a ampliação destes locais destinados à cura de enfermos (ORNELLAS, 1997).

Este cenário permanece inalterado até o século XII, quando a Igreja perde força pela derrocada do feudalismo. Mas neste período se consolidaram os estabelecimentos de assistência social como locais destinados a pobres, vulneráveis e fragilizados sociais (ANTUNES, 1991).

Para se entender como se consolidaram as práticas asilares nos séculos seguintes, deve-se lembrar de que a assistência pública desde a baixa Idade Média teve como fim ideológico cercear a liberdade de indivíduos classificados como perigosos. Ornellas (1997) adverte que determinadas categorias de excluídos já eram repreendidas e cerceadas em 1388 na Inglaterra e França.

Como consolidação do ideário de exclusão propalado pela assistência pública via hospitalar, no final da Idade Média, destaca-se a figura dos leprosos. Foram eles as vítimas mais destacadas de um recém-materializado asilo-prisão que vai reivindicar protagonismo frente aos hospitais direcionados a enfermos (ORNELLAS, 1997).

Este modelo de asilo-prisão utilizado pelos leprosos se aperfeiçoou como uma instância eficaz de controle individual e foi expandido a partir do fim da Idade Média com a materialização do maniqueísmo dualista “bom versus mal” traduzido como “normal x anormal”. Este dualismo trouxe a justificação para todo e qualquer encarceramento de vulneráveis e indivíduos perigosos ao convívio (FOUCAULT, 1977).

O estabelecimento asilar passou de um sentido religioso de abrigo, caridade e cuidado de enfermos e para possuir uma conotação política de instituição²⁸ excludente e disciplinadora. O isolamento vai então disciplinar a pobreza e uma série de anomalias humanas (FOUCAULT, 2012).

Nos séculos XVII e XVIII, o hospital e as instituições de saúde adquirem o status de aparelho de medicalização coletiva e leiga onde a saúde acaba por substituir o lugar atribuído à salvação da alma (FOUCAULT, 1977). Neste período, o estabelecimento hospitalar é encampado pela medicina, diferenciando-o dos estabelecimentos meramente asilares. Estes últimos continuaram destinados a uma segregação sem atenção ao sujeito (ORNELLAS, 1997).

Ornellas (1997, p. 46) argumenta que:

Identificam-se, portanto, como um tipo particular de estabelecimento hospitalar que, surgido na Idade Média, tem como principal característica

²⁸ Neste trabalho compreende-se a instituição na perspectiva médico-ideológico-política, como sendo um local apto para manter pacientes por tempo indeterminado. Ainda, este confinamento encontra justificativa em enfermidades, anomalias ou simplesmente nas características sociais e econômicas do indivíduo (MORGADO; LIMA, 1995).

não se apresentar como um estabelecimento específico de tratamento, mas de recolhimento, abrigo e segregação.

Assim, desde a Idade Média, podem-se vislumbrar os estabelecimentos de cuidado na perspectiva do desenvolvimento e expansão dos mecanismos de exclusão, visando potencializar a produtividade das tecnologias de poder e sua consequente segregação (FOUCAULT, 1997).

O século XIX e o positivismo consolidaram então o sistema da institucionalização da doença e também dos vulneráveis. A instituição passou a ser compreendida como a Lei a ser seguida, um sistema social de preceitos que englobava não somente o local médico, mas também qualquer local de residência e trabalho de pessoas segregadas da sociedade em situação semelhante por longo período de tempo em um ambiente disciplinar rígido (GOFFMAN, 2005).

As instituições totais²⁹ descritas acima se solidificam no final do século XIX, como locais repressivos e de controle. Os estabelecimentos asilares são reconhecidos e aceitos (ORNELLAS, 1997, p. 55):

A institucionalização de pessoas em estabelecimentos asilares – prática efetivada pelos atores sociais – público, agentes, mandantes e seus representantes, tornou-se uma prática reconhecida e aceita, inserida nas expectativas das pessoas, durante tempo suficiente para integrar o contexto social. E as categorias de pessoas, objetos de internação e segregação, são os loucos, os portadores de doenças de longa duração, os menores, os velhos, os infratores das leis, entre outras classes perigosas.

Os estabelecimentos segregatórios, dentre eles os espaços asilares dividem-se em diversas instituições totais que abrangeram o controle de toda a sociedade.

²⁹ Aparecem no cenário construído até aqui uma série de instituições que visam cercear a liberdade de determinados sujeitos com uma gama extensa de objetivos, terapêuticas e ideologias. Goffman (2005) nomeia as instituições responsáveis pelo tratamento e limitação de liberdade de excluídos e vulneráveis, dentre outros, como instituições totais. Estas instituições acabaram por consolidar uma realidade de exclusão que patrocina a estigmatização e segregação de sujeitos determinados. Os modelos de intervenção frente à loucura construídos por séculos acabam tendo consequências diretas no desenvolvimento do EU do sujeito (GOFFMAN, 2005).

Figura 4. As instituições e seus sujeitos vitimários.

Fonte: GOFFMAN, E. Manicômios, Prisões e Conventos. 7ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2005.

No século XX se materializou a expansão da institucionalização de determinadas categorias, consolidando o discurso segregatório que encontrou nas instituições asilares e no discurso médico e de saúde parte de seu amparo para

excluir sujeitos inofensivos ou ofensivos que representassem ameaças intencionais ou não intencionais (GOFFMAN, 2005).

Assim, o século XX traz a exclusão dos corpos sequestrados nas instituições segregatórias, espaços de isolamento que visam afastar do convívio não o doente, mas sim o disfuncional. Em uma sociedade disciplinar, os ambientes totais visam moldar a multiplicidade de corpos. Estes recintos fomentam a sociedade disciplinar que se expande por meio das prisões, hospitais e clínicas, e engloba também a vigilância, o policiamento, enfim tudo que normaliza (FOUCAULT, 2012).

Este cenário de consolidação segregatória evolui sem fissuras até a década de 1970, quando o ideal antimanicomial questionou o modelo asilar como se conhecia.

2.3 A desconstrução dos modelos asilares

Temos as instituições asilares, historicamente, como uma das responsáveis pela tutela do corpo dos excluídos. O cotidiano de tais instituições não considera ou pondera sobre as diferenças pessoais ou a vulnerabilidade destes sujeitos que estão sob o jugo de um olhar externo que não os respeita. Vislumbra-se que o hospital inserido no complexo sistema capitalista já no século XX começa a sofrer fissuras como depósito de excluídos, pois seu objetivo se distancia disso, uma vez que deve ser uma “unidade produtiva de serviços, de curas e de tratamentos”. Otimizar o lucro se tornou inconciliável com a prática de isolar pessoas sem o devido e rentável tratamento (ORNELLAS, 1997, p. 152).

Um aspecto emerge neste cenário: a negação do modelo excludente. No entanto, percebe-se que o modelo hospitalar de segregação deveria ser revisto, mas a engrenagem social de exclusão necessitava ser perpetuada. Assim, no século XX tivemos o fechamento dos sanatórios e a abertura e expansão das colônias (ORNELLAS, 1997).

Neste panorama deflagrador, os manicômios se tornaram alvos diretos das denúncias pela violência explícita produzida em seus muros. Embora o sistema global de exclusão e a engrenagem de controle não sofressem maiores ameaças, a

discussão sobre a exclusão e o direito à liberdade vieram à tona (ORNELLAS, 1997).

A repercussão direta do questionamento a respeito das práticas violentas de isolamento atreladas à necessidade de otimização do sistema hospitalar capitalista recaiu na lepra e na tuberculose na metade do século XX fazendo que os pacientes de tais enfermidades começassem a sofrer uma embrionária desinstitucionalização (DUCATTI, 2009).

Neste contexto, a Segunda Guerra representou um marco em um movimento de desospitalização também conhecido como desinstitucionalização, em que a França e Estados Unidos modificaram a forma de administrar suas instituições de saúde, visando à melhoria dos pacientes. Estas mudanças apresentaram menos uma preocupação com a humanização do tratamento e mais com a capitalização da cura. Assim, embora hospitais estivessem sendo fechados, a exclusão e segregação dos indivíduos em vulnerabilidade aumentavam (ORNELLAS, 1997).

Na Europa, como fruto desta desospitalização surgiu na Itália uma quebra de paradigma após a metade do século XX, que se denominou como reforma psiquiátrica. Tal reforma foi liderada pelo médico Franco Basaglia, embora várias fossem as experiências que culminaram com uma revisão de todas as instituições totais ligadas ao tratamento principalmente da loucura. O médico italiano questionou os métodos terapêuticos utilizados pelo que chamou de instituições da violência: aquelas que tratavam os pacientes com transtorno mental utilizando de humilhações ritualizadas, concentração de sujeitos e ausência de empoderamento e poder decisório do sujeito acometido por uma comorbidade (BASAGLIA, 1985).

Neste sentido, o médico italiano preconizou diminuir o abismo entre o excludente e o excluído dentro dos hospitais e instituições asilares, negando, assim, que qualquer ato terapêutico possa ser confundido com um ato de violência. Por este ângulo, a reforma traz o ineditismo de almejar empoderar os excluídos e vulneráveis (BASAGLIA, 1985). O paciente sai, portanto, da posição de objeto passivo, para assumir seu protagonismo enquanto sujeito no contexto da comunidade representada. Deste modo, Basaglia (1985) insurgiu contra uma terapêutica que busca de maneira incessante atenuar, domesticar e suavizar as reações do indivíduo fragilizado e segregado. A domesticação se dava e ainda se dá de diversas formas, com influência da moral, religião e violência, dentre outros aspectos.

O paciente não deve aceitar de maneira dócil o seu papel frente à terapêutica, principalmente se este paciente for desprovido de poder ou dinheiro, o que o faz assumir uma relação meramente institucional com o profissional da saúde (BASAGLIA, 1985).

Neste cenário, o protagonismo da doença entra em declínio com a reforma psiquiátrica, sendo substituído pela relação que o doente deve estabelecer com o profissional e lugar. Os asilos, como espaço de exclusão e com o fim de segregar e calar o indivíduo, também são alvos de reflexão e crítica.

Para os reformistas, essa relação entre médico, profissionais da saúde e o paciente deve então ser incentivada, **dando voz ao indivíduo. Esta voz visa em um primeiro momento evitar que haja o “desistoriamento” do sujeito, que não será mais mero objeto da violência.** Deste modo, como solução para a mudança de panorama, a reforma deixa como legados: tratar o paciente como homem e sujeito de direitos e deveres, o que resultou na tomada de consciência de caráter político por parte do doente e na compreensão do ato terapêutico como um ato político (BASAGLIA, 1985).

A libertação do portador de transtorno mental, ou mesmo do indivíduo excluído socialmente, passa invariavelmente pela dessacralização da figura das instituições como o ponto focal do tratamento e também pelo enfraquecimento do diagnóstico como um rótulo, o aprisionamento como um estigma ou uma sentença como marca. Passa a existir uma terceira via na construção de mecanismos e instrumentos no tratamento ao excluído e portador de transtorno mental e esse caminho é trilhado inevitavelmente pela reabilitação psicossocial e o reempoderamento do sujeito frente à sociedade que o segrega.

A reforma materializa a crítica de que a área de saúde é moldada pela mesma força motriz econômica que produz a perpetuação da estratificação social (ORNELLAS, 1997), enfatizando que este cenário deveria ser modificado. Trouxe luz ao problema da exclusão e à necessidade de humanizar os saberes médicos e de saúde, dando protagonismo ao segregado. Outrossim, a exclusão dos pacientes, apesar de ter sofrido fissuras, se moldou ao longo das décadas que se seguiram ao sistema de atenção e saúde para perpetuar o modelo segregador até os dias atuais: das colônias que substituíram o asilo às comunidades e clínicas terapêuticas que recrudescem a exclusão ao isolar sujeitos.

2.4 As comunidades e clínicas terapêuticas e o reempoderamento das instituições asilares

Como já explicitado neste trabalho, mesmo com a mudança do paradigma terapêutico, instituído e edificado pela luta antimanicomial a partir da década de 1970, tivemos o surgimento e proliferação das comunidades terapêuticas, uma vez que o Estado iniciou uma política que visava substituir ou terceirizar sua engrenagem de internações e tratamentos e, assim, as instituições privadas começaram a aumentar. Hoje tais instituições já somam mais de 2000 unidades espalhadas em todo território brasileiro e chegam a representar 80% de todas as internações de portadores de transtorno mental e usuários de drogas (CHAVES; CHAVES, 2004; DAMAS, 2013).

Deste modo, embora a reforma psiquiátrica tenha trazido modificações significativas no confinamento e exclusão de vulneráveis a partir das décadas de 1960 e 1970, com políticas contrárias às práticas de segregação e favoráveis à humanização do tratamento extramuros, o século XXI apresenta ainda paradoxais modelos de tratamento, que adotam diferentes papéis de acordo com o referencial social, econômico e cultural do sujeito (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Apesar da redução de danos como política ter sido instituída pela lei 11.343 de 2006³⁰, a política pública de saúde, em geral, continuou vislumbrando nas drogas mais um problema de segurança pública do que necessariamente de saúde. Exemplo disso se verifica com o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD que afirma que as entidades que realizam acolhimentos nos moldes das comunidades terapêuticas não podem ser consideradas instituições de saúde, mas de apoio à políticas públicas de reinserção e reabilitação de indivíduos:

Resolução CONAD nº 1/2015

CONSIDERANDO que as entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância

³⁰ A Redução de Danos será devidamente tratada como conceito e política no item 3.4 deste trabalho. Mas podemos defini-la como: “redução de danos não é um conceito de consenso na literatura ou entre os técnicos que a operacionalizam; entretanto, é de fácil definição a partir de suas práticas: trata-se de ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas sem, necessariamente, requerer a redução de consumo de tais substâncias” (ANDRADE, 2010, p. 87):

psicoativa não são estabelecimentos de saúde, mas de interesse e apoio das políticas públicas de cuidados, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção social.

Reitera-se, nesta perspectiva, que o proibicionismo foi consolidado como visão para o tratamento e resolução dos problemas relacionados às drogas. Entendimento que se evidencia totalmente contrário à proposta de criação do SUS no final da década de 1980, assim como ameaça apagar todos os avanços da Reforma Psiquiátrica (FOSSI; GUARESCHI, 2015).

Fossi e Guareschi (p. 96, 2015) argumentam que:

A inserção da comunidade terapêutica na rede de cuidados está, diretamente, ligada à política de segurança já que é através de um edital da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), vinculado ao Ministério da Justiça, que elas passaram a ser conveniadas.

O perfil de tratamento que se solidificou foi uma interpretação “moralizante do uso de drogas” (FOSSI; GUARESCHI, p. 96, 2015) totalmente oposta ao tratamento humanizador que não tem na abstinência uma de suas prioridades como protocolo de tratamento destacado pelo Ministério da Saúde (2004). Pode-se afirmar que a política de abstinência reafirma-se de maneira “diametralmente oposta” ao respeito e cuidado com o sujeito, garantias consolidadas pela reforma psiquiátrica (RIBEIRO, MINAYO, p. 516, 2015).

Neste cenário de reinterpretação dos estabelecimentos asilares e do confinamento de enfermos, surgem as comunidades e clínicas terapêuticas como serviços alternativos ao tratamento hospitalar e ambulatorial convencional, tendo como função dar suporte ao tratamento dos usuários de drogas. São definidas como um serviço de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA). A atenção deve ocorrer em regime de residência ou com outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial (DE LEON, 2003).

As comunidades terapêuticas e posteriormente as clínicas terapêuticas sugeriram para sanar a ausência do Estado em relação ao tratamento e atenção aos usuários de drogas e hoje existem sem praticamente nenhuma regulação pública.

Vale ressaltar que as comunidades e clínicas terapêuticas, a despeito do seu importante papel nas políticas públicas de drogas, hodiernamente convivem com acusações de desrespeito aos direitos e garantias constitucionais dos internos, adquirindo ao longo dos anos, os traços das demais instituições totais, com grau de violência subjetivado e a incapacidade de empoderar seus pacientes (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

Ressalta-se aqui que no tocante às comunidades terapêuticas e também às clínicas de recuperação, os modelos assistenciais que prevalecem no atendimento ao usuário de drogas no Brasil se dividem em três: o espiritual-religioso, com ação direta de ex-internos religiosos; um clínico que podemos definir como científico, com médicos, psicólogos e assistentes sociais; além de um misto, que conecta ou tenta conectar as modalidades anteriores. A grande maioria destes modelos sofre grande influência da chamada metodologia Minnessota dos doze passos³¹ com viés amplamente religioso.

Embora este modelo se baseie como forma alternativa às clássicas instituições asilares, a busca pela abstinência e o foco no cerceamento de liberdade combinadas com o rótulo que acompanha os usuários de drogas fez de tais clínicas e comunidades instrumentos de recrudescimento dos espaços de exclusão. O tratamento nestas instituições terapêuticas varia de acordo com as questões ideológicas, religiosas, e políticas dos diferentes grupos atuantes neste setor e embora se possa afirmar que o principal instrumento terapêutico se edifica pela convivência entre os residentes e terapeutas, tendo como finalidade a reinserção do

³¹ Os Doze Passos consistem em: primeiro passo – “Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas’ (...); Segundo passo– ‘Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade’(...); Terceiro passo – ‘Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos’(...); Quarto passo – ‘Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos’(...); Quinto passo – ‘Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas’(...); Sexto passo – “Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter’(...); Sétimo passo – “Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições’(...); Oitavo passo – “Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados’(...); Nono passo – “Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem’(...); Décimo passo – “Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitimos prontamente’(...); Décimo primeiro passo – “Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade’(...); Décimo-segundo passo – “Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades”(RODRIGUES; ALMEIDA, 2002)

sujeito na sociedade, o que se vislumbra são estabelecimentos que privilegiam o isolamento (COSTA, 2009).

Deste modo, as comunidades e clínicas terapêuticas compreendidas em sua teoria devem promover a reabilitação do indivíduo, e retirar o rótulo vinculado à marginalização tão recorrente em usuários de drogas. No entanto, na maioria destes estabelecimentos vê-se um engessamento em sua engrenagem e uma limitação da liberdade do indivíduo (sem um trabalho de empoderamento do sujeito), combinada com um reforço religioso frequentemente ligado à demonização das substâncias. Assim, as comunidades e clínicas terapêuticas se transformaram, de forma geral, em asilos repaginados de segregação e exclusão que não reproduzem em seus muros a diversidade que o usuário enfrentará longe do confinamento (QUEIROZ, 2001).

Como uma analogia aos portadores de transtorno mental as análises e censuras feitas às comunidades e clínicas terapêuticas no cuidado ao sujeito (QUEIROZ, 2001, p. 279):

Referem-se ao seu afastamento do plano de realidade sobre o qual vive a sociedade, já que cria condições ideais dentro do espaço da instituição que não podem ser reproduzidas fora de seus muros. Dessa maneira, cria-se um ambiente artificial, rigidamente controlado, e incute-se nos loucos a ilusão de que através de um exercício de convivência grupal realizado no interior destas comunidades, eles poderiam resgatar uma suposta autonomia e liberdade. No entanto, seu reingresso no “mundo real” continua “perturbador”, já que não encontram na vida em sociedade as mesmas condições ideais às quais estavam submetidos nas comunidades terapêuticas.

As clínicas terapêuticas de maneira semelhante às comunidades também reproduzem este mesmo ambiente artificial e controlado que isola ainda mais o sujeito e se afasta das condições ideais para gerar autonomia e liberdade. Em relação à diferença entre tais espaços reconhecidos como terapêuticos, deve-se lembrar que segundo o RDC³² 29 de junho de 2001, as comunidades terapêuticas devem fazer o tratamento voluntário (permanência voluntária), em que a adesão se dá livremente pelo paciente. De forma cronificada, as clínicas de recuperação (também conhecidas como clínicas terapêuticas) vão potencializar todos os

³² RDC: ato de Resolução da Diretoria Colegiada. De responsabilidade do Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

problemas apontados nas comunidades, uma vez que carecem de elemento essencial ao tratamento, ou seja, a voluntariedade do paciente.

Assim, a diferença hoje entre clínicas e comunidades reside no fato que estas últimas dependem da voluntariedade do paciente em aderir à internação e respectivo tratamento. Importante observar que de acordo com a “matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial” da Portaria 8.088 de 2011 do Ministério da Saúde, as comunidade terapêuticas estão inseridas no componente IV “Atenção Residencial de Caráter Transitório” e as clínicas de reabilitação nem mesmo aparecem nesta matriz.

As clínicas carecem de uma legislação clara³³ que as regulem e principalmente que as diferenciem das comunidades, estabelecendo seu lugar na rede de atenção ao usuário de drogas e limitando sua área de atuação, regimentando suas ações ao cumprimento dos preceitos e garantias constitucionais do indivíduo.

As clínicas de recuperação, de maneira semelhante aos asilos e hospitais psiquiátricos do começo do século passado, geralmente se transformam em meros “depósitos de gente” (GONÇALVES, 20013, p. 13).

Pode-se perceber que as comunidades terapêuticas e também as clínicas terapêuticas se inserem como recrudescedoras de toda uma política de exclusão já questionada décadas antes. Uma política que tem na segurança pública e na engrenagem celular de exclusão social o alicerce para a construção das redes de atenção ao indivíduo. Estes locais de tratamento foram, desde sua essência, moldados para serem instrumentos voltados à promoção de segurança pública e não para a promoção de saúde do cidadão. Com estas instituições o reempoderam-se os estabelecimentos asilares que visam o afastamento do sujeito perigoso. Tal reempoderamento se potencializa com a junção nas comunidades e clínicas terapêuticas de um discurso moralizador, o respaldo das disciplinas da psicologia e psiquiatria e uma lógica religiosa como norte de tratamento, deixando ao indivíduo pouca ou nenhuma escolha (FOSSI; GUARESCHI, 2015).

³³ Com uma série de atos de resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa (são mais de uma dezena a regular os estabelecimentos voltados aos usuários de drogas), no que diz respeito principalmente às comunidades terapêuticas, há uma certa anomia em relação ao cumprimento de tantos atos normativos, por vezes confusos e que não conseguem transparecer o viés garantista e constitucional que emana da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2004).

Neste ponto, o reempoderamento das instituições asilares traz novamente um protagonista costumeiro na política de cerceamento de liberdade de indivíduos em prol de sua cura no decorrer da história: a igreja ou a religião. O projeto terapêutico volta a se atrelar a um tratamento religioso de cunho moral.

Ribeiro e Minayo (2015, p. 516) asseveram:

Com o objetivo de recuperar dependentes de drogas, as igrejas atuam evangelizando nas comunidades – em ‘bocas de fumo’ e ‘cracolândias’ – e em CT. Estas, também cunhadas como ‘Centros de Recuperação’, são financiadas ou cofinanciadas por entidades religiosas e pelo Estado, tendo como projeto terapêutico o tratamento religioso. Este tipo de tratamento substitui ou incrementa outras formas de cuidado, como a medicamentosa.

As comunidades e clínicas terapêuticas, com este desenho, se expandiram e se consolidaram no século XXI, embora sua presença já tenha protagonismo desde a década de 1990. Com a ineficácia do Estado em relação às políticas de saúde e o fracasso do proibicionismo, a própria sociedade respalda as políticas de internação e convalida o higienismo proposto nos dias de hoje (RIBEIRO; MINAYO, p. 516, 2015).

Em suma, as comunidades e clínicas terapêuticas voltadas ao usuário de drogas se retroalimentaram dos movimentos de antirreforma e se favoreceram dos discursos referentes aos benefícios da abstinência e da religião para potencializar uma “ferramenta protetiva” do sujeito: a sua própria prisão (RIBEIRO; MINAYO, 2015). Para tanto, foi edificado todo um aparato legal que ampara e fornece legitimidade a essa engrenagem de exclusão.

3. *CAPITULO 3*

O APARATO LEGAL A SERVIÇO DA EXCLUSÃO

3.1 As Internações Involuntárias de usuários de drogas na perspectiva da Legislação Brasileira

O presente trabalho tem como foco os usuários de drogas e sua bagagem de exclusão e rótulo, que tem na internação involuntária o vórtice desta segregação. Busca-se neste capítulo fazer um paralelo entre o controle social materializado nas internações em clínicas e comunidades acadêmicas, sob a perspectiva infralegal de legitimação do poder, e os limites impostos pelos direitos e garantias individuais.

Assim, prima-se pelo descortinamento e compreensão da engrenagem de controle imposta hoje, especificamente, aos vulneráveis e fragilizados conhecidos como usuários de drogas. *A priori*, o sujeito em sua complexidade, secundariamente o objeto: as drogas e sua relação com nossa cultura, erigindo-se como um tabu construído e sedimentado há séculos e, por fim, o instrumento: a lei.

Este objeto mimético (GIRARD, 1998) se estabelece como uma substância demonizada em meio a uma sociedade fissurada e, neste cenário, urge a necessidade de uma reflexão sobre as formas de tratamento, do confinamento excludente e a os pressupostos que permeiam os discursos relativos à política pública de drogas atualmente (TIBURI; DIAS, 2013).

O processo histórico-cultural de estigmatização e segregação dos usuários de drogas ao longo das últimas décadas resultou em medidas políticas e jurídicas tomadas a fim de reduzir os danos causados pelo uso das drogas. Dentre estas medidas, estão às internações compulsórias e involuntárias.

As internações involuntárias são procedimentos nos quais a capacidade volitiva do paciente é suprimida e as intervenções profissionais são realizadas à revelia do seu consentimento. Neste aspecto, a intersecção entre a Saúde e o Direito é ressaltada, pois todo procedimento terapêutico deve ser considerado, em sua essência objetiva, na perspectiva da dignidade humana e do respeito pela garantia dos direitos fundamentais do paciente.

Por conseguinte, em meio à pluralidade de anseios, por vezes paradoxais e a complexidade de direitos em pauta surge então um dos principais elementos mediadores da relação entre o sujeito e o seu objeto: a lei.

3.1.1 As internações voluntárias, involuntárias e compulsórias

Antes de se conceituar e descrever as referentes bases legais das internações involuntárias, é relevante diferenciar as formas que o internamento adquire hoje no Brasil.

Como a lei que atualmente trata as políticas antidrogas (lei 11.343 de 2006) não faz nenhuma menção relevante às internações (assim como os diplomas que a antecederam), deve-se buscar o conceito destes procedimentos terapêuticos na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001³⁴.

Em um primeiro momento, vale ressaltar que tal lei federal teve como marco ideológico a desinstitucionalização e desospitalização do indivíduo, assim entendidos como procedimentos que buscam desconstruir a prática asilar do serviço manicomial, edificando novos conhecimentos que incentivem e estimulem a autonomia e o exercício da cidadania por parte do indivíduo (DUARTE, 2007).

De acordo com a Lei 10.216 de 2001, em seus artigos 6º, 7º e 8º, combinada com a resolução CFM nº 2057 de 2013 (artigo 29 § 1º), consideram-se as internações voluntárias como procedimentos em que o paciente deseja a internação, e, em contrapartida, o médico e os profissionais da saúde legitimam tal medida como a adequada para o caso. Tais internações encontram respaldo mais precisamente nos artigos 6º, inciso I, 7º e 8º da lei 10.216 de 2001 (BRASIL, 2004).

Assim, temos a percepção do profissional, somada ao diagnóstico do paciente e a liberdade de escolha do sujeito. Para cessar tais internações, basta a solicitação do paciente ou a determinação do profissional da saúde, seguindo os preceitos éticos do caso (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013).

Por outro lado, as internações involuntárias são procedimentos que ocorrem contra a vontade do paciente, que tem sua capacidade volitiva suprimida ou mesmo aniquilada. Nestas internações, são necessários alguns requisitos para sua efetivação como um pedido de terceiro e a comunicação ao Ministério Público Estadual 72 horas, após a efetiva concretização do procedimento (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013).

³⁴ Vale frisar que tramita no Congresso Federal o projeto de lei 7.663 de 2010 de autoria do Deputado Osmar Terra que modifica a lei 11.343 de 2006, incluindo, dentre outras coisas, diretrizes para as internações voluntárias e involuntárias para usuários de drogas no artigo 23-A.

Este procedimento figura no artigo 6º e 8º § 1º da mencionada lei. A resolução do CFM nº 2057 de 2013 (artigo 29 §2º) deixa claro que tal procedimento ocorre à margem da vontade do paciente, que não detém a capacidade de consentir (BRASIL, 2004). Assim, somente poderá ocorrer mediante deliberação de profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei para este fim e deve ser dirigida a uma pessoa que tenha uma enfermidade mental, com séria possibilidade de dano imediato ou eminente à própria pessoa ou a outros, ou em caso de risco de séria deterioração de sua condição fisiológica e cognitiva (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013).

Cabe ressaltar que as internações involuntárias podem ocorrer também de maneira compulsória, casos em que os procedimentos são instituídos por lei e determinados por um juiz competente, por meio de um processo legalmente instituído, obedecendo todas as condições da ação e passível de recursos e nulidades (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013).

Assim, temos na legislação brasileira uma grande lacuna a respeito dos cuidados e garantias em relação ao usuário de drogas e sua liberdade. Ainda neste cenário, vislumbram-se legislações que podem conferir legalidade a procedimentos invasivos contra o sujeito. Nota-se uma série de procedimentos estranhos à internação involuntária, sendo que esta deve (ria) ser considerada *ultima ratio*.

3.1.2 As internações involuntárias, sua cronologia e o corolário do proibicionismo

Pode-se reafirmar que no Brasil, as análises e reflexões sobre as internações involuntárias de usuários de drogas são escassas e os sujeitos afetados parecem não representar um nicho social passível de maior cuidado (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013). As internações involuntárias, apontadas no item anterior, são fruto de um cronológico recrudescimento das leis frente às substâncias psicoativas.

Neste sentido, enfatiza-se que as internações contra vontade do paciente encontram respaldo jurídico por uma interpretação derivada da analogia entre casos supostamente parecidos, embora o uso de drogas em muito divirja dos transtornos

mentais objetos do cuidado da lei 10.216 de 2001. Mas independente da natureza da lei que a materialize, internações involuntárias estão amalgamadas em nossa sociedade muito antes do século XXI, e independente da atual legislação, a sociedade há muito corrobora com o cerceamento de liberdade como instrumento hábil no “tratamento” de desiguais.

Desde o início do século XX, observa-se a consolidação dos usuários de drogas em um ideário de degeneração, ou mesmo um transtorno de vontade (PINHO, 2009). Tal consolidação vem acompanhada do estabelecimento de diversas substâncias como ilícitas e o começo da expansão da proibição seletiva de drogas.

Em 1851, no Brasil tivemos o decreto 828 que foi o primeiro diploma legal a tratar de substâncias médicas e regulamentar vendas. Após tal período, iniciou-se a propagação da política de temperança, que buscava a erradicação do vício. Este movimento de caráter mundial foi o responsável por propagar a aproximação dos usuários de drogas com portadores de doenças contagiosas (MARQUES, 2010).

Sobre este período e a intersecção com as internações involuntárias atuais, Correia Junior e Ventura (2013, p. 259) contribuem argumentando que “podemos afirmar que movimentos (como o da temperança) nasceram e prosperaram nestas ideologias, inaugurando a legitimidade de ações duras contra as drogas nas sociedades contemporâneas”.

O século XX seguiu com o desenvolvimento e ampliação da política iniciada décadas antes, e a temperança que tinha como foco as substâncias e sua demonização perde espaço ao proibicionismo que passaria a demonizar seus usuários. Tal mudança de paradigma acabou culminando inevitavelmente com o patrocínio de políticas de cerceamento involuntário de sujeitos (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013).

Pode-se afirmar que no início do século XX, mais precisamente em 1904, já se tem, mesmo que de forma embrionária, a internação compulsória, com a utilização de notificações e acompanhada de decisão judicial (SILVA; 2011).

Neste mesmo período, as políticas higienistas se proliferam no âmbito social e estes saberes passam a se ampliar e serem usados tanto por autoridades médicas, como pelas sanitárias, policiais e jurídicas. Não se vislumbra de maneira clara uma legislação específica sobre o cerceamento de liberdade, mas socialmente consolida-se como uma política pública. O “modelo sanitário” nascido neste período,

portanto, solidifica bases para a violência contra o corpo do paciente (FOUCAULT, 2012).

Na década de 1930, seguindo a tendência proibicionista, o Brasil estabelece dois decretos que podem ser considerados o verdadeiro marco legislativo sobre substâncias entorpecentes em nosso país. São eles: o decreto n.º 20.930 de 11 de janeiro de 1932 e decreto 22.213 de 14 de dezembro do mesmo ano, constituindo atos normativos que consolidam a ideia de demonização das substâncias e não traçam nenhum paradigma para o usuário e sua liberdade.

Dois anos depois, em 1934, observa-se o decreto mais emblemático no âmbito da profilaxia mental, por ser o primeiro a legitimar o cerceamento de liberdade e principalmente por ainda continuar válido no século XXI, sendo convalidado por inúmeros juízes em sentenças, visando a justificativa de manutenção do cerceamento de liberdade de determinados sujeitos usuários de drogas³⁵.

³⁵ Neste sentido, temos uma profusão de decisões com este direcionamento. Citando algumas a título exemplificativo:

TJ-SP Agravo de Instrumento Processo nº 0000470-12.2015.8.26.0000

[...]

Amparado no disposto na Lei nº 10.216/01 e no Decreto nº 24.559/34, que admitem a internação de toxicômanos ou ébrios habituais por ordem judicial ou requisição de autoridade pública ou a pedido do próprio paciente ou solicitação de seu cônjuge, pai, filho ou parente até 4º, ou outro interessado.

[...]

Posteriormente, o Decreto no 891/38, não revogado, veio também a tratar do tema para dispor em seu art. 29 que "os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não".

Outro exemplo no mesmo sentido:

TJ-MS - Inteiro Teor. Apelação: APL 8008843720158120009 MS 0800884-37.2015.8.12.0009

[...]

Também, o Decreto nº 24.559 de 3 de julho de 1934, ainda em vigor, já admitia a internação dos toxicômanos ou intoxicados habituais por ordem judicial ou requisição de autoridade pública ou a pedido do próprio paciente ou solicitação de seu cônjuge, pai, filho ou parente até 4º grau, ou outro interessado.

[...]

Aliás, o Decreto 891, de 1938, editado pelo Governo Vargas, não revogado, prevê, no seu art. 29, que: "os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não".

O § 1º do mencionado artigo dispõe que:

"A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública. Essa internação se verificará mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial."

Não se faz necessário o prévio pedido de interdição, que pode ser requerido nos moldes do art. 1767, inciso III, do Código Civil.

O decreto 24.559 de 3 de julho de 1934 insurge com a definição “psicopatas toxicômanos” e em seu artigo 11 define:

Art. 11 A internação de psicopatas toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita:

a) por ordem judicial ou a requisição de autoridade policial;
b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho ou parente até o 4º grau inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe do dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado, declarando a natureza das suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação.

§ 1º Para a internação voluntária, que somente poderá ser feita em estabelecimento aberto ou parte aberta do estabelecimento misto, o paciente apresentará por escrito o pedido, ou declaração de sua aquiescência.

§ 2º Para a internação por solicitação de outros será exigida a prova da maioria do requerente e de ter se avistado com o internando há menos de 7 dias contados da data do requerimento.

§ 3º A internação no Manicômio Judiciário far-se-á por ordem do juiz.

§ 4º Os pacientes, cuja internação for requisitada pela autoridade policial, sem atestação médica serão sujeitos a exame na Secção de Admissão do Serviço de Profilaxia Mental, que expedirá, então, a respectiva guia.

Este decreto instituiu de maneira inafastável o internamento involuntário como ideologia isolacionista voltada a uma parte da população segregada e excluída. Com conceitos abertos, discricionários e de aplicabilidade arbitrária, tal lei foi e ainda é utilizada para justificar qualquer ato de limitação de liberdade para sujeitos em vulnerabilidade.

Tal norma foi definitivamente convalidada em 1938 com o advento do Decreto-lei nº. 891, de novembro de 1938 que afirmava:

Decreto-lei nº. 891, de novembro de 1938.

[...]

Artigo 27. A toxicomania ou a intoxicação habitual, por substâncias entorpecentes, é considerada doença de notificação compulsória, em caráter reservado, à autoridade sanitária local.

Ademais, solidificou também a necessidade da segregação e de retirar o sujeito de seu convívio natural:

Decreto-lei nº. 891, de novembro de 1938.

[...]

Art. 28. Não é permitido o tratamento de toxicômanos em domicílio.

Este diploma legal vai além e expande o poder de internação involuntária pelo Estado, criando a internação quando for conveniente à ordem pública:

Decreto-lei nº. 891, de novembro de 1938.

[...]

Art. 29. Os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não. (grifo nosso)

§1º. A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública. Essa internação se verificará mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial.

O que se torna preocupante, como demonstrado em nota anterior, é que estes dois decretos se encontram em vigor para grande parte dos magistrados, nos dias atuais, que o utilizam como sustentáculo para a restrição de liberdade de um indivíduo usuário de drogas, embora, tais normas não se baseiem em princípios garantistas ou normas fundamentais pautadas nos direitos humanos e assim tampouco se aproximam da Constituição Federal de 1988.

Regressando à cronologia das internações involuntárias, a década de 1930, portanto lançou as bases, em meio a um regime totalitário de Vargas, de uma política de segregação de indivíduos considerados não produtivos, dentre eles usuários de drogas, pessoas com transtorno mental, com hanseníase dentre outros, relegados a asilos, manicômios e hospitais (DUCCATI, 2009).

Os anos de 1940 a 1960 cuidaram de intensificar a política de proibição de certas substâncias, combinando com o isolamento cada vez mais claro do sujeito por detrás do objeto consumido. O distanciamento da pessoa e o foco na destruição das drogas e sua oferta auxiliou na intensificação de políticas de segregação de indivíduos, forçadas ou não.

A rotulação e estereotipização do usuário de drogas se perpetuou na década de 60 com o consumidor sendo considerado vulnerável ao contato delinquente. Neste período, a “patologia” ou o “vício” foram utilizados para justificar a

estigmatização de determinada parcela da sociedade. Conclusivamente, o que predominava então eram o estereótipo moral e a hospitalização ou internação do usuário abusivo de drogas (OLMO, 1990).

As legislações deste período atentaram para potencializar o controle do Estado sobre os cidadãos mais vulneráveis, abrangendo o alcance das listas de substâncias proibidas e flexibilizando os entraves ao cerceamento de liberdade (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013). Mas com o final dos anos 1960 vieram a expansão do tráfico de drogas, a ampliação das drogas psicodélicas e o movimento de contracultura que culminaram com a potencialização da repressão, levando às drogas a serem um assunto de segurança nacional e a instituição da chamada guerra às drogas (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013).

Em meio à guerra, os países proliferaram leis em relação às drogas e intensificaram o combate ao traficante como também ao usuário. Este último, além de ter sua conduta criminalizada, ainda poderia sofrer com a internação sem o consentimento próprio.

Embora a reforma psiquiátrica, nesta época, começasse a despontar com o desmistificar de todo asilamento, os usuários de drogas viram efeitos contrários em sua abordagem.

No Brasil tivemos a lei 5.726 de 1971, que assim estabelecia:

Art 10. Quando o Juiz absolver o agente, reconhecendo que, em razão do vício, não possui este a capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, ordenará sua internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário à sua recuperação.

Tal norma foi revogada alguns anos depois pela lei 6.368 de 1968, que consolidou o ideário punitivista de maneira definitiva no Brasil, e em relação à internação estabeleceu critérios discricionários e subjetivos gerando uma insegurança jurídica ao deixar ao alvitre do julgador a decisão:

Art. 10. O tratamento sob regime de internação hospitalar será obrigatório quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem.

Tal legislação, que perdurou por três décadas, possibilitou a expansão punitivista e a profilaxia social de toda uma parcela da sociedade. Distanciou-se ainda mais do sujeito e corroborou para a consolidação da estrutura de controle e a engrenagem de poder patrocinadora da segregação. Neste sentido, Correia Junior e Ventura (2013, p. 270) afirmam:

A lei 6.368/76, conhecida como lei antitóxicos, convalidou os anseios repressivos das políticas mundiais contra as drogas, resultando na alta penalização do tráfico e criminalização do uso. Autorizou a internação de dependentes com um critério no mínimo flexível: “se suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem” (art. 10 da lei 6.368/76). Equivocadamente tal diploma legal baseou-se no mero assistencialismo, na internação hospitalar e não na inclusão do sujeito.

Nos trinta anos que se seguiram à lei 6368 de 1968, observou-se a institucionalização como a única salvação para os usuários de drogas, com o consequente recrudescimento da violência convalidada pelo Estado (CORREIA JUNIOR, VENTURA, 2013).

Nem mesmo a Constituição de 1988 no Brasil foi capaz de provocar fissuras no monolítico ideário de guerra às drogas e exclusão de vulneráveis e o século XX termina com uma guerra às drogas potencializada, com usuários estigmatizados e excluídos e com substâncias sendo demonizadas.

Com este cenário em ruínas, e fracassos nos resultados almejados na tentativa de diminuição de oferta, o século XXI surge com uma nova diretriz legal, a lei 10.216 de 2001, que, a despeito de não tratar de usuários de drogas, estabeleceu determinadas regras em relação aos requisitos e as espécies de internação no Brasil (PINHO, 2009).

Embora não seja voltada aos usuários de drogas tal lei hoje forma a tríade justificadora de toda e qualquer internação juntamente com os decretos 24.559/1934 e 891 de 1938 (CORREIA JUNIOR, VENTURA, 2013)

O difícil cenário em relação à consolidação dos direitos e garantias fundamentais dos usuários de drogas começa a sofrer pequenas, mas significativas, modificações em 2003, com o documento "A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas", que deixa expresso que o

dever do país deve ter como fim a reabilitação dos usuários de drogas (MACHADO 2007).

Em 2006, temos a revogação expressa da lei proibicionista e belicista 6.368 de 1968. Depois de décadas de projetos, leis incompletas e vetos, a lei 11.343 de 2006 é aprovada com um foco distinto das anteriores, com o objetivo de redução de danos e não de oferta, com o protagonismo das políticas públicas pautadas no sujeito e não só na substância.

A mencionada lei não revoga de maneira expressa nenhum dos diplomas citados anteriormente, com exceção da lei 6.368 de 1968. Não faz menção aos decretos de 1930 e tampouco às demais legislações. No entanto, fica claro que o viés de política criminal adotado no novo diploma é pautado nos direitos e garantias fundamentais do cidadão enquanto sujeito de direitos.

Nesta perspectiva, não parece prosperar na redução de danos um espaço para a perpetuação do rótulo “psicopatas toxicômanos” (segundo o Decreto Federal nº 24.559/1934 nomeava) e o modelo asilar perde seu protagonismo frente aos CAPS-AD (Centros de atendimento psicossocial – Álcool e drogas) (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013).

No entanto, tal legislação não escapou de uma espécie de “esquizofrenia legal”, tendo ao mesmo tempo características garantistas e características proibicionistas, totalmente antagônicas, como o aumento de penas e consolidação do ideário de controle.

A segunda década do século XXI assiste então a concretização deste paradoxo, enquanto o discurso se aproxima de uma constitucionalidade, da efetivação dos direitos e garantias, a prática se apresenta com medidas restritivas e a materialização de uma sociedade segregadora, com os usuários totalmente a mercê de toda e qualquer violação de seus direitos. Exemplo disso é a resolução do município do Rio de Janeiro SMAS nº 20 de 27 de maio de 2011, que ao tratar de abordagem social (assunto bem mais abrangente que afeta não só usuários de drogas, mas todo e qualquer morador de rua) sancionou um protocolo de serviço visando pretensamente a proteção social e instituindo o chamado “abrigo compulsório”.

Resolução SMAS nº 20 de 27 de maio de 2011

Art. 5º - São considerados procedimentos do Serviço Especializado em Abordagem Social, devendo ser realizados pelas equipes dos CREAS/Equipe Técnica/Equipe de Educadores:

V - oferecer o abrigo e fazer contato com as Centrais de Recepção para os devidos encaminhamentos;

XV - respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional.

[...]

Art. 7º- São atribuições da equipe de educadores sociais do Serviço Especializado em Abordagem Social:

Assim, seguindo tal caminho pode-se vislumbrar um retrocesso nos direitos e garantias da população vulnerável, mais especificamente o usuário de drogas com a edição da resolução do CFM nº 2057 de 2013 (artigo 29 §2º) que ao falar em internação de usuários de drogas deixa claro que tal procedimento ocorre à margem da vontade do paciente que não detém a capacidade de consentir (BRASIL, 2004).

CFM Nº 2057 DE 2013

Art. 29. A internação de paciente em estabelecimento hospitalar ou de assistência psiquiátrica deve ocorrer mediante nota de internação circunstanciada que exponha sua motivação, podendo ser classificada, nos termos da Lei nº 10.216/01, como voluntária, involuntária e compulsória.

[...]

§ 2º Internação involuntária é a que se dá contrariamente à vontade do paciente, **sem o seu consentimento expresso ou com consentimento inválido**. Para que ocorra, faz-se necessária a concordância de representante legal, exceto nas situações de emergência médica (Grifo nosso).

Deve-se frisar que a mencionada resolução revogou a resolução 1598 de 2000 que resguardava de maneira mais clara a vontade do paciente em relação às internações involuntárias, segundo seu artigo 15 §2ª (BRASIL, 2004):

Resolução 1598 de 2000

Art. 15 - A internação de um paciente em um estabelecimento de assistência psiquiátrica pode ser de quatro modalidades: voluntária, involuntária, compulsória por motivo clínico e por ordem judicial, após processo regular.

Parágrafo primeiro – A internação voluntária é feita de acordo com a vontade expressa do paciente em consentimento esclarecido firmado pelo mesmo.

Parágrafo segundo – A internação involuntária é realizada à margem da vontade do paciente, quando este não tem condições de consentir, **mas não se opõe ao procedimento.** (Grifo nosso)

A legislação acima descrita, ao suprimir a liberdade de escolha de maneira inflexível, se edifica como um obstáculo à concretização do direito à saúde pautado na dignidade humana. Neste sentido, “como parte integrante do direito à saúde, o consentimento livre e esclarecido do paciente deve ser garantido, contra a estigmatização ou discriminação por qualquer motivo” (GROVER, 2009, p. 9).

A internação involuntária, portanto, se contrapõe ao conceito de livre vontade, liberdade e principalmente alteridade. Sujeitos em condições de vulnerabilidade necessitam ser humanizados e para isso é necessário o seu empoderamento. Poder este que lhes é usurpado historicamente, como bem demonstra a evolução cronológica das internações involuntárias em paralelo à história da proibição de determinadas substâncias.

A conclusão de todo este processo histórico são políticas públicas que visam a privação de liberdade sem critérios rígidos que acabam por esbulhar os cidadãos excluídos e rotulados de mecanismos ressocializadores e agregadores (AYRES, 2003). Assim, ressalta-se que a terapêutica aqui descrita por vezes se aproxima ou mesmo ultrapassa direitos como a dignidade humana ou liberdade e neste ponto confronta-se com os princípios dos direitos humanos e do conceito de saúde, pois a regulação de tais internações não pode ser analisada singularmente, mas de forma estrutural, partindo-se do pressuposto de que o sistema jurídico corresponde ao conjunto de regras e princípios em uma pluralidade de ordens normativas. Neste cenário, a saúde se edifica como um microsistema Jurídico subordinado às leis infraconstitucionais, assim como à Constituição Federal e os Direitos e Garantias Fundamentais, dentre eles a dignidade humana e a liberdade (ROCHA, 1999).

O Quadro 1 sintetiza as leis em relação às drogas e também à internação involuntária.

Quadro 1. Cronologia dos atos normativos relativos à drogas e internações involuntárias no Brasil

CRONOLOGIA DAS LEIS RELATIVAS À DROGAS E INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS NO BRASIL	
NORMA	OBJETO
Título LXXXIX do Código Legal Português de 1603 (Ordenações Filipinas).	Primeira lei a tratar de determinadas substâncias que deveriam ter licença para uso. Atribuía ao boticário o ofício de manipular determinadas substâncias
Código Criminal do Império de 1930 (lei 16)	1830 foi promulgado o Código Criminal do Império que nada revelava sobre drogas ou substâncias análogas, tampouco sobre internação de usuários.
Decreto 828 de 29 de setembro de 1851	Abordava a política sanitária, e também regulamentava a venda de determinadas substâncias médicas. Pode-se afirmar que tal decreto foi o primeiro diploma a, efetivamente, cuidar de substâncias de uso restrito ou proibido (arts. 42, 64, 68, 79). Estabelece o uso de tabelas para estabelecer substâncias “venenosas”.
Código Penal de 1890. Decreto 847/1890:	Tal diploma introduz o conceito da criminalização de condutas ligada a substâncias proibidas, inclusive quando desobedecidas as formalidades em relação ao manuseio de tais drogas (art. 159);
Regulamento sanitário da União Decreto 5.156/1904	Tal diploma legal consolida o poder estatal e coloca os doentes sob o domínio do poder público. Com o estabelecimento do isolamento como política pública.
Tratado internacional de controle de drogas – Haia 1912	Foi o marco no controle internacional de drogas. Instituiu globalmente um “modelo sanitário” frente ao combate as drogas. Modelo que preconizava pela profilaxia e higienização social
Decreto 2.861, de 1914,	Foi a adesão do Brasil ao tratado de 1912. O usuário fora tratado como doente e ainda não havia o estigma de criminoso. Mas forças médicas,

	policiais e jurídicas já se encontravam amalgamadas em torno do problema
Decreto 4.294 de 1921	Ainda uma resposta ao combate de substâncias consideradas nocivas ou mesmo “venenosas”, sob a inspiração da já citada convenção de Haia de 1912. que revogou o artigo 159 do Código Penal de 1890 e pela primeira vez dispunha diretamente sobre internação de toxicômanos
Convenção de Genebra de 1925	Consolida a expansão global do controle sobre substâncias taxadas como nocivas.
Convenção de Genebra de 1931	Tal convenção limitou a fabricação e também regulamentou a distribuição dos estupefacientes.
Decreto n.º 20.930 de 1932 / Decreto 24.505 de 1934	Passou a empregar o termo "substâncias tóxicas" para englobar todos os tipos de entorpecentes. Tal ato normativo foi sem dúvida a primeira legislação específica e determinada de drogas de nosso país. O artigo primeiro traçada um grande rol de substâncias tóxicas. Voltou a criminalizar o tráfico e criminalizou o porte.
Decreto 22.213 de 1932	Nesta lei houve a diferenciação entre o usuário e o tráfico de drogas.
Decreto 24.559 de 1934.	Neste diploma tivemos uma disposição direta em relação a internações no sentido que edificou uma série de diretrizes em relação a profilaxia mental. Também aparece o cuidado em relação à assistência e proteção à pessoa e aos bens do sujeitos. Aqui chamados de psicopatas(arts. 9º, 10, 11).
Decreto 780 de 1936	Instituiu a comissão para fiscalização referente a entorpecentes. Tal decreto tentou uniformizar nossa legislação sobre o tema de drogas e reforçava a necessidade de repressão às drogas.
Decreto N. 2.994 de 1938	Referendou mais uma vez o estabelecido nas convenções de 1925 e 1931. Estabelecia o dever de punir severamente os casos vinculados a drogas, inclusive à compra. Embora fosse silente sobre o uso.
Decreto-lei 891 de 1938	Tal decreto afasta definitivamente a figura do usuários de direitos como um cidadão com direitos garantidos. Reforça a exclusão e rotula ainda mais o doente. A toxicomania é considera uma doença de notificação compulsória. E torna a internação

	<p>involuntária como medida cabível e apropriada, inclusive por tempo indeterminado. (art. 27 combinado com art. 29).</p> <p>Ademias tal diploma proibiu o tratamento do toxicômano em domicílio. Vale salientar que ainda hoje as internações no Brasil tem neste decreto um importante ponto de apoio.</p>
Decreto 2.848 de 1940 Código Penal	Seguiu o modelo mundial relativo ao combate às drogas e reforçou o proibicionismo (art. 281)
Lei nº 4.451, de 1964	Tal lei se preocupou na expansão dos verbos criminalizantes do tipo penal 281 e as substâncias ilegais
Decreto 385 de 1968	Fase áurea do regime militar com punição clara ao uso de drogas. Outras leis do período aumentam o poder discricionário dos representantes da lei para punir todo e qualquer vulnerável. Tal decreto se preocupou na extensão dos verbos criminalizantes do tipo penal 281 e as substâncias ilegais.
Portaria 8 de 1967	Substituiu de maneira definitiva o rol descritivo presente no DECRETO-LEI 891 de 1938, consolida uma listagem bem mais completa e de entorpecentes, sem revogar a norma de 1938.
Lei 5.726 de 1971	Este diploma legal dispõe sobre algumas medidas preventivas e também repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes. Tal lei também durante a ditadura brasileira potencializou a política repressiva. Estabeleceu ainda tal lei sobre a internação involuntária (na modalidade compulsória) por tempo indeterminado (art. 10 e art. 12).
Lei 6.368 de 1976	Tal lei ficou conhecida como lei antitóxicos. Surgindo em um período de difusão da ideologia de guerra às drogas de Nixon, legitimou todos anseios repressivos da nova política mundial contra as drogas. O foco foi a alta penalização do uso de drogas, do tráfico e a flexibilização a respeito das possibilidades de internação, deixando à discricionariedade do juiz (art 8, 9, 10)
Declaração de Caracas de 1990	Tal declaração da qual o Brasil se tornou signatário apregooou em seu item 4: que as legislações dos países devem assegurar o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais. Dentre outras diretrizes tal declaração edificou os direitos humanos como norte no tratamento de qualquer

	paciente em sofrimento psíquico e com a liberdade ameaçada.
Portaria GM nº 799, de 2000	Tal portaria visa, se obstar a todo e qualquer procedimento que não vise os direitos e garantias do sujeito. Afirma que as internações devem ocorrer em caráter de exceção apenas, sendo <i>ultima ratio</i> , somente em casos em que todas as alternativas já foram exauridas.
Resolução CFM nº 1.598 de 2000	Antes da lei 10.216 de 2001, o Conselho Federal de Medicina, aprovou uma resolução onde se dividia as intervenções na área psiquiátrica em quatro modalidades: voluntária, involuntária, compulsória por motivo clínico e por ordem judicial, após processo regular. Em relação a internação involuntária deixava um importante requisito claro em seu artigo 15: a necessidade que o paciente não se opusesse ao tratamento involuntário.
Lei 10.216 de 2001	Tal lei tratou da proteção e também dos direitos das pessoas com transtornos mentais, dessa maneira redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, desconstruindo o modelo sanitário segregador, para um modelo mais humanitário. Tal lei ainda diferenciou de maneira clara as internações voluntárias e involuntárias. No entanto, tal lei foi construída e direcionada para pessoas com de transtorno mental e desde sua promulgação vem servindo como base jurídica de toda e qualquer internação vinculada aos saberes da saúde.
Lei nº 10.409 de 2002	Embora a década de 1990, tenha sido antecedida da declaração de Caracas, foi marcada pelo proibicionismo. Tal lei segue a inspiração bélica e tenta consolidar as teorias proibicionistas. Em relação ao cerceamento de liberdade, apenas cita a internação judicial, sem, contudo traçar diretrizes para essa política.
Documento "A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas",	Embora, a lei 10.409 de 2002 fosse extremamente proibicionista e bélica frente ao uso e abuso do álcool, tal documento emitido pelo governo federal apregoava a responsabilização do Estado frente À prevenção, tratamento e reabilitação de usuários de drogas
Resolução-RDC Nº 50,	Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação

2002	de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
Portaria nº 2.391, de 2002 – MS/GM	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.
Lei 11.343 de 2004	Tal lei, em parte, consolida as mudanças ocorridas em 2003 e tem como diretriz a redução de danos e não mais a redução de oferta. A redução de danos são ações sociais e governamentais que têm por objetivo a diminuição dos riscos e danos ao usuário de drogas
Resolução SMAS nº 20 de 2011	Tal resolução do Rio de Janeiro expande as possibilidades de internações involuntárias, para qualquer indivíduo vulnerável em situação de rua.
Resolução - RDC Nº 29, de 2011	Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.
Portaria nº 148, de 2012	Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.
Resolução do CFM nº 2057 de 2013	Tal ato normativo traz uma regressão na garantia de direitos fundamentais, ao modificar a resolução 1.598 de 2000. Uma vez que se na lei anterior o paciente não poderia se opor ao tratamento involuntário, agora restou consolidado a total ingerência de terceiros nas possibilidades de escolha do paciente deixando claro que a intervenção se dará “sem o seu consentimento expresso” sem nenhuma ressalva.
Resolução – CONAD nº 1, de 2015	Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas.

Fonte: Próprio autor.

3.2 A dignidade da pessoa humana: seus limites e alcances frente à restrição de liberdade de usuários de drogas

A internação involuntária de usuários de drogas coloca frente à frente diversos direitos e garantias fundamentais do indivíduo. Valores absolutos que são por vezes contrapostos em uma balança difícil de equilibrar na perspectiva constitucional.

A efetivação de direitos fundamentais não pode endossar ferramentas que visam à obstrução ou mesmo a proibição dos desejos próprios do sujeito. Tais caminhos se mostram incompatíveis. Desta forma, o gozo dos direitos deve encontrar limites apenas em ações que lesem objetivamente terceiros ou representem um risco direto à sociedade (KARAM, 2011).

Toda intervenção do Estado na vida privada do cidadão representa um potencial atentado à liberdade e às garantias constitucionais. A suposta proteção de um bem não pode justificar a retirada de direitos de igual envergadura ou até mesmo mais importantes. Retirar direitos de um cidadão ou proteger um direito seu contra sua vontade passa a ser um atentado à consolidação de um Estado democrático (KARAM, 2011).

A garantia de direitos perpassa impreterivelmente pela opção pessoal de não fazer uso deles, uma vez que todo direito deve ter por parte do indivíduo uma opção clara de renúncia. O direito à liberdade é, sem dúvida, um contraponto para a efetivação do supraprincípio da dignidade humana (PIOVESAN, 2008).

Nesta perspectiva, o poder de decisão de um indivíduo não deve ser retirado ou esbulhado, exceto quando a conduta represente ataque direto a bens de terceiros, quando então a conduta deve encontrar amparo em tipificações penais. De maneira excepcional, as decisões do indivíduo podem ser suspensas (tão-somente) no momento em que seu discernimento estiver prejudicado e sua vontade restar embaraçada. Caso tal discernimento esteja apenas temporariamente prejudicado, as restrições devem durar exclusivamente enquanto persistir a confusão mental.

Do contrário, os malefícios, se existirem, devem ser suportados pelo indivíduo, cabendo ao Estado apenas a garantia da integridade de terceiros atingidos e o oferecimento de instrumentos para a saúde e bem estar dos cidadãos.

Karam (2011, p. 6) argumenta que:

O Estado democrático não pode substituir o indivíduo nas decisões que dizem respeito apenas a si mesmo. Ao indivíduo há de ser garantida a liberdade de decidir, mesmo se de sua decisão possa resultar uma perda ou um dano a si mesmo, mesmo se essa perda ou esse dano sejam irreparáveis ou definitivos.

Por conseguinte, toda e qualquer restrição à liberdade, para ser amparada constitucionalmente, deve colocar em equilíbrio uma gama de direitos e garantias fundamentais do indivíduo.

Nesta interface, não se pode hoje, em um Estado Democrático de Direito, pautado no superprincípio da dignidade da pessoa humana (PIOVESAN, 2008), permitir que existam ou coexistam intervenções, terapias ou ingerências na área da saúde que não sejam baseadas nas garantias e direitos fundamentais do cidadão.

A dignidade humana deve ser o princípio norteador das políticas públicas, sejam elas da área da saúde ou não. Neste contexto, as leis elaboradas com o fim de regulamentar os procedimentos médicos, ou terapias destinadas a sujeitos em situação de vulnerabilidade (como é o caso dos usuários de drogas), devem ser condicionadas a salvaguardar, garantir e estimular a dignidade da pessoa humana, dentre todos os direitos e garantias fundamentais do cidadão.

A dignidade humana é um valor fundamental que deve nortear as demais normas escritas, condicionando a interpretação constitucional. Deve-se, então, buscar o equilíbrio entre os direitos individuais e os valores comunitários, uma vez que o valor intrínseco do indivíduo, sua autonomia pessoal e sua liberdade devem sempre ser respeitados.

No entanto, podem existir restrições externas legítimas a tais direitos, partindo-se do pressuposto que a dignidade humana é parte do núcleo essencial da liberdade como o é também a privacidade, segurança, saúde, assim como todos os direitos e garantias fundamentais (BARROSO, 2012).

Neste sentido, pode-se afirmar que não existem direitos ou deveres absolutos, que permanecem incólumes a qualquer tipo de restrição. Por outro lado, deve-se coibir ações que limitem ou suprimam os direitos fundamentais, configurando um abuso ilegal ou inconstitucional de direito e que acabe por esvaziar as garantias constitucionais, pois nenhuma restrição desproporcional deve ser admitida quando afete um núcleo essencial do direito objeto da restrição (SARLET, 2010).

Embora não exista uma definição para a dignidade humana, devemos vislumbrá-la como um consenso ético essencial para que edifiquemos as políticas públicas, considerando sempre o valor de todo ser humano como indivíduo livre e autônomo, mas passível de limitações e restrições legítimas impostas em nome de interesses individuais, sociais ou estatais.

A restrição de liberdade de qualquer cidadão deve ser feita com base na dignidade da pessoa humana, mas sempre entendida no sentido amplo, em que são abarcados o respeito à liberdade de ir e vir, a autonomia do sujeito e também sua saúde e bem estar. O equilíbrio entre todos os direitos e garantias individuais deve ser dosado pelos valores comunitários e as ressalvas ou medidas de exceção (como é o caso da restrição de liberdade) devem ter como objetivo o bem estar individual e serem asseguradas constitucionalmente e legalmente, mas como medidas de exceção e com duração geralmente pontual.

Essa limitação ou restrição aos direitos fundamentais somente poderá se efetivar com disposição constitucional expressa ou com norma legal com fundamento constitucional (SARLET, 2009). Neste aspecto, se estabelece um paradoxo a ser refletido e solucionado entre a situação das internações involuntárias, por vezes contrárias aos direitos à liberdade, autonomia, dignidade humana e o livre arbítrio, frente à necessidade de tratamento de uma enfermidade, o sofrimento do usuário de drogas e de sua família, e o direito à vida.

3.3 As internações involuntárias e os direitos humanos: repressão versus necessidade

Com uma série de direitos constitucionais contrapostos, é imprescindível que os procedimentos terapêuticos aqui descritos sejam realizados com todo verniz constitucional e legal para não se incorrer em desrespeito às garantias individuais e sempre com o objetivo de promover a dignidade humana. Ao se falar em restrição de liberdade, esbarra-se também nos direitos humanos consolidados pela

Convenção Americana de Direitos Humanos³⁶ que edifica uma série de obstáculos ao cerceamento da liberdade alheia sem o consentimento do sujeito.

A saúde pública é afetada pelo processo de expansão do direito penal de controle nas sociedades pós-industriais, uma vez que tal movimento mitiga e desconstrói os direitos humanos, assim como os direitos e garantias fundamentais do cidadão (SANCHES, 2011).

A Convenção prevê em seu artigo 7º o direito à liberdade pessoal. Tal direito abrange a garantia de que ninguém poderá ter sua liberdade restringida sem o devido embasamento constitucional. Assim, não é permitido a nenhum cidadão privar arbitrariamente a liberdade de outrem. A Convenção ainda assevera que toda pessoa que sofra (ou seja, ameaçado de sofrer) privação de liberdade tem o direito de recorrer a um tribunal competente (GOMES; MAZZUOLI, 2010).

Neste cenário, a utilização dos preceitos instituídos na Convenção Americana de Direitos Humanos se faz imperiosa, uma vez que não existe na legislação brasileira uma fundamentação segura que respalde constitucionalmente as internações involuntárias e os tratados internacionais e normas constitucionais sobre o assunto deixam claro que o cerceamento de liberdade de qualquer indivíduo livre e em pleno gozo de suas faculdades mentais será arbitrário e inconstitucional (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013).

Vale ressaltar e advertir que as privações de liberdade edificadas na doutrina se dividem em prisão civil, prisões administrativas, prisão penal provisória e prisão penal definitiva. Desse modo, não encontramos respaldo pela Convenção Americana de Direitos Humanos para o cerceamento de liberdade por meio de internações involuntárias (GOMES; MAZZUOLI, 2010).

Os centros de detenção obrigatória não podem ser identificados pelo termo de "tratamento compulsório" pois, grande parte destes estabelecimentos não cumprem critérios médicos e éticos mínimos. Em sua maioria, os usuários são detidos sem o devido processo legal e, principalmente, não têm escolha sobre o tratamento oferecido; não recebem tratamento compassivo, formador de laço socializador e eficaz, violando assim os direitos humanos do cidadão (HALL et al., 2012).

³⁶ Pacto de San José da Costa Rica, celebrado em 1969.

Neste mesmo sentido, salienta-se que diferentes organizações que compõem o Sistema das Nações Unidas formalizaram em março de 2012 um apelo aos Estados para o fechamento dos centros de detenção compulsória e reabilitação de usuários de drogas e pela implementação de serviços sociais e de saúde baseados em evidência, de caráter voluntário, com enfoque na proteção de direitos na comunidade³⁷ (U.N, 2012).

Ressalta-se que as normas internacionais de direitos humanos estabelecem que o tratamento médico deve ser baseado no consentimento livre, o que inclui o direito de sua recusa (UNODC, 2010).

De acordo com o Pacto Internacional De Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ICESCR), toda pessoa tem o direito de desfrutar "o mais alto padrão possível de saúde física e mental" (artigo 12). A Comissão dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CESCR) afirma que os tratamentos devem ser acessíveis, mas não podem configurar como detenção, trabalho forçado ou exercícios e atividades forçadas (UNODC, 2010).

Esta Comissão preconiza (UN, 2000):

"O direito à saúde contém liberdades e direitos. As liberdades incluem o direito de controlar o próprio corpo e a saúde, livre de interferências e ingerências. Direito a não sofrer tratamentos médicos e de experimentação sem consentimento. Tais obrigações vinculam o Estado que tem a obrigação de abster-se frente a aplicação de tratamentos médicos coercivos, a não ser em caráter excepcional para o tratamento da doença mental ou a prevenção e controle das doenças transmissíveis. Esses casos excepcionais devem estar sujeitos às condições específicas e restritivas, respeitando as melhores práticas e normas internacionais aplicáveis, incluindo os Princípios para a Proteção de Pessoas com Doença Mental e para a Melhoria do Atendimento de Saúde Mental ".

Assim, medidas que visem o cerceamento de liberdade devem ser tomadas de maneira excepcional, sendo *ultima ratio* para o tratamento e promoção da saúde de usuários de drogas. Utilizar a internação involuntária como política de saúde ou entregar às comunidades e clínicas terapêuticas a responsabilidade de ponderar sobre a liberdade alheia e não privilegiar o estímulo e a compreensão da dignidade humana e dos direitos e garantias fundamentais do usuário de drogas, é se afastar

³⁷ Na versão original: "United Nations entities call on States to close compulsory drug detention and rehabilitation centres and implement voluntary, evidence-informed and rights-based health and social services in the community".

dos avanços da reforma psiquiátrica e distanciar o paciente da reinserção social, especialmente considerando que hoje está enraizado em nossas políticas sociais o conceito superficial e falacioso que o tratamento de usuários de drogas deve ter como fim uma espécie de “purificação” e “expição do usuário” (IZECKSOHN, 2003).

Neste contexto, ressalta-se que a política criminal de drogas no Brasil sofreu influência dos movimentos de reforma psiquiátrica e, neste sentido, a lei 11.343 de 2006 não referendou o antigo artigo 10 da lei 6.368 de 1976, que preconizava a possibilidade de internação obrigatória quando o quadro clínico do paciente assim o exigisse.

Deste modo, a nova lei de drogas tentou mudar o paradigma de criminalização da adição, com intervenções sobre o usuário de drogas para impedir sua conduta criminosa futura. A política consolidada em 1976 foi de fusão entre os vernáculos dependência e delito, deixando nebulosa e obscura as chances de diferenciação entre um criminoso e um usuário de drogas (CARVALHO, 2013).

Nesta perspectiva, para evitarmos medidas profiláticas coercitivas, totalmente distantes do tratamento ideal, deve-se preconizar a garantia dos direitos humanos no tratamento, com base na adesão voluntária, promovendo a dignidade e a noção do usuário de drogas como sujeito de direitos, distanciando o sistema de saúde das práticas punitivas de controle patrocinadas pelo Estado (CARVALHO, 2013).

Esta postura segregadora se contrapõe à mudança no paradigma terapêutico instituído pela luta antimanicomial no Brasil, assim como as medidas estigmatizantes, preconceituosas e criminalizadoras estão em contraposição aos princípios enumerados na Constituição Federal e em políticas de saúde pautadas na dignidade da pessoa humana, na humanização dos tratamentos, na redução de danos em relação às drogas e reinserção do usuário na sociedade como responsabilidade do Estado.

3.4 As internações involuntárias, frente à redução de danos – regra ou exceção

Relembremos que a profilaxia do isolamento dos sujeitos vulneráveis já atingiu uma grande variação populacional ao longo dos séculos, de pessoas com transtorno mental aos acometidos pela hanseníase. Estas ações têm como

ponto de culminância ou semelhança o preconceito por detrás das políticas públicas de saúde.

Pelo caráter imediatista e provisório, estes preconceitos acabam por respaldar, geralmente, todas as políticas públicas segregacionistas que atingem grupos minoritários (HELLER, 1985).

É inegável que tais políticas segregacionistas veem em medidas restritivas de liberdade a ferramenta perfeita para satisfazer os anseios punitivistas. Mas, embora o móvel ideológico das internações, hoje, esteja arraigado em um complexo mecanismo de domínio e sujeição, é salutar compreender e inferir a internação involuntária como medida de saúde excepcional e extravagante, porém possível em alguns casos. No entanto, antes de delimitar a exceção é necessário repisar qual poderia ser a regra no tratamento dos indivíduos usuários de drogas.

3.4.1 A redução de danos e a busca pela liberdade do sujeito

Primeiramente é importante destacar que não se pode permitir a existência de políticas públicas com o objetivo de isolamento involuntário em detrimento da reinserção social, da redução de danos e que não sejam baseadas nas garantias e direitos fundamentais do cidadão, mas sim na ultrageneralização e estigmatização de sujeitos (HELLER, 1985).

As internações involuntárias, assim como grande parte das internações compulsórias, têm como alvo a abstinência do usuário de drogas. Contudo, deve-se considerar que parte destes sujeitos não compartilham os mesmos anseios de abstinência que os médicos e profissionais de saúde querem lhe impor. Infere-se neste recorte que a abstinência não pode ser a única ferramenta para o tratamento em relação às drogas, pois ao tratar de indivíduos, lidamos com singularidades e possibilidades ilimitadas de escolhas de cada ser humano (PINHO, 2009).

As internações involuntárias podem, excepcionalmente, ser necessárias, mas não se deve admitir que existam como política pública, visando o isolamento involuntário em detrimento da reinserção social (sua reabilitação psicossocial).

Internações já tiveram mais de 26 até hoje, com 32 anos. Vou te falar que internação lá em casa é igual DISQUE-PIZZA viu. Eu uso álcool, maconha e minha mãe já liga para a Clínica me pegar a força e trazer para cá para

mais um ano aqui dentro. Dos últimos oito anos fiquei seis meses fora, dura dois dias minha liberdade, já ligam e me pegam [...] não vem me visitar nunca. (ENTREVISTADO 2)

Neste sentido, lembramos que a reabilitação psicossocial do indivíduo alude a interações sociais ou (e principalmente) a facilitação desta interação, com a construção de contatos sociais entre usuário, família e sociedade. Nesta tentativa de reintegrar o sujeito, a reclusão apenas contribui para a perpetuação de sua exclusão social (SERACENO, 2001).

O próprio Ministério da Saúde preconiza em sua política para atenção integral ao usuário de Álcool e outras drogas que tratar é aumentar o grau de liberdade, o que se consolida como uma contradição frente a toda e qualquer política de internação involuntária pois o tratamento deve buscar devolver ao indivíduo sua história, promover sua autonomia e liberdade e patrocinar senão a cura, ao menos sua liberdade de escolha (BRASIL, 2004).

A reabilitação psicossocial, objetivo principal das políticas de drogas, pode se concretizar por meio da redução de danos. A redução de danos é considerada pelo Ministério da Saúde como um paradigma norteador para o tratamento de dependência de álcool e outras drogas.

A redução de danos pode ser entendida como uma atuação direta governamental, com viés social, que tem como objetivo principal diminuir os riscos e danos aos usuários de drogas. Esta diminuição é orquestrada na perspectiva transdisciplinar, pois deve abordar diversos saberes em sua concretização. Tais condutas não corroboram com a simples e inócua redução do consumo por meio da redução da oferta, pelo contrário, a redução de dano defende a tolerância para com o usuário, o direito à diversidade e o pragmatismo (ANDRADE, 2010).

Esta concepção tem mais de duas décadas e vem demonstrando ser uma alternativa eficiente e eficaz no tratamento destas enfermidades. Parte do pressuposto de que não é a exclusão dos acometidos por determinadas enfermidades que irá trazer consequências benéficas ou melhora no tratamento. Somente a reinserção do indivíduo e sua reinclusão na sociedade podem trazer de volta sua dignidade e reduzir os danos que a doença lhe causou. Assim, muda-se o foco da abstinência para a redução dos efeitos e dos danos do álcool ou outras drogas na vida do indivíduo (PINHO, 2009).

Deste modo, ressalta-se que a redução de danos recomenda um tratamento protetivo da singularidade afastada do olhar estigmatizador sob o usuário. O objetivo principal é compartilhar a responsabilidade e o encargo entre Estado, indivíduo, família e sociedade, em que todos devem buscar soluções eficazes para o problema do abuso de álcool e drogas (GONÇALVES, 2002).

3.4.2 A internação involuntária e sua necessidade

Em determinados casos as internações podem ser aconselhadas, mas sua natureza é excepcional, necessitando ser o último recurso, como tratamento de cura. Não existem estudos incontroversos que comprovem a eficácia de tratamentos que partem da restrição forçada do direito de ir e vir. Deve-se ter por norte o tratamento do indivíduo com o devido restabelecimento e garantia de sua dignidade humana e singularidade. Não se pode, também, considerar o tratamento como um ritual de cura, que visa a expiação, purificação e castigo dos usuários de álcool e drogas (IZECKSOHN, 2003).

As internações involuntárias, quando destituídas de critérios ou afastadas dos princípios constitucionais, acabam por se distanciar da promoção da saúde pública para se aproximar da tutela de meros corpos aprisionados e sem perspectiva de evolução e soltura. Tal procedimento deve se consolidar apenas em situações extraordinárias e atípicas de um quadro patológico que justifique a internação, comprovado por parecer médico e decisão judicial que substancie e justifique o tratamento de caráter excepcional (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013).

O quadro patológico mencionado corresponde a um conjunto de sintomas correlacionados com a ausência de determinadas substâncias no organismo humano que chamamos de síndrome de abstinência e que leva à necessidade de internação, uma vez que o monitoramento constante do quadro clínico do sujeito se faz necessário (LARANJEIRA et al., 2000). Mesmo nos casos indicados, os profissionais devem levar em conta a internação como parte complementar do exercício do direito à saúde. Deste modo, o consentimento livre e esclarecido do paciente deve ser garantido, contra a estigmatização ou discriminação por qualquer motivo (GROVER, 2009).

A presunção de que as pessoas que usam drogas não têm capacidade para consentir ao tratamento é falaciosa e perigosa, pois ignora o devido processo legal, os direitos e garantias constitucionais aplicáveis, sob o argumento de falta de autonomia para tomar decisões, o que alarga e patrocina abusos em potencial. Neste contexto, a internação, embora possível, muitas vezes não deve ser indicada, pois a dependência é fenômeno complexo e multifatorial (GROVER, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que a dependência de drogas é caracterizada por um forte desejo de consumir substâncias psicoativas e dificuldades em controlar o uso dessas substâncias. Este uso continuado de substâncias psicoativas deve ser somado a problemas físicos, mentais e sociais. Ainda, deve ser caracterizado quadro de abstinência se a substância é abruptamente retirada (WHO, 2003).

O quadro patológico citado diz respeito à síndrome de abstinência, que corresponde a um conjunto de sintomas correlacionados com a ausência de determinadas substâncias no organismo humano. Tal síndrome leva à necessidade de internação, uma vez que o monitoramento constante do quadro clínico do sujeito se faz necessário. Todavia, mesmo com a síndrome de abstinência, é importante lembrar que o pico dos sintomas do paciente ocorre entre 24 e 48 horas, sendo que, na maioria dos casos, desaparecem em uma semana (LARANJEIRA, 2000).

Embora se considere a possibilidade da medida de internação involuntária de maneira excepcional, falar em dependência, de maneira arbitrária, é temeroso, uma vez que dependência é um fenômeno complexo e minoritário frente ao uso de drogas³⁸.

Estudos com usuários de drogas (no caso específico: crack e metanfetamina) demonstram que a maioria destes não apresenta diminuição considerável em sua tomada de decisões, ou seja, as drogas na maioria dos casos não afetaram verdadeiramente o poder de escolha do indivíduo³⁹. Assim, considerar a incapacidade do sujeito em razão do uso de drogas seria equivocado, devido a sua generalidade (HART; KRAUSS, 2008).

³⁸ Quase a totalidade de usuários de crack ou metanfetaminas não se tornam viciados. Apenas 10% a 20% se tornaram dependentes da droga (HART, 2013).

³⁹ Segundo Hart (2013) a substância é coadjuvante frente aos fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais que o indivíduo está inserido. Assim, o problema das drogas está relacionado mais em oferecer alternativas à vida do sujeito do que demonizar a substância e estimular a abstinência.

Nem todos que usam drogas são dependentes, a droga não faz o usuário, mas o contrário. A internação segue uma lógica manicomial baseada na “díade proteção-exclusão: para te proteger e me proteger te excluo”. A ênfase no tratamento está no objeto droga, o que deixa o sujeito em segundo plano, generalizando e não respeitando a singularidade de cada um (BENETI, 2014, p. 29).

Mesmo o conceito de dependência deve levar em conta que em estudos de dependência de drogas entre os americanos entre 15 e 54 anos de idade, pode-se inferir que cerca de um terço dos fumantes de tabaco desenvolveram dependência do tabaco e cerca de 15% dos consumidores de bebida se tornaram dependentes de álcool. Entre os usuários de outras drogas, cerca de 15% se tornaram dependentes (ANTONHY; WARNER; KESSLER, 1994).

A internação involuntária, por vezes justificada na dependência como fenômeno ontológico e endêmico, desafia o conceito de livre vontade, liberdade e principalmente de empoderamento. Sujeitos em condições de vulnerabilidade necessitam ser humanizados e, para isso, é necessário seu empoderamento. Políticas públicas que visam à privação de liberdade acabam por esbulhar os cidadãos estigmatizados e rotulados de mecanismos ressocializadores e agregadores (AYRES, 2003).

A detenção compulsória, a desintoxicação e o trabalho forçados não são eticamente aceitáveis ou efetivos para tratar o uso de dependência de drogas. Nas décadas de 1990 e começo do século XXI, vários países aprovaram leis que autorizavam a detenção obrigatória de indivíduos dependentes, geralmente sob a descrição de tratamento obrigatório para a dependência (HALL et al., 2012).

Neste cenário, ressalta-se que a internação involuntária de indivíduos dependentes ou foi abandonada ou caiu em desuso em muitos países mais desenvolvidos⁴⁰ por duas razões principais: em primeiro lugar, não se conseguiu tratar o dependência de forma eficaz, com a maioria das pessoas detidas retornando para o uso de drogas após o tratamento. Em segundo lugar, por abordagens coercitivas e higienistas que violam os direitos humanos dos usuários de drogas (HALL et al., 2012).

⁴⁰ Os centros de internação forçada em países como a Rússia se caracterizam por avaliações pouco rigorosas, arbitrárias e de eficácia questionável, e como em outros lugares do mundo têm motivos paternalistas, segregacionistas e sempre políticos (ANOKHINAI, PELIPAS, TSETLINM, 2005). Na Suécia, situações análogas são descritas, onde as internações atingem em sua maioria populações fragilizadas como os imigrantes (SVEDBURG, 2005).

Uma série de países em desenvolvimento com problemas de uso de drogas graves, como, por exemplo Camboja⁴¹, China⁴², Mianmar, Tailândia e Vietnã, não somente ainda se utilizam de internações involuntárias, como vêm multiplicando seu uso e obstando programas para redução de danos. Tal política acaba por amplificar o problema e o consumo de drogas. Na falta de tratamento da dependência eficaz, há altas taxas de recaída ao uso de drogas e altas taxas de infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV) entre os usuários destes centros (HALL et al., 2012).

Deste modo, percebe-se que a internação involuntária de usuários de drogas apresenta características semelhantes (relatos de ilegalidade, crueldade e degradação são comuns) nos países que decidem por implementá-la em caráter de política pública na área da saúde (WOLFE; SAUCIER, 2010).

De forma sintetizada, temos que as internações involuntárias são uma espécie válida dentre as internações, mas seus malefícios devem ser sopesados pelos profissionais da saúde no momento de implementá-la. Uma vez que tal medida seja utilizada como política pública de saúde, suas consequências diretas são ataques aos direitos e garantias básicas dos sujeitos.

Por fim, pode-se afirmar que uma política pública de saúde não deve partir ou optar por saídas mais fáceis e consequentemente mais sedutoras buscando afastar dos olhos da população possíveis e potenciais problemas. Igualmente, o que se vislumbra hoje é uma tentativa do poder público de ocultar os efeitos mais evidentes e manifestos das drogas eliminando certos sujeitos do convívio social, condenando-os às clínicas, becos, cracolândias e guetos, ao invés de propor soluções para reduzir o cenário caótico dos usuários de drogas, concretizando a reinserção do usuário no meio social

⁴¹ Cambojanos, por exemplo, são levados para internação com cerceamento de liberdade, sem contraditório e ampla defesa. Há várias denúncias de espancamento, trabalhos forçados e a maioria dos internos não cumprem os requisitos mínimos para se caracterizarem como dependentes de drogas (HUMAN RIGHTS WATCH, 2010).

⁴² Há relatos de espancamento e ausência de tratamento médico na China. De acordo com a UNAIDS (Joint United Nations Program on HIV/AIDS), meio milhão pessoas estão confinados em centros de detenção de droga neste momento. Ademais o Relator Especial da ONU sobre a Tortura já afirmou que casos semelhantes ao da China devem ser considerados como uma forma de tratamento ou castigo desumano ou degradante (HUMAN RIGHTS WATCH, 2010a).

4. *CAPITULO 4*

OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Compreender a percepção dos usuários de drogas internados involuntariamente em uma clínica terapêutica sobre a vivência de seus direitos humanos, com foco em situações de exclusão favorecidas pela evolução legislativa, políticas públicas e práticas dos serviços de saúde para usuários de drogas.

4.2 Objetivos Específicos

São objetivos específicos do presente trabalho:

- Compreender o aparato legal e a exclusão social de usuários de drogas internados involuntariamente na perspectiva da evolução histórica da legislação de drogas no Brasil frente às políticas públicas higienistas, a reforma psiquiátrica, a legislação hodierna, assim como os projetos de lei e sua intersecção com a política criminal de drogas no Brasil;
- Compreender o aparato de saúde e a exclusão social de usuários de drogas internados involuntariamente na perspectiva de suas instituições totais voltadas ao tratamento dos usuários de drogas no Brasil, especificamente as comunidades e clínicas terapêuticas e clínicas terapêuticas;
- Caracterizar o perfil socioeconômico de usuários de drogas internados involuntariamente na clínica terapêutica estudada.
- Identificar o conhecimento de usuários de drogas internados involuntariamente na clínica terapêutica estudada sobre seus direitos humanos à luz da legislação e políticas públicas sobre drogas no país e seu exercício em situações da prática dos serviços de saúde para usuários de drogas.

5. *CAPITULO 5*

METODOLOGIA

5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de pesquisa qualitativa, tendo como referência a abordagem dialética (MINAYO, 2004). Neste sentido, vale ressaltar que a dialética, aqui presente, tem por escopo a proposta Hegeliana, um método dinâmico, pautado na volatilidade da realidade, em que argumentos contraditórios acabam por edificar novos contextos que passam a demandar uma solução, que deve ser construída na perspectiva do contexto social, político, econômico que cerca o problema (LAKATOS; MARCONI, 1993).

Nesta perspectiva, enfatiza-se que o método qualitativo busca interpretar os sentidos e os significados – de natureza social, psicológica, antropológica - atribuídos e trazidos por indivíduos acerca dos múltiplos fenômenos pertinentes ao campo no qual ocorre o processo saúde-doença. O pesquisador, ao utilizar o método qualitativo, deve se ater aos indivíduos tendo como objetivo o que está “por trás” das falas e dos comportamentos levantados (BOTEGA; TURATO, 2006).

As pesquisas qualitativas, dada a forma participativa e agregadora com que se efetivam, não devem buscar falas homogêneas, mas, pelo contrário, buscam estimular as diferenças e especificidades no discurso de cada sujeito (MINAYO, 2009).

O pesquisador, ao olhar o indivíduo, interpreta suas falas frente ao ambiente que o cerca, visando ponderar e distinguir os nuances do discurso, tanto culturais, emocionais e sociais. Assim, o pesquisador atua como o principal instrumento, desenvolvendo sua análise entre a recepção de informações, interpretação e crítica do discurso (MOREIRA; CALEFFE, 2006).

Vale ressaltar que a pesquisa qualitativa se pauta na linguagem, e esta deve ser estruturada a partir da reflexão e interpretação do sujeito frente à realidade que lhe é apresentada. Desta forma, não se pode falar em experiência pura, mas sim em construção na ótica do observador, em que suas vivências se entrelaçam com as experiências do entrevistado (SCHUTZ, 1967).

A pesquisa qualitativa, então, acaba por envolver uma série de matérias empíricas, o que leva o pesquisador a ter mais de uma prática interpretativa durante seu estudo. Como observador, ele interpreta não somente o entrevistado, como também o mundo que o envolve (DENZIN; LINCOLN, 2006).

A pesquisa qualitativa não exclui a pesquisa quantitativa, pelo contrário, a engloba e ultrapassa seu alcance, significado e interpretação, uma vez que tais técnicas estão em constante interseção (ANDRÉ, 2008)

5.2 Participantes do estudo

Foram convidados a participar do estudo todos os usuários de drogas internados involuntariamente no local de coleta de dados que estavam presentes durante o período de coleta de dados e que aceitaram participar do estudo.

A escolha do usuário de drogas como participante desta pesquisa deve-se a sua importância no delineamento das práticas asilares contemporâneas inseridas no contexto de drogas. Neste sentido, a finalidade foi verificar a percepção deste sujeito enquanto paciente involuntário, dando protagonismo para que discorresse sobre seus Direitos e refletisse sobre suas garantias fundamentais.

5.3 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão dos participantes foram:

- a) Ser usuário de drogas internado involuntariamente na clínica terapêutica local da coleta de dados.
- b) Ser maior de 18 anos;
- c) Ter preservada a responsabilidade legal por seus atos;
- d) Estar estabilizado e em condições psicológicas para lembrar de sua trajetória de vida, conforme indicação da equipe responsável.
- e) Ter passado pelo período de desintoxicação estipulado de duas semanas exigido pelas normas internas da clínica terapêutica.
- f) Aceitar participar do estudo.

5.4 Local de coleta de dados

O estudo foi realizado em uma clínica terapêutica localizada no interior do Estado de Minas Gerais, entre os municípios de Uberaba e Sacramento, na zona Rural do segundo município, com em média 70 pacientes internados sendo que 25 involuntariamente, e provenientes de toda a região do Triângulo Mineiro.

A escolha por tal clínica se deu por vários aspectos: primeiramente, o Estado de Minas Gerais foi escolhido por ter uma recente política de saúde pública flexível que permite a internação involuntária, realidade bem distinta de alguns anos atrás quando tal internação sofria várias limitações⁴³.

Ademais, tal clínica foi escolhida por apresentar uma característica de heterogeneidade do local de origem de seus internos que são provenientes dos estados de São Paulo e Minas Gerais, o que representa um recorte da realidade da região do triângulo mineiro e também do nordeste de São Paulo.

5.5 Coleta de Dados – Fases do Estudo

Os dados foram coletados por meio de observação, análise documental e entrevista.

5.5.1 Fase 1 – Construção dos instrumentos de coleta de dados e validação do instrumento de entrevista semiestruturada

5.5.1.1 Roteiro de Entrevista

O roteiro de entrevista foi construído com base nos objetivos da pesquisa e na revisão da literatura e legislação sobre o tema. Foi estabelecido de modo a

⁴³ O Conselho Regional de Psicologia em Minas Gerais desaconselhava tais internações e não havia respaldo legal para tais posturas.

favorecer a coleta de informações que deve servir como meio para o pesquisador construir o processo de interação com o entrevistado (MAZINI, 2003).

Além disso, a entrevista foi escolhida como principal ferramenta de pesquisa, tendo em vista que o trabalho visou dar protagonismo a uma classe vulnerável, representada pelos usuários de drogas. Neste sentido, as entrevistas deram voz a parcela fragilizada da sociedade, uma vez que tal ferramenta viabiliza a expressão e percepção do entrevistado sobre a própria vida e de tudo que o cerca (LANG, 2000)

A validação do conteúdo desta ferramenta se deu por meio de um Comitê de Especialistas.

5.1.1.2 Comitê de especialistas em Direito, Criminologia e Saúde Mental

O roteiro de entrevista foi analisado por um comitê composto por 3 (três) profissionais com doutorado e experiência nas áreas de Saúde Mental, o Direito e a Criminologia. Ademais, a escolha de tais profissionais se deu pela transdisciplinaridade de suas áreas de atuação. Os especialistas assinaram o Termo de Consentimento previsto no apêndice C.

Além disso, os membros enviaram sugestões em relação à pesquisa e também ao instrumento de coleta de dados que foram discutidas pelo pesquisador e professor orientador e incorporadas ao texto.

5.1.1.3 Entrevista piloto

Antes da coleta definitiva de dados, foi ainda realizada uma entrevista piloto, especialmente considerando que a participação dos próprios sujeitos do estudo na construção de instrumentos acaba por valorizar sua capacidade e subjetividade, auxiliando em sua autodeterminação, patrocinando sua autopromoção, além de aprimorar o instrumento de pesquisa para a realidade fática da Clínica Terapêutica (DEMO, 2002).

Foi neste primeiro momento que as técnicas e instrumentos de levantamento e registro de dados foram devidamente testados e adequados, como o local da entrevista, posição do entrevistador e perguntas.

5.5.2 Fase 2 – Observação

A observação foi realizada nas dependências da Clínica Terapêutica. O pesquisador se fez presente no local, em quatro dias alternados e realizou anotações em um caderno de campo. Utilizou também de um roteiro de observação (Apêndice D). A observação enfocou: condições de infraestrutura da CT; relações hierárquicas no contexto da CT; rotina do trabalho e do cuidado aos usuários de drogas internados; comunicação verbal e não verbal entre usuários internados e profissionais do serviço. Cada observação durou 24 horas distribuídas pelos quatro dias de visita que antecederam às entrevistas.

Observar se traduz no instrumento principal para a pesquisa qualitativa, pois ao observar o pesquisador deve justapor todos seus sentidos visando alcançar informações que auxiliem na construção da realidade observada (RUDIO, 1986.)

5.5.3 Fase 3 - Entrevista semiestruturada

Tal entrevista ocorreu com pacientes (usuários de drogas) que participaram do processo de internação involuntária, conforme roteiro descrito no Apêndice E.

As entrevistas foram realizadas no período de maio e junho de 2016, foram gravadas e posteriormente transcritas para análise.

As entrevistas devem existir para que o pesquisador aprofunde seu estudo e efetive sua observação sobre o grupo estudado (CAPRARA; LANDIM, 2008).

Quanto ao número de entrevistas que foram realizadas, buscou-se obter material que permitiu uma análise das relações estabelecidas naquele meio e a compreensão da percepção dos usuários internados na clínica sobre a vivência de seus direitos humanos, com foco em situações de exclusão favorecidas pela evolução legislativa, políticas públicas e práticas dos serviços de saúde para usuários de drogas frente a um engrenagem celular que promove a segregação.

As entrevistas ocorreram nas dependências da Clínica Terapêutica, em sala autorizada pelos responsáveis locais, em condições adequadas para garantir a

privacidade e confidencialidade das informações. O tempo de cada entrevista variou de 30 minutos a 2 horas.

Ressalta-se que para cada participante, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B) para leitura, e posterior autorização e assinatura em duas vias (uma para o entrevistador e outra para o entrevistado). Tal documento aclara quanto ao anonimato e liberdade em interromper a participação na pesquisa quando houver necessidade, sem que isso lhe acarrete dano pessoal e/ou profissional.

Foi exposto, também o objetivo do estudo e o pesquisador esclareceu aos entrevistados que suas identidades seriam preservadas, sendo identificados apenas como ENTREVISTADO 1, ENTREVISTADO 2 e assim sucessivamente. Foi necessário frisar que as identidades seriam preservadas inclusive frente aos administradores da clínica.

Por fim, o pesquisador ainda lembrou que as gravações em áudio seriam apagadas logo após a transcrição das entrevistas, atendendo ao pedido não justificado da própria clínica terapêutica.

5.5.4 Fase 4 – Análise Documental

Foram coletados dados dos prontuários dos pacientes da Clínica Terapêutica, de acordo com o roteiro indicado no Apêndice F. A análise documental pode ser definida como um procedimento que visa examinar, verificar e analisar documentos com o objetivo de identificar situações, ou obter respostas como fonte indireta, paralela e simultânea de informação que possam auxiliar na contextualização da pesquisa (SOUSA, KANTORSKI, LUIS, 2014).

Desta forma, podemos sintetizar as etapas de coleta de dados da seguinte forma:

Quadro 2. Síntese das Etapas da Coleta de Dados

Etapa	Levantamento
Fase 1	CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA <ul style="list-style-type: none"> • Comitê de especialistas em Direito e Saúde Mental.
Fase 2	OBSERVAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> • Realizada nas dependências da Clínica Terapêutica, com base no roteiro descrito no Apêndice D.
Fase 3	ENTREVISTA PILOTO - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA <ul style="list-style-type: none"> • Dados de identificação secundária: relações com a religiosidade; relações familiares, relações com o uso abusivo de drogas, experiências de tratamento e relação com atividades delituosas. • Entrevista semiestruturada: relato dirigido do paciente internado involuntariamente na CT sobre os temas elencados.
Fase 4	ANALISE DOCUMENTAL <ul style="list-style-type: none"> • Dados de identificação primária: nome, idade, estado civil, gênero, cor, escolaridade, cidade de domicílio, profissão, e tempo de internação.

Fonte: Próprio autor

5.6 Análise dos dados

Em relação à apreciação e análise dos dados coletados por meio das entrevistas, aplicamos a técnica de análise de conteúdo. As distintas fases da análise de conteúdo edificam-se em torno de três pólos cronológicos. Segundo Bardin (1995), são eles:

- Pré-análise: que tem por objetivo a organização, embora ela própria seja composta por atividades não estruturadas, abertas, por oposição à exploração sistemática dos documentos.
- Exploração do material, ou a administração sistemática das decisões tomadas. Tal fase, longa e densa, consiste essencialmente de operações de

codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.

- c) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: o analista já tem à sua disposição resultados significativos e fiéis, podendo então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

Após todo material ser organizado, lido e relido, foram identificados os temas que emergiram dos depoimentos dos usuários de drogas internados involuntariamente, os quais foram analisados com subsídio no referencial dos Direitos Humanos frente ao papel dos usuários de drogas inseridos na engrenagem celular de controle social.

5.7 Aspectos éticos

A efetivação do presente estudo fundamenta-se na Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012), e foi iniciada somente após a aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

A aprovação se deu em 26 de agosto de 2015, com protocolo CAAE 42602814.8.0000.5393 (ANEXO A).

A proposta de estudo foi devidamente autorizada pela Direção da Clínica Terapêutica, conforme Apêndice A. Ademais, por exigência da clínica, a confidencialidade foi estabelecida em termo próprio, com a garantia dada pelo pesquisador que os dados de identificação do local não seriam divulgados em nenhuma hipótese (Apêndice G).

Estas precauções visaram atender o pedido da clínica e resguardar os participantes, com o intuito de preservar os dados, informações e impressões a respeito da Clínica Terapêutica e de seus pacientes.

6. *CAPITULO 6*

RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 A caracterização do local do Estudo – O espaço asilar revistado.

6.1.1 O cenário

O local de estudo deste trabalho se localiza em Minas Gerais, no interior e afastado de grandes capitais. Podemos localizar tal espaço entre as cidades de Uberlândia, Uberaba e também Ribeirão Preto. Desta forma, o Triângulo Mineiro e o Nordeste do Estado de São Paulo foram os focos de observação deste estudo, região com uma base de identificação regional acentuada e que representa quase dois milhões de pessoas⁴⁴.

A Clínica onde foi realizado o estudo, dentre as grandes cidades da região está mais próxima de Uberaba, que representa um arquétipo de toda a região que a circunda. Em um recorte do local, deve-se ressaltar a tradicional família mineira como conceito. Tal denominação visa definir um padrão da sociedade mineira no decorrer dos séculos, por dois elementos principais: primeiramente, uma sociedade baseada em um núcleo familiar tradicional e de maneira secundária, a latente religiosidade dos mineiros (DE BARROS LONGO, et al. 2008).

Embora tal arquétipo tenha se consolidado no século XIX, ainda hoje pode-se afirmar que a tradicional família mineira ainda prevalece como referência de cultura, valores e moral.

De Barros Longo (2008, p. 7) afirma:

Os dados para 2006 continuam reforçando a idéia da tradicional família mineira nuclear, composta principalmente pelo casal com filhos. Os dados gerais para os tipos de família/domicílio revelam que mais da metade (53,1%) da população mineira vive em famílias do tipo Nuclear 1, ou seja, pessoa de referência, cônjuge e filhos.

Embora se trate de uma construção discursiva sem um impacto natural nos indivíduos, a identidade cultural e regional deve ser considerada à medida que são condicionantes, não pela genética, mas pela influência que o ambiente tem sobre

⁴⁴ Originariamente o trabalho seria em uma clínica do interior de São Paulo. Posteriormente, o local foi alterado para o interior de Minas Gerais. No entanto, ao longo da pesquisa, clínicas foram visitadas tanto em Minas Gerais como em São Paulo, todas no perímetro regional descrito neste capítulo.

nossa personalidade. Deste modo, um discurso identitário descortina exatamente nossa falta que deve ser preenchida pelo exterior, uma vez que a maneira que somos vistos pelo outro é fundamental na formação de nossa identidade. Assim, traços identitários advêm de representações sociais que estabelecem nossa personalidade e permitem a alteridade.

Neste sentido, outras características aprofundam a identidade da região mineira e também parte do nordeste Paulista e sul do Estado de Goiás. Dentre tais características, destacamos a religiosidade acentuada, fincada na tradição das igrejas católicas estabelecidas durante séculos e do predomínio das igrejas evangélicas nas últimas décadas (HALL, 2002).

A educação severa, atrelada a uma cultura interiorana e moralista edificam toda uma identidade de região, peculiar a este espaço localizado no centro-oeste Brasileiro que, embora sofra alterações com o passar dos anos, ainda mantém todos os alicerces de sua identidade (TAVARES, et, al, 2010). Ainda de acordo com Tavares et. al (2010, p. 70): em “Minas Gerais a força do campo religioso extrapola os limites da esfera institucional”.

A dimensão cultural e religiosa desta região culmina com um discurso moralizador tradicional frente ao comportamento individual do sujeito. Os valores sociais tão importantes e influentes em qualquer parte do país tomam maiores proporções em regiões tradicionalistas.

A identidade regional levou até mesmo a movimentos separatistas durante a Constituição de 1988 em relação ao triângulo Mineiro. Isto porque é inegável que a simbiose identificatória entre o triângulo e o nordeste de São Paulo tem laços mais aguçados frente ao resto do Estado de Minas Gerais (LONGHI, 2004).

Além das questões religiosas e sociais, temos também as características econômicas de tais cidades. Tal região é amplamente conhecida pela alta renda de parte de sua população. Apesar de um predomínio da agricultura e principalmente da pecuária, pode-se vislumbrar um parque industrial forte e em latente crescimento.

Geograficamente, o protagonismo da região se explica por se situar em um local privilegiado, devido à proximidade de Minas e São Paulo que criou condições propícias ao enriquecimento local, principalmente depois da construção de Brasília (LONGHI, 2004). A região, portanto, tem matizes singulares, com a junção entre um tradicionalismo moralista de costumes (a chamada Tradicional Família Mineira), somado a sua riqueza, o que faz com que mesmo com uma população numerosa e

com um parque industrial moderno, o poder ainda seja dividido com base nos aspectos tradicionalistas já apontados. Desta forma, é neste cenário que devemos inserir o usuário de drogas internado involuntariamente, que sofre os efeitos estigmatizantes desta sociedade.

Assim, toda a riqueza não reflete em um arrefecimento da estratificação social e da desigualdade na distribuição do poder. Pelo contrário, o tradicionalismo, somado à religiosidade e concentração de renda culminam com a acentuação da concentração do poder e também sua maior efetividade. No âmbito desta efetividade se inserem, nesta região, todos os mecanismos e espaços de exclusão relacionados com a engrenagem nuclear de controle. Dentre eles o presente estudo se pautou nas Clínicas e Comunidades terapêuticas.

6.1.2 A instituição

A clínica terapêutica em questão será chamada de **Santa Clara** (SC) ao longo das discussões. Trata-se primeiramente de um nome fictício visando à proteção e sigilo dos participantes, e de maneira secundária, é também uma alusão a todas as outras clínicas do interior de Minas Gerais e Nordeste de São Paulo, que têm em sua razão social a denominação de determinado santo da Igreja Católica ou faz referência a Deus ou ditames bíblicos. Vale frisar que grande parte das clínicas e comunidades terapêuticas visitadas ao longo do estudo são de viés cristão, majoritariamente católicas (TAVARES, et. al, 2010).

Como também é comum na região, a Clínica é uma sociedade limitada, forma que somente adotou em 2014. Como tal, apresenta sócios cotistas e, no caso em tela, são apenas dois sócios, sendo um majoritário.

Em relação à sua história, tal clínica cumpriu a trajetória de tantos outros estabelecimentos análogos no Brasil. *A priori*, o estabelecimento surgiu como Comunidade Terapêutica, no interior de São Paulo, fundada por um ex-usuário de drogas no começo do século XXI e trabalhando apenas com internações voluntárias.

Neste ponto, deve-se salientar que a realidade da maioria das comunidades e até mesmo clínicas terapêuticas é a inexistência ou irrisória participação de

profissionais. Grande parte do quadro de funcionários é formado por religiosos ou ex usuários convertidos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

O tratamento neste estabelecimento consistia na abstinência e na religiosidade latente. Preconizavam os 12 passos de Wilson e Smith (RODRIGUES, ALMEIDA, 2012). Tinham poucos funcionários e apenas um profissional realmente habilitado para lidar com sujeitos confinados, no caso um enfermeiro.

Ainda na primeira década do século XXI, tal comunidade foi autorizada a funcionar como Clínica Terapêutica e a partir de então começou a receber pacientes de maneira compulsória ou mesmo involuntária. Beneficiados pelas políticas pró internações praticadas pelo governo do Estado de São Paulo, o estabelecimento chegou a atender mais de 100 pacientes, sendo que grande parte involuntários.

O número de sujeitos internados sem o consentimento chegou a 73 em alguns momentos. Todavia, o tratamento não se modificou e continuava a se basear em dois pilares: a abstinência associada ao induzimento à religiosidade.

Estabeleceu-se então uma Clínica Terapêutica com foco no tratamento involuntário no final da primeira década deste século. Deve-se ressaltar que nesta época a Clínica, embora em Estado vizinho, tinha em Minas Gerais a grande origem de seus pacientes. Tal fato se deve às políticas de drogas em Minas Gerais serem na época bem mais restritivas do que os regramentos paulistas e também cariocas⁴⁵. Ademais, o Conselho Regional de Psicologia Mineiro desaconselhava as internações involuntárias (TRINDADE; ZINI, 2015)

Neste sentido, se torna relevante a obscuridade como eram realizadas a abordagem e o transporte destes pacientes entre os Estados de Minas Gerais e São Paulo. O que fica claro nos discursos e conversas informais com os diretores e funcionários das Clínicas Terapêuticas é que por se tratar de um transporte de tempo relativamente alto, às vezes mais de 300 quilômetros, o paciente era exposto a perigos ainda maiores à sua integridade física e dignidade humana. Ninguém soube afirmar quais eram as condições deste traslado nesta época. Mas, a palavra “sequestro” foi mencionada em várias falas ao longo desta pesquisa.

A partir da Portaria nº 148 de 31 de Janeiro de 2012, no Estado de Minas Gerais começou-se um processo de flexibilização da viabilidade das internações

⁴⁵ Deve-se ressaltar que a prefeitura do Rio de Janeiro colocou em prática um sistema de internação involuntária para crianças e adolescentes em situação de rua e usuários de Crack. Tal medida preconiza a repressão frente a essa população vulnerável e vem sendo copiada por diversos outros estados como uma política de higienização urbana (COELHO, et al, 2014)

propriamente involuntárias, culminando com a possibilidade de clínicas terapêuticas praticarem tais internações. Com isso, a Clínica que residia no interior de São Paulo, mas abarcava em grande parte pacientes oriundos de Minas Gerais, resolve se estabelecer também neste Estado.

Surge assim a Clínica Santa Clara, no interior do Estado de Minas Gerais, visando atender pacientes preferencialmente involuntários a um custo variável de R\$ 880,00 a R\$1.760,00 por mês para cada paciente⁴⁶.

A Clínica está estabelecida em uma grande chácara com um casarão central de vários cômodos, entre eles, cozinha que abastece todo o complexo, sala de TV com várias cadeiras de plástico e uma grande TV de plasma, aparentemente nova. Além disso, existem quatros quartos com dois bi-camas cada um. Os funcionários que residem na Clínica residem nesta casa. Os pacientes estão distribuídos pelas outros cinco pavimentos habitáveis espalhados pela extensão de toda a clínica.

Ademais temos um curral, algumas reses, um galinheiro, um grande quiosque com fogão a gás e a lenha, com seis grandes mesas e uma grande horta. Tudo aparentemente limpo. Bem ao centro, uma capela com grandes bancos de madeira e imagens de santo, com destaque para Santa Clara.

A instituição é cercada de grandes muros altos de um verde que se confunde com a grama. Além disso, durante toda a extensão do muro temos cercas concertinas e a cada ponto da chácara vislumbram-se câmeras. Portanto, uma instituição asilar característica.

Segundo dados colhidos com o diretor da Clínica, são funcionários da clínica: dois médicos, um clínico geral e um psiquiatra; dois enfermeiros; dois técnicos em enfermagem, um nutricionista, uma assistente social e um número inexato de voluntários e ex-usuários que auxiliam nas atividades da Clínica. Por fim, em informação posterior, foi citada também a presença semanal de uma psicóloga, responsável por uma demanda de dezenas de internos. Importante ressaltar que embora este foi o quadro passado pela direção, nos momentos de observação participante os únicos profissionais devidamente habilitados visto no ambiente da Clínica foram os técnicos em enfermagem. Alguns pacientes durante a observação participante afirmaram não existir os enfermeiros e também questionaram a presença do nutricionista devido à má qualidade da comida.

⁴⁶ Valores de 2016.

Ainda no quadro de funcionários da Clínica, vale ressaltar um panorama que parece se modificar em toda a região, pois surgiu nos últimos anos a figura da assessoria jurídica direta que todas as clínicas têm. Escritórios especializados em internações compulsórias e para lidar com qualquer denúncia de ilegalidade dentro das instituições, ou mesmo a judicialização das cobranças das famílias inadimplentes. No caso da Clínica em questão a assessoria era especializada somente em referendar as internações.

Em relação aos internos e suas acomodações: são ao todo cerca de 100 leitos. Aproximadamente 70% destes estavam ocupados nas datas visitadas. Dentre estes pacientes praticamente a metade se encontrava na clínica de maneira involuntária ou compulsória⁴⁷ e três converteram a involuntária em internação voluntária.

6.2 A caracterização dos participantes do estudo – Dar voz a quem não tem

6.2.1 O sujeito do trabalho - A caracterização e perfil socioeconômico

Primeiramente, cabe ressaltar que as identidades de todos os entrevistados foram preservadas. Assim, foram identificados apenas pelo nome ENTREVISTADO seguido de um número ordinal de 1 a 9 (não necessariamente tal número coincide com a ordem das entrevistas). Além disso, as gravações foram, após a feitura e conclusão do trabalho, devidamente apagadas, seguindo o acordo com a clínica (APÊNDICE G) e também respeitando o desejo da maioria dos entrevistados.

O quadro abaixo representa os indivíduos e suas características segundo o roteiro de análise documental (Apêndice F).

⁴⁷ Em números exatos, eram ao tempo da pesquisa, 23 pacientes involuntários.

Quadro 3. Caracterização dos participantes do estudo

Sujeito	Idade	Estado Civil	Cor	Posse de doc's pela CT	Grau de instrução	Profissão
E1	18	Solteiro	Branco	Sim	1º grau incompletos	Não tem
E2	29	Solteiro	Branco	Sim	2º grau	Autônomo Eletricista
E3	24	Solteiro	Pardo	Sim	3º grau incompletos	Autônomo Vendas de imóveis
E4	29	Solteiro	Pardo	Sim	3º grau	Advogado
E5	24	Casado	Pardo	Sim	2º grau	Não respondeu
E6	23	Divorciado	Branco	Sim	Não respondeu	Não respondeu
E7	26	Divorciado	Pardo	Sim	2º grau	Artista Plástico
E8	19	Casado /união estável	Pardo	Sim	3º grau	Funcionário público
E9	19	Solteiro	Branco	Sim	2º grau	Não Respondeu

Fonte: Próprio autor

Em resumo, todos os participantes são homens, a maioria na faixa etária de 18 a 29 anos (embora na clínica a idade varie de 18 a 63 anos), solteiros, profissionais liberais, desempregados, com segundo grau completo e moradores de cidades da região⁴⁸. São jovens de classe média ou classe média baixa, que passaram, por vezes, por dificuldades financeiras. Embora não indagados diretamente, a maioria relatou dificuldades de se relacionar com a família e falta de diálogo durante toda a fase da adolescência.

6.2.2 Comunicação verbal e não verbal entre usuários internados e profissionais e a importância da entrevista - Dar voz a quem não tem

Na estrutura psicanalítica de Lacan, há uma mudança de paradigma frente à composição do Ser pautada na célebre frase de Descartes “Penso, logo, existo”. Tal

⁴⁸ Neste ponto, a pesquisa suprimiu do quadro 4 o campo: Domicílio de Origem. Por entender que tal dado facilitaria a localização da Clínica em futuras publicações.

eixo de existência é redirecionado para a principal ferramenta do sujeito enquanto ser singular: a Fala. Assim partimos de outra concepção de existência: “falo, logo existo” (LACAN, 2007). Neste sentido, pode-se afirmar que o sujeito pensa onde não é e se faz como sujeito ou não pensa (LACAN, 1995).

Este sentido não se remete puerilmente apenas a fala como constructo fonético, mas sim à capacidade do indivíduo de se expressar e de simbolizar suas angústias, desejos e dúvidas. Neste âmbito, não existe aquele que não tem o direito da fala, aquele que é usurpado em sua manifestação individual ou em casos mais aflitivos, aquele indivíduo que tem esbulhada a sua capacidade frente a recursos legais, culturais e sociais.

Desta forma, temos que o pior a acontecer ao indivíduo é desresponsabilizá-lo, é retirar dele sua autonomia e sua possibilidade de existência segundo seu desejo. Não ouvir, equivale a sepultar a existência de alguém.

Na Clínica, durante toda a observação participante, não foi observado nenhum momento de alteridade e de escuta ao outro, do ponto de vista dos anseios do sujeito. Nem mesmo o psicólogo com poucas visitas durante a semana parece conseguir atender as demandas da Clínica. Há um anseio por falar e nenhuma disposição em realmente escutar.

((ao terminar uma entrevista)) Obrigado viu, a gente não tem com quem falar e nem explicar nossos problemas, falar é sempre bom, aqui ninguém te escuta (ENTREVISTADO 7).

No caso de populações vulneráveis, não basta dar voz, mas principalmente deve-se dar o protagonismo na fala, para que venha com liberdade e que, principalmente, sejam ouvidos em seus anseios. Confinamentos e asilos acabam por padronizar a ausência, a falta negando o sujeito por detrás do rótulo.

A padronização de tratamento, geralmente, tem como consequência calar o sujeito, em um processo em que o universo do corpo trabalha em dissintonia com a percepção e a experiência vivida. O cerceamento de liberdade em regra dualiza o sujeito e desmerece que o indivíduo não é dentro e fora, ele simplesmente é.

Além disso, deve-se ressaltar que os protagonistas deste trabalho, pacientes da Clínica observada, são usuários de substâncias que alteram as percepções,

exatamente inseridos em uma sociedade de sensações, também chamada de sociedade excitada (TURCKE, 2010).

O cerceamento de liberdade, ao barrar o corpo também condena a voz, uma vez que limita e cerceia a possibilidade de interlocução. As instituições asilares torna não só os sujeitos invisíveis, como também retiram o protagonismo de Ser. A Clínica potencializa isso com a rigidez das regras e da impossibilidade de contraditório.

Assim, de maneira paradoxal, tomamos a voz exatamente daquele indivíduo que representa o resultado imaginado de uma engrenagem social, que exige exatamente a “escravização da percepção” (TIBURI, DIAS, p. 17, 2013). Aquele que ousou participar da sociedade de sensações, resolveu potencializar suas sensações por meio de substâncias e tem retirada sua voz, seu poder de decisão e vontade (TIBURI, DIAS, 2013).

Deve-se ressaltar que trabalhos científicos podem dar voz ao sujeito, mas seu objetivo principal deve ser incentivar que o sujeito reivindique essa voz a partir do trabalho. De maneira narcísica, o conhecimento científico se apropria do direito de produzir o conhecimento do mundo, mas sempre com um olhar estranho ao objeto de estudo. Neste trabalho o viés foi dar voz, deixar falar (RODRIGUES, et al. 2005).

Assim, quando se dá voz e protagonismo a quem não tem, o dentro e fora acabam por perder todo e qualquer sentido, pois não se erguem construtos dualistas entre os interlocutores e não existe a exclusão pela anulação do outro enquanto sujeito reivindicatório. Dar protagonismo é deixar que fale e na falta de palavras que o lapso seja utilizado como manifesto a favor da produção de sentido (RODRIGUES, et al. 2005).

Desta maneira, deixar articular e falar os sujeitos vulneráveis, deve ser o princípio do entendimento da engrenagem que os excluí, pois em suas falas vão se evidenciar de maneira latente onde falha e qual a barreira que o confinamento traz aos indivíduos. A voz deve se inserir tanto na dimensão de diacronia, como da sintonia e neste ponto, não existe neutralidade do sujeito que fala, pois o falar deflagra sua posição no mundo frente ao poder do real e também do simbólico (GINZBURG, 2007).

No entanto, o trabalho em tela encontra uma grande barreira, pois ao tratar de usuários de drogas que vêm na substância seu outro, está-se diante de um corpo que quer calar. Kato (p. 66, 2014) afirma: “na toxicomania, o impossível está posto desde o início, apresenta, de uma forma contundente, o rechaço ao Outro e ao saber”.

O desafio dentro das estruturas da Clínica foi fazer o usuário de drogas entrar no discurso, e a partir daí estabelecer laços para empoderar esse sujeito e o fazer protagonista em sua fala. Fazer e principalmente deixar falar aquele corpo que muitas vezes quer calar (KATO, 2014).

Desta maneira, o escopo do trabalho foi além do mero constructo acadêmico distante que objetifica por vezes o sujeito como instrumento de pesquisa. Neste trabalho, apesar do desígnio inicial ter sido compreender a percepção dos usuários de drogas internados involuntariamente sobre a vivência de seus direitos humanos, por vezes nas entrevistas foi necessário deixar falar, pois assim, como salientou Lacan (2007), isto se traduz em deixar existir.

Embora o medo e o receio obstasse grande parte dos usuários de drogas internados involuntariamente na Clínica, os que se dispuseram a falar tinham muito a dizer e por vezes distantes da pergunta inicial do pesquisador.

O senhor vai gravar tudo que eu falar ((risos))
Não consigo entender até agora ((pausa)) por que....o que eu poderia falar
que o senhor não sabe?
(ENTREVISTADO 2)

Portanto, o trabalho foi na maior parte do tempo de reafirmação do poder da fala do entrevistado. Um empoderamento que levou em alguns casos a condução de parte da entrevista pelo próprio entrevistado, até ela ser retomada pelo pesquisador pela necessidade da pesquisa, mas sem nunca ter a interrupção, nem a cessação do ímpeto em falar. Enquanto não havia comunicação verbal e não verbal positiva entre os profissionais da Clínica e os pacientes, as entrevistas se tornaram objeto de visibilidade.

O fruto escrito e a descrição pormenorizada destas falas ao longo desta pesquisa se tornaram assim secundários e acessórios. Portanto, ao dar voz, o empoderamento pela fala se tornou o protagonista e restou ao pesquisador às percepções que o discurso dos pacientes deixou.

6.2.3 O sujeito e a Instituição

Importante esclarecer o papel que o usuário de drogas internado involuntariamente assume frente à instituição e qual o impacto que o

estabelecimento tem sobre esse indivíduo. Neste sentido, a observação participante verificou a participação destes sujeitos na engrenagem institucional, tendo como referência Goffman (2005).

As conclusões e percepções estão assim dispostas:

Quadro 4. O interno frente à instituição

<p>1 - Afastamento de oportunidades: um dos efeitos primários verificados pela institucionalização extraído da fala dos pacientes foi o sentimento de afastamento de oportunidades de reinserção ou reabilitação à sociedade.</p> <p>Como a gente pode falar e inclusão social na sociedade (SIC) estando preso. Vamos aprender a viver lá ((sociedade)) trancados? (ENTREVISTADO 6).</p>
<p>2 - A instituição total tem seus efeitos de maneira mais abrangente se o internado tiver uma ligação sociocultural com o mundo externo. Caso contrário, se o mundo já lhe for negado, as instituições totais terão efeitos diminutos.</p>
<p>3 - Existe por parte dos pacientes um claro descultramento ao entrar na instituição e posterior acultramento, ou seja, os internos passam por um processo de assimilação nas instituições totais (SÁ, 2010).</p>
<p>4 - A tensão entre o mundo externo e interno é patrocinada hodiernamente como forma de manutenção do controle dentro da instituição. Tal aspecto fica claro em frases como:</p> <p>“Eu não posso sair. Como que eu vou aguentar lá fora?” (ENTREVISTADO 5).</p>
<p>5 – Como a autonomia e individualidade não são incentivadas, pelo contrário são proibidas na instituição, o paciente involuntário deve despir-se de sua concepção de si mesmo.</p> <p>Eu sou médium, só que é da Umbanda, aqui eles não aceitam, tive que VIRAR católico, senão tem punição (ENTREVISTADO 5)</p>
<p>6 – O paciente involuntário sofre vários tipos de rebaixamentos e mortificações do EU com processos padronizados, tendo como fim a mutilação da personalidade.</p>
<p>7 – A Direção e os funcionários ressaltam quase sempre a fragilidade dos pacientes frente ao poder que exercem, incentivam a sujeição e estimulam o comportamento dócil. Negam o direito de divergir e consequentemente “desempoderam” o paciente, prejudicando a construção de um sujeito de direitos. Os pacientes não conseguem vislumbrar seus Direitos.</p> <p>“Efetivar meus direitos? O senhor não tá entendendo onde a gente tá né” ((risos)) (ENTREVISTADO 3).</p>
<p>8 - Proibição de visitas, proibição de saídas marcam a total ruptura com papéis sociais anteriores e minam as possibilidades de criação e fortalecimento de novos papéis em uma remota reabilitação social.</p>

Fonte: Próprio autor

Em relação ao cotidiano relatado e observado, foram observadas uma série de indignidades físicas as quais os pacientes foram submetidos. Dentre elas, podemos citar a obrigatoriedade de seguir os horários de comer, dormir e acordar. Ainda, pedir de maneira sempre humilde coisas relativamente simples. Como exemplo foram observados em alguns momentos a solicitação para levantar após o programa de TV acabar ou ir ao banheiro durante as atividades religiosas. Despojar dos bens no momento de entrada na comunidade também é um ato simbolicamente muito forte na descrição de todos os pacientes entrevistados.

Portanto, pode-se verificar que a relação entre sujeito e instituição se edifica como uma relação de extrema sujeição, seja pela condição vulnerável que o usuário de drogas já ocupa em nossa sociedade, seja por toda a estrutura da instituição que estimula e patrocina o controle.

6.3 A observação participante – Controle e religiosidade

Como já exposto neste trabalho, a pesquisa foi feita em uma Clínica Terapêutica no interior de Minas Gerais, na divisa com o Estado de São Paulo em uma instituição afastada das cidades e totalmente rural. Toda a parte física já foi devidamente descrita, passa-se agora às percepções do pesquisador em relação ao estabelecimento e seu funcionamento como resultado da observação participante⁴⁹.

Cabe destacar que observar uma instituição total, com dezenas de pacientes e funcionários requer uma atenção a todos os detalhes, não só em relação ao lugar, mas também em relação às práticas de saúde exercidas no local e principalmente um olhar atento sobre o sujeito, tanto aquele que se mostra vulnerável à instituição

⁴⁹ Em relação à participação do pesquisador neste trabalho, vale frisar e identificar qual lugar ocupa a observação participante no contexto da construção de um trabalho científico. Em relação à conceituação de tal observação, Viera Filho e Teixeira afirmam: “incluem-se no conceito de pesquisa participante tanto a observação participante quanto a pesquisa-ação. O que vai distinguir uma da outra é essencialmente a posição do observador. O que existe em comum, em ambas as posições, é o caráter participativo e de envolvimento com a realidade na qual se atua. No primeiro caso, não há intenção de intervir na realidade em que se atua, mas no segundo, sim (VIEIRA FILHO; TEIXEIRA, 2003). Portanto, embora a pesquisa ambicione gerar resultados que modifiquem a realidade dos usuários de drogas internados involuntariamente, no atual momento o objetivo é tão somente retratar a realidade tal como ela se encontra.

como também para aqueles que efetivam as ordens. O importante é buscar uma visão de como a “prática acontece” (VIERA FILHO, p. 2, 2006).

Para traçar um retrato do cenário dos usuários de drogas internados involuntariamente em clínicas terapêuticas, o olhar do pesquisador se fixou ao cotidiano do estabelecimento, considerando e permitindo sempre a espontaneidade das situações e observando o que era marcado pela habitualidade e o que se apresentava apenas como fato isolado (VIERA FILHO, 2006). Deste modo, as observações aqui apontadas marcam o que se mostrou habitual na prática cotidiana da clínica na visão do pesquisador.

6.3.1 Da instituição total - Relações hierárquicas no contexto da Clínica Terapêutica

A estrada que leva à Clínica Terapêutica é de terra e fica há 14 quilômetros da cidade mais próxima. O acesso para veículos é simples, pois todo caminho foi recentemente recapeado. No entanto, o acesso por ônibus é impossível, pois não se tem linha próxima à instituição. Ainda, o acesso a pé se faz difícil e também perigoso. Caso os pacientes se insurjam contra o tratamento e decidam fugir, o acesso a qualquer veículo parece impossível e o percurso até a cidade de difícil conclusão.

A Clínica apresenta um sistema de funcionamento comum e característico dos estabelecimentos análogos baseados na segregação social, com cerceamento de liberdade, retirada de autonomia e um controle externo de horários e atividades, ou seja com o controle sobre a vida do indivíduo (FOSSI, GUARESCHI, 2015).

Ao entrar na Clínica, mesmo um pesquisador é obrigado a passar por uma revista minuciosa e por vezes até vexatória. Quem faz tal vistoria são os próprios funcionários da clínica, geralmente acumulando outras funções e serviços na instituição. Não há agentes especializados e a abordagem é autoritária e ríspida.

Os internos voluntários são acomodados em dois dos cinco complexos de quartos distribuídos na comunidade. Desde o momento que chegam, eles já têm sua rotina definida pelos funcionários, assim como uma série de atividades programadas. Não existe para estes internos, como também para os involuntários,

qualquer possibilidade de diálogo a respeito do melhor caminho a seguir em relação às tarefas.

A normatização do convívio social se solidifica na clínica terapêutica em detrimento do empoderamento do sujeito pelo estímulo da autonomia, afastando-se assim o cenário pesquisado de um universo democrático que instigue o sujeito e aumente as possibilidades de construção do poder decisório do paciente. O que se vislumbra é uma instituição negada, onde não há reuniões democráticas para que os usuários de drogas discutam e reflitam sobre suas possibilidades (BASAGLIA, 1985).

Já os internos involuntários, além das impossibilidades de uma instituição negada apontada acima, ainda sofrem tratamento significativamente diferenciado e mais agressivo, pois sua admissão na Clínica é contaminada por uma série de ações invasivas e hostis⁵⁰:

Destaca-se que na maioria das entrevistas, nenhum paciente involuntário afirmou que a Clínica obrigava ou impunha comportamentos no dia a dia. A palavra mais utilizada foi “sugestão”. No entanto, deixaram claro que tal sugestão de comportamento era seguida de punição caso o paciente não acatasse. Dentre às punições relatadas estão violência física, cerceamento de liberdade nos quartos reservados a desintoxicação, tortura e sedação por rivotril, diazepam dentre outros remédios.

Tais pacientes chegam geralmente na caminhonete da Clínica, acompanhados pela família e técnicos em enfermagem da clínica. Relutam e esbravejam, são contidos por vezes com violência: um dos pacientes foi contido com cordas nas mãos e pés.

Neste aspecto, vale frisar que durante a observação participante e conversas informais com alguns pacientes da clínica Santa Clara, alguns internos confidenciaram que na atual Clínica, assim como em outras que já passaram, a força é sempre o meio de “resgate” e alguns internos utilizam a palavra “sequestro”. Relatos comuns afirmam que no “resgate” promovido pelas instituições é corriqueiro serem sedados e acordarem apenas dentro da clínica. Tal sedação aparece sempre nas denúncias e acusações das Clínicas e Comunidades Terapêuticas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

⁵⁰ Nos dias de visita do pesquisador, dois pacientes involuntários foram admitidos ao tratamento.

Ao questionar a respeito do método, os funcionários afirmam que tal contenção é normal em praticamente todas as clínicas e existe basicamente para a segurança do paciente. A violência na abordagem parece ser uma regra e a falta de diálogo é latente. Dentre os argumentos e explicações ouvidas dos funcionários:

((baixo tom de voz)) Lógico que amarramos como você sabe né, SE DEIXAR ELES MATAM A GENTE né? (FUNCIONÁRIO 1).

Após esta entrada, tais pacientes são levados para um dos pavimentos da Clínica, um pavimento chamado, pelos funcionários, de desintoxicação. Neste ambiente ficam os indivíduos que não têm acesso à área externa e nem podem interagir com ninguém. Ouvem-se protestos e gritos diários relativos à vontade de sair e ao direito à liberdade. Alguns chamam pela família.

O período de desintoxicação parece variar, pois o Diretor da Clínica afirmou que são de 7 a 15 dias, mas alguns funcionários falam em mais de um mês em regime totalmente fechado. Alguns pacientes voluntários chamam os quartos de solitária. A relação hierárquica neste pavimento é mais dura e inflexível. Nota-se uma maior impaciência dos funcionários para com os pacientes deste local. A relação hierárquica se torna ainda mais rígida e o diálogo inexistente.

Ponto de destaque é a perda da identidade dos pacientes que são chamados pelo nome apenas em raros momentos. Observa-se aqui, além da perda da identidade, a alienação tão comum às internações e confinamentos, o que propicia ainda mais violência e negligência (PENA, GOMIDE, 2015).

Os internos involuntários, foco deste trabalho, ficam então confinados em regime totalmente fechado até quatro semanas. Em alguns casos, não saem dos quartos nem mesmo para comer ou orar com o resto do grupo. As refeições são levadas até eles pelos funcionários.

A psicóloga que atende duas vezes na semana, não tem contato com os internos em desintoxicação. Apenas os médicos fazem esporádicas visitas. Assim, se concretiza a entrada de grande parte dos internos no estabelecimento, uma vez que tal postura é repetida para todos os pacientes involuntários e também aos compulsórios.

Lembramos que as relações hierárquicas estão ordenadas pela distribuição de poder que vai de uma total autonomia: dos médicos e do presidente (ou diretor) da Clínica a um total cumprimento de ordens sem questionamentos: dos enfermeiros, técnicos e demais funcionários e ex-internos voluntários. Tudo que é feito ou planejado passa pelas mãos do Diretor. A exceção fica aos médicos que tomam decisões e prescrevem tratamentos sem a necessidade direta da aprovação.

O trabalho dos enfermeiros e do profissional da psicologia parecem ser os que mais sofrem limitações de autonomia. Todos os passos são seguidos de perto pelo Diretor. Além disso, foi observado que alguns atendimentos clínicos não são feitos de maneira reservada somente entre o psicólogo e paciente.

Deste modo, as relações de hierarquia mostram um sistema de convivência pautado em ordens e regras estabelecidas de maneira sempre externa. A participação dos pacientes, sejam voluntários ou involuntários, é praticamente inexistente. Não existe nenhum fomento à democracia de decisões e tampouco ao patrocínio de uma autonomia decisória. A autonomia reverenciada pelo diretor da clínica diz respeito à substância tão somente. Vislumbra-se, portanto uma instituição total característica.

Por conseguinte, pode-se perceber na engrenagem de funcionamento da Clínica todas as características que definem as instituições totais e podemos traduzi-las pelo seguinte quadro:

Quadro 5. Características de Instituição Total verificadas na Observação Participante.

1 - Autoridade única + vigilância constante
2 – Grupos fazendo (ou não fazendo) a mesma coisa
3 – Grupos tratados de maneira semelhante ou igual
4 – Horários pré-definidos de maneira não democrática
5 – Planejamento externo; geralmente concretizado por pessoas alheias ou dessemelhantes aos internos
6 – Controle das necessidades humanas básicas por meio de uma hierarquia burocratizada
7 – A formação de um dualismo e hostilidade (velada ou não) entre internos e supervisão
8 – A formação, acentuação do estigma de todos os participantes
9 – A perpetuação do etiquetamento dos participantes, mediante o efeito lúcher ⁵¹
10 – A solidificação do papel que o sujeito deve ocupar no mundo
11 – Controle (ou tentativa de) dos meios de comunicação dentro do estabelecimento
12 – Restrições [Total (internação involuntária) ou parcial (internação voluntária)] de contato com o mundo externo, e reforço do estereótipos
13 – Devido à proibição de contato a criação de dois mundos distintos e contrapostos no ponto de vista social e cultural
14 – O trabalho de maneira impositiva ou único recurso, sem uma contraprestação verdadeiramente positiva e livre para o interno
15 – Instituições totais incompatíveis com o modo de vida familiar; Dificuldade posterior de se adequar a vida doméstica
16 – Híbrido social, comunidade residencial e também organização formal

Fonte: Próprio autor

⁵¹ Efeito lúcher é uma teoria do Psicólogo Philip Zimbardo, a partir de um experimento que simulava uma instituição total violenta, no caso uma prisão. Tal teoria, considerada por muitos sociólogos como reducionista, por ser uma análise situacional, aborda as complexas relações que tornam pessoas comuns e consideradas normais em sujeitos violentos e cruéis ou paradoxalmente em sujeitos docilizados dependendo do lugar que ocupou no experimento. Tal estudo destacou a importância do ambiente na formação dos comportamentos e como uma instituição fechada e violenta vai moldar não só o comportamento dos algozes, mas também da vítima. Ademais, Zimbardo destacou a importância das relações de poder dentro das instituições como estimuladoras de comportamentos violentos (ZIMBARDO, 2012).

De tal modo, verifica-se que a disposição hierárquica da Clínica Terapêutica, assim como toda sua estrutura física e também laboral sujeitam os pacientes a uma exposição contaminadora, onde não se vislumbra possibilidade de refúgio para a singularidade do sujeito. Não existe na instituição visitada uma diferença entre o que é da instituição, e o que pertence ao sujeito (GOFFMAN, 2005).

Muitas são as ferramentas para a consolidação das relações hierárquicas estabelecidas aqui, dentre elas o trabalho e sua rotina é a principal e mais destacada.

6.3.2 Rotina do trabalho e do cuidado aos usuários de drogas internados

A laborterapia e o trabalho em grupo, assim como a disciplina rígida associada à abstinência de drogas são critérios comuns a quase todas as comunidades ou clínicas terapêuticas (RIBEIRO, MINAYO, 2015). Esse sistema hierárquico estruturado de trabalho também vinculado à religiosidade é utilizado e preconizado pela Clínica Santa Clara.

O trabalho é feito dentro da Clínica e nos arredores do estabelecimento, principalmente nas estradas. Dentro da Clínica, o trabalho se divide em cultivo e plantação na horta comunitária, serviços gerais e de limpeza nas dependências da instituição, ajudantes de cozinheiros, além de pacientes⁵² em estágio avançado de recuperação que se tornam monitores nas atividades laborais e religiosas. Também se verificou a realização de trabalhos artesanais esporádicos.

Todos os afazeres diários estão diretamente interligados aos princípios de trabalho baseados nos Doze Passos. Assim, a laborterapia é apenas um instrumento para se cultivar a resignação e disciplinar o corpo, enquanto a espiritualidade é determinada pelas atividades religiosas. Como em outras comunidades e clínicas terapêuticas, o usuário de droga é visto como um sujeito anômico e de difícil disciplina. As drogas parecem demonstrar que o usuário é um sujeito fraco e antissocial.

⁵² Pode-se perceber que os pacientes que atingem o status de monitores são em sua totalidade, pacientes voluntários, e a partir da monitoria gozam de certas regalias, como a não necessidade de respeitar a hora de dormir.

Os impulsos, portanto, devem ser dominados e um dos instrumentos para essa dominação parte do trabalho como disciplina. As atividades visam ajustar o sujeito a um modelo social, um padrão para que o indivíduo não mais desafie a sociedade e seu arquétipo (FOSSI, GUARESCHI, 2015).

Esse padrão e disciplina ficam claros na hierarquia ligada a todo o processo laboral. Grande parte dos internos são obrigados a levantar às seis horas da manhã e o café é servido a partir das seis e meia. Majoritariamente todos os pacientes já se encontram trabalhando a partir das sete horas. Os pacientes em tratamento avançado têm a oportunidade de trabalhos fora da Clínica.

O trabalho, portanto, é realizado em várias frentes e tem a coordenação de múltiplos funcionários e também de internos voluntários considerados “recuperados”. O trabalho externo durante a observação participante consistiu na colocação de cercas a certa altura da estrada que leva para a Clínica, assim como a reforma e melhoria da estrada. Tais tarefas são confiadas a pacientes internados voluntariamente.

Independente disto, tais afazeres estão sempre entregues a uma constante vigília. Neste recorte, fica clara a interseção entre a disciplina e a vigilância respaldada por um objetivo oficial sempre reafirmado que seria reabilitar, curar e educar. Mas esta engrenagem laboral rígida gera indivíduos normatizados e não empoderados. A disciplina e a vigilância se solidificam na contramão de educar, e se traduzem em ferramentas para adestrar e condicionar os pacientes para que estejam aptos a cumprir ordens (FOUCAULT, 1987).

Internamente, tem-se outra divisão de trabalhos e a vigilância, embora presente, é substancialmente reduzida. A manutenção de toda a extensão da Clínica é totalmente feita por pacientes. Do mesmo modo, o trabalho de horta é dividido por seis a dez internos que trabalham debaixo de sol e somente param para o almoço e posteriormente para as orações da tarde.

Os afazeres relacionados ao trato dos animais, incluindo a ordenha de vacas e a alimentação de porcos e galinhas igualmente são desempenhados por internos com a supervisão onipresente dos funcionários da Clínica. Cerca de cinco a nove pacientes fazem tal trabalho. Já as tarefas relacionadas à limpeza e faxina mobilizam de seis a dez pacientes. Tais indivíduos obedecem a mesma carga horária dos outros. Por fim, temos os únicos pacientes que tiveram o direito de escolha do trabalho: os ajudantes de cozinha.

Tais pacientes são os únicos escolhidos de maneira voluntária, pois o Diretor preconiza que tais serviços sejam feitos por internos que tenham um mínimo conhecimento de culinária sobre a preparação de alimentos.

Um ponto a se destacar é o incentivo dado aos pacientes que cumprem suas tarefas em menos tempo ou de forma mais cuidadosa. A produtividade é estimulada principalmente nas tarefas ligadas à culinária, como também nos serviços de artesanato que podem gerar lucros à comunidade como abordaremos a seguir. Neste ponto, há um claro cumprimento aos preceitos da docilização do corpo preconizados por Foucault (1987), que afirma que a disciplina deve ter como fim político, tornar os corpos mais produtivos.

Vale destacar que não houve entre os pacientes a possibilidade de desistência ou abdicação de qualquer tipo de trabalho, que foi escolhido unilateralmente pela direção. Principalmente as tarefas externas foram sempre, totalmente, outorgadas. Internamente, embora com menos vigilância, a possibilidade de escolha democrática do trabalho nunca existiu. Nota-se a formação de corpos submissos, aptos ao trabalho, mas desempoderados, pois estão sempre em uma relação de sujeição (FOUCAULT, 1987).

Por fim, cabe ressaltar que existe uma grande e aguda diferença no trabalho efetuado pelos pacientes internados involuntariamente frente aos pacientes internados voluntariamente. O trabalho é bem aceito pela maioria destes últimos, sendo efetuado com retidão e ajustamento. No entanto, durante as entrevistas foi latente o descontentamento com a forma que o trabalho era imposto, e a vigilância excessiva:

E outra ((pausa na fala)) tem o trabalho né ((pausa na fala)) é um absurdo sabe ((pausa na fala)) eu sou artista plástico, faço arte e aqui tenho que pegar na enxada. Eles impõem mesmo o trabalho e não acho certo. Detesto e vou confessar ((falando baixo)) faço de má vontade mesmo. [...] O que eu penso? Penso que é absurdo e me deixa revoltado! (ENTREVISTADO 3).
 Não me sentia excluído pelo uso de drogas não, de jeito algum. Me sinto excluído aqui, tendo que fazer sempre o que não quero. Dá uma angústia viu (10) saber que tenho que acordar para esta porcaria toda amanhã. Trabalhar limpando privada ME exclui. Prefiro a droga (ENTREVISTADO 8).
 Trabalho é inclusão? Não sei bem se vai incluir não: Eu não quero ficar alimentando porco lá fora. Já basta a vida louca que eu já tinha ((risos)). (ENTREVISTADO 6)
 O senhor está falando em Direitos Humanos em uma comunidade (sic) que me obriga a levantar SEIS horas e a trabalhar. Não sei onde... (ENTREVISTADO 4).

O poder ostensivo causa opressão e acaba por gerar medo de punição ou revolta frente à vigília (FOUCAULT, 1987). O trabalho surge então em todas as falas e silêncios como um obstáculo diário a ser vencido, além da insatisfação gerada pela imposição, pela ausência de alteridade e pela vigilância ostensiva.

6.3.3 Rotina e manifestações religiosas nas dependências da Clínica Terapêutica

O poder se concretiza por uma articulação entre os saberes e as práticas não discursivas e discursivas das instituições. A religião assume importante papel na engrenagem social de controle e domínio, tanto pelo viés ideológico, como também pelo caráter moralizador e disciplinador (FOUCAULT, 2012).

Os saberes em saúde, quando da efetivação de um poder disciplinar, agem de maneira preferencial sobre os vulneráveis, visando uma “normalização de condutas”. As clínicas terapêuticas surgem como espaços ideais para essa intervenção baseada no poder, primeiro pelo sujeito a quem se dirige: o usuário, segundo pelo método de tratamento: espiritual (PASSOS; SOUZA, p. 157, 2011).

A espiritualidade, entendida aqui como fé cristã, surge como principal instrumento para a consolidação do poder disciplinador nos estabelecimentos de confinamento de usuários de drogas. Como se observou na Clínica Santa Clara, a religiosidade tem protagonismo no tratamento e é imposta como única saída, se transformando em uma ferramenta para solidificar o estigma do usuário como um indivíduo frágil, vulnerável e que sucumbiu ao prazer.

Nesta aproximação do uso de droga do conceito do mal cristão, está a base que fundamenta o tratamento religioso: ao se afastar da substância pode-se chegar de Deus. A abstinência não se reduz a uma etapa do tratamento, mas é o eixo principal para a salvação frente à espiritualidade. O prazer e consequentemente o vício são constantemente relacionados, na Clínica, a algo ruim.

Neste sentido Passos e Souza (2011, p. 158) afirmam:

A moral cristã compõe, junto com a justiça e a psiquiatria, uma rede de instituições que tem por finalidade única e comum a abstinência. Porém, ao contrário da psiquiatria, que se volta mais para a doença mental e da justiça que se volta mais para a delinquência, a moral religiosa inclui um terceiro elemento, a associação do prazer ao mal.

Ao entrar na Clínica terapêutica, pode se avistar uma grande imagem de Santa Clara em uma das paredes da varanda do pavimento central. Do lado, dizeres bíblicos que remetem a vencer obstáculos e não esquecer Deus. Temos, portanto, palavras que lembram a abstinência e a resignação como únicos caminhos para Deus.

Na engrenagem celular de controle social, a religiosidade ultrapassa os instrumentos de cerceamento de liberdade já citados como as prisões, clínicas e asilos. Isto porque tais aparelhos são eminentemente físicos, enquanto a religião se edifica como um instrumento extramuros que vai alcançar o indivíduo onde ele estiver, disciplinando seu comportamento e normatizando suas condutas. O poder então se amalga em toda a estrutura social que cerca o indivíduo (FOUCAULT, 2012).

Neste sentido, observa-se que as imagens de santos povoam toda a Clínica, juntamente com crucifixos em todos os quartos. Na capela mais imagens e crucifixos. Juntamente com tais imagens, temos sempre palavras de reforço de institutos de controle e disciplina ideológicos como leis comuns e principalmente a lei divina. Toda a forma de se abordar o tema “drogas” nos discursos e orações passa, impreterivelmente, por um discurso do Outro, um discurso de fora do sujeito.

A demonização do prazer, sempre como discurso do Outro, é latente nas orações e tem efeitos diretos frente aos pacientes que muitas vezes absorvem esse discurso pautado na moralidade Cristã:

Não EU não tinha vínculo religioso antes daqui, neste ponto era perdido demais né. Aqui eu conheci a palavra de DEUS. A palavra é importante. Isso devo a Clínica. Sem Deus no coração não dá né ? Era “descabeciado” demais, tinha freio não, agora sei que não posso tudo, ELE ((aponta para cima)) tá lá (ENTREVISTADO 4).

Num é certo ((fazendo referência ao uso de drogas)), se fosse não estaria aqui. Certo é andar direito, mas eu não consegui. Não resisti não, preferi a droga ((voz de desânimo)). (ENTREVISTADO 5).

Embora a Clínica tenha na religiosidade seu eixo de tratamento, não houve durante a observação participante nenhuma visita de padre, capelão ou jácomo. Todas as orações são organizadas por ex-usuários voluntários da Clínica. Em conversas foi dito que, apesar da Clínica ter um viés Católico, as visitas de pastores eram frequentes e estimuladas pelo Diretor.

A clínica segue os Doze Passos, o que potencializa a espiritualidade como o ponto essencial do tratamento (FOSSI, GUARESCHI, 2015). Não existe possibilidade de nenhum paciente se enquadrar nas atividades da Clínica e na filosofia de tratamento da instituição se não acreditar em Deus e todos os dogmas a ele relacionados. Tal protagonismo da religiosidade se faz tão presente, a ponto do Diretor sempre afirmar:

Sem Deus, é impossível se curar de qualquer mal, principalmente da adição. (DIRETOR)

Seguindo a estrutura de poder disciplinador já apontada, os Doze Passos assumem o protagonismo no tratamento desde o momento de ingresso no usuário de drogas na Clínica. Logo no primeiro dia que os usuários chegam na clínica, as orações são atividades obrigatórias. Com exceção de alguns internos involuntários que estão no período de desintoxicação e se mostram “arredios” e “violentos”.

A religiosidade é totalmente imposta e vai além da mera espiritualidade, pois outras religiões de viés não cristão são demonizadas ou desestimuladas segundo afirmações presentes em vários relatos dos pacientes durante as entrevistas. Os Doze Passos efetuados na Clínica entendem por espiritualidade, apenas aquela de matiz cristã.

A Clínica, por meio das orações, objetiva solidificar um dos alicerces dos Doze passos, que é sempre frisar e destacar a importância da esperança no tratamento, esperança na “cura”, esperança que o usuário tem que vai se livrar do “mal”. Como em outras clínicas, a confiança no entendimento dos religiosos da Clínica Santa Clara só pode se efetivar por meio da “confiança e do poder divino” (MINAYO, RIBEIRO, p. 517, 2015).

Os Doze passos estão descritos em três banners espalhados pelos locais de maior aglomeração de pacientes na Clínica, sempre com destaque para a espiritualidade. Outro ponto sempre relacionado à religiosidade é a abstinência,

tratada como uma prova da fé, ora como um fim para o crente, ora como um meio para se chegar à redenção.

Vale ressaltar que a religiosidade e a abstinência são os eixos centrais do programa Doze Passos, desta forma, cessar o uso combinado com uma devoção religiosa são vitais para o tratamento do usuário de drogas. O sujeito deve acreditar também em todos os doze passos e no sucesso do método (FOSSI, GUARESSCHI, 2015).

Nos Doze Passos expostos pelas paredes da Clínica, dois pontos merecem destaque para exemplificar o viés do programa:

2. Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade;
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos; (FOSSI, GUARESSCHI, p.108 2015).

Assim, mesmo com pacientes heterogêneos e de personalidades, características e vontades distintas, as orações são feitas várias vezes ao dia, inclusive durante à refeições. Nos finais de semana, missas são realizadas com a presença da família.

Como no trabalho, pode-se vislumbrar que a adesão às atividades é maior dos pacientes voluntários, encontrando resistência nos pacientes involuntários. Alguns protestos contra as orações e xingamentos também são constantemente observados e relatados.

Não tenho relação com a religiosidade não. Na verdade nem acredito, não tem motivo para acreditar. Mas gosto porque é uma pausa do trabalho. Quando vem pastor prefiro, é mais animado, mas já estou aqui obrigado, ver a missa é de menos. (ENTREVISTADO 8).

Olha não sou muito de religião. Pra começar eu não deveria estar aqui, tenho consciência, não sou maluco. E quero minha liberdade. Falar em Deus é fácil para eles. Tinha vida fora daqui e não era ir na igreja ((risos)). (ENTREVISTADO 6)

A religiosidade, portanto, tem uma rotina densa na Clínica Terapêutica, e é imposta e obrigatória a todos os pacientes. A maioria que adere sem protestos às atividades religiosas são os internos voluntários. Estes, aliás, participam ativamente

das orações e afirmam acreditar nos Doze Passos. Os involuntários em sua maioria se sentem incomodados e revoltados com a obrigatoriedade, principalmente se estão a pouco tempo na Clínica.

6.4 A sociedade e o usuário – Da busca pelo prazer à exclusão

Mais da metade dos usuários entrevistados não mantinham emprego fixo no momento de sua internação. Os relatos convergem com uma situação precária de trabalho, antes mesmo do uso abusivo de drogas surgir na vida de cada um. Três dos entrevistados nem mesmo se lembravam de alguma época que não eram usuários.

Difícil viu cara lembrar das minhas experiências de trabalho, sou novo né, nem trabalhei em nada antes das drogas não. Elas já estão comigo um tempão (ENTREVISTADO 1).

Os empregos, ao longo da vida, variam de profissionais liberais, autônomos, um funcionário público e um artista plástico. Dois deles com terceiro grau completo. A maior parte não apresentavam muitas qualificações profissionais e todos se demonstraram insatisfeitos com seu insucesso profissional derivado ou não das drogas. Apenas um atribuiu à situação precária de trabalho, diretamente ao uso abusivo de drogas.

Minha arte é de rua, gosto de fazer meus artesanatos e vender na rua, mas já viu como é né, ninguém dá valor (10) nem um pouco. Preferem comprar porcaria em loja de 1,99. [...] A droga me dá ânimo para trabalhar isso sim. (ENTREVISTADO 7).

Em relação aos afazeres sociais, apenas um frequentava cultos de caráter religioso, mas todos demonstraram ter vida social. Apenas um deles relatou

compartilhar seus momentos com a própria família. Houve frequentemente o relato de distanciamento da família devido ao uso e abuso de drogas.

Sempre me sentia diferente, não dava certo com meus irmãos, não aceitavam o fato d'eu (sic) fumar ((MACONHA)). Nunca atrapalhei ninguém, mas não gostavam de mim parece (ENTREVISTADO 6)

Em vários relatos foi ressaltada a palavra “mágoa” em relação à sociedade. Também a palavra “exclusão” presente na fala do entrevistador foi ressaltada pela maioria e repetida algumas vezes pelos entrevistados. Todos em certo momento das conversas confessaram um sentimento de retraimento frente à sociedade.

É ISSO sim EXCLUSÃO assim que me sentia. Não podiam fazer isso comigo ((a família)). Existe uma mágoa deles, principalmente do meu irmão. Não sou viciado não, uso e gosto, mas não sou viciado como dizem. (ENTREVISTADO 7).

NÃO vejo como fizeram isso ((a família)), se juntaram com aquele médico lá ((médico da Clínica)), e me colocaram aqui, não me perguntaram nada (20), aliás nunca me ajudaram e pelo que sei devem aqui a comunidade (sic) [...] mágoa não tenho porque nem considero eles (ENTREVISTADO 3).

Um dos entrevistados com terceiro grau, advogado, pensava de maneira contrária da maioria:

Olha exclusão da sociedade nunca senti não, sejamos sinceros NÉ entrevistador. Sou adulto e fiz minhas escolhas. A decisão de me colocar aqui foi arbitrária né, mas me sinto excluído só aqui, me pegaram de surpresa e me jogaram aqui (ENTREVISTADO 4).

A exclusão pautada nas entrevistas está vinculada à consideração das drogas como um elemento disfuncional na sociedade e o único lugar possível para estes usuários será a Clínica Terapêutica, um espaço de segregação que vai moldar o sujeito com disciplina e religiosidade a fim de que possa retornar ao convívio de maneira satisfatória e produtiva. A sociedade, ao ver o usuário desprovido de

Direitos, exerce sua dominação, ora com o olhar, e posteriormente com medidas que visam o corpo e a alma (FOUCAULT, 1987; FOUCAULT, 1997).

No entanto, o que torna a exclusão pelas drogas singular é o critério surgido em vários relatos que é a salvação. A sociedade, ao excluir pelas drogas, deseja a salvação do sujeito, que pode ser interpretada como a adequação deste indivíduo a um modelo externo de comportamento (FOUCAULT, 1997).

A sociedade (no caso em tela, a cristã ocidental) assim não aceita o indivíduo como ele se apresenta, e lança um olhar de reprovação e censura por seus atos. Mas a exclusão não se dá de maneira direta e tem o verniz de inserção em uma lógica moral da religião (SIQUEIRA, 2010).

O controle social aqui se assemelha à questão da lepra décadas antes, em que o confinamento assume um papel de redenção do sujeito, e dessa maneira aplaca o sentimento da sociedade que de excludente, torna-se benevolente. A exclusão se dá para o bem da pessoa (SIQUEIRA, 2010).

Todavia, tal verniz não apaga a reação da sociedade quando de frente ao usuário. A vergonha por ser um usuário apareceu como uma das principais barreiras para viver em sociedade, além do olhar de reprovação que foi sentido por sete dos nove entrevistados. O não entendimento da população em relação à vida do sujeito foi alvo também de reclamação.

Lógico que me sinto excluído, o olhar das pessoas para você é dose viu, NÃO entendem. Dá vergonha as vezes de olhar no olho. Mas aqui tudo é pior viu (10) os funcionários acham que a gente é lixo (ENTREVISTADO 1).

Fica nítida, nas falas, uma relação forte entre a busca pelo prazer representada pela droga e o olhar moralista da sociedade sobre tal comportamento, gerando um mal estar, em que o usuário parece sentir um não pertencimento junto a essa sociedade que se mostra distante de seus olhos (TIBURI, DIAS, 2013).

Em relação aos laços familiares, quatro deles não tinham pai vivo, ou não mantinham nenhuma relação com eles. Dois dos entrevistados não mantinham relação com a mãe. Em cinco das entrevistas, o relato de família focou em uma presença forte da mãe. Pais separados também foram frisados por quatro dos

entrevistados. Em todas as falas, se tornou claro algum ponto de divergência frente à família e o usuário de drogas.

Não conheci pai. Família mesmo é minha mãe e irmã. [...] Meu irmão não conto mais porque foi ele que me pôs aqui, fez nada por mim a vida inteira e me joga aqui. Ele É mais usuário que eu, só que é cigarro, cerveja e não as minhas "pa-ra-di-nhas" (ENTREVISTADO 2)

No entanto, nítido em quatro dos discursos uma família com ausência de afeto e empatia. A demonização das drogas apareceu recorrentemente no discurso de cada um deles. Não houve relatos de conversas francas e abertas com progenitores, irmãos ou familiares sobre as drogas na infância ou adolescência. A droga foi sempre colocada como algo ruim desde sua essência (TIBURI, DIAS, 2013).

As relações atuais com os familiares, em dois terços dos casos, se mostraram tensas, e muitas vezes, os relatos continham promessas de não esquecimento pela internação ou algum descontentamento com a forma que tudo foi administrado pela responsável. Apenas em um dos casos, o usuário de drogas demonstrou certa resignação. Surge outra palavra recorrente: "rancor".

Relação familiar, você quer dizer minha mãe né e irmão? ((acena para o entrevistador)) me internaram e isso não se esquece (ENTREVISTADO 3).

Embora, a maioria tenha se mostrado indignada com a internação, um terço assumiu, mesmo indiretamente, a responsabilidade por estarem efetivamente internados. Embora não concordando com a limitação de liberdade, admitiram que seu modo de vida se tornou insuportável para a família.

Eles ((a família)) não aguentaram a vida louca não e desistiram (ENTREVISTADO 6)

Em relação aos contatos com drogas, todos afirmaram já ter feito uso de maconha, e, inclusive, dois relataram serem usuários apenas dessa droga. Um

paciente em especial relatou ser viciado em remédios. Os demais se dividiam entre o álcool, cocaína e o crack. O cigarro de nicotina não foi apresentado como droga pelos entrevistados quando perguntados espontaneamente.

Cinco dos nove entrevistados já haviam sido internados outras vezes. As outras internações em sua maioria haviam sido também involuntárias ou compulsórias. Inclusive um estava em sua terceira internação involuntária. Os demais estavam em sua primeira internação. Um terço dos entrevistados tiveram passagens pela polícia, dois com crimes contra o patrimônio e um por tráfico. Todos os crimes justificados pelo desejo da substância.

Particpei de furto, 155 ((remete ao artigo do código penal)), mas morava na rua na época, fazer o quê? (ENTREVISTADO 1)

Apenas quatro deles demonstrou conhecimento real do CAPS-AD e relataram já ter procurado o serviço há meses atrás. Destaca-se que todos que fizeram referência ao CAPS-AD não apreciaram o atendimento e foram unânimes e falarem do excesso de medicação e do desamparo aos usuários nos momentos de maior dificuldade no dia que vai das 18 horas às 6 horas da manhã.

Os demais desconheciam os trabalhos destes centros ou interpretavam de maneira negativa tal instituição. Ficou claro nos discursos que antes das internações não houve alternativas e reflexões a respeito das oportunidades e caminhos ao usuário. A rede pública não esteve presente e nem foi pensada como solução e a internação involuntária se impôs como única alternativa.

CAPS-AD só fui conhecer aqui, o psicólogo falou. A família não deve saber desse centro não. Mas se eu conhecesse talvez ia procurar [...] melhor que ficar preso né (ENTREVISTADO 2)

Deste modo, o usuário de drogas se mostrou deslocado frente à sociedade e com um sentimento de não pertencimento. Tal sujeito parece encontrar seu lugar apenas com a substância. Longe dela, a sociedade reserva apenas a Igreja (para o pecado e fraqueza de se usar drogas), o confinamento (para a doença “dependência

química”) ou a prisão (para o delito de se consumir substâncias proibidas) como solução (SIQUEIRA, 2010).

Neste aspecto, deve-se salientar que a usurpação dos desejos e vontades do usuário, assim como a não aceitação de suas escolhas e a estigmatização do sujeito pela substância foram os fatores mais presentes nas falas e relatos dos entrevistados. A efetivação dos Direitos Humanos, dentre ele a dignidade e a liberdade se mostrou como uma grande necessidade.

6.5 Os Direitos Humanos – Quando o outro se torna possível

Em relação ao conhecimento sobre Direitos Humanos e seu exercício por parte dos pacientes da Clínica, deve-se destacar que nenhum dos entrevistados, com exceção do advogado, tinha conhecimento teórico sobre estes direitos, tampouco sua origem ou definição. Pelo contrário, durante as entrevistas, as respostas iniciais se aproximaram de um conceito estigmatizante e densamente preconceituoso.

Eu considero Direitos Humanos coisa de vagabundo lá né. Aqueles caras presos, tudo bandido e os Direitos Humanos protege né. Esse é o exemplo que lembro viu. [...] (ENTREVISTADO 2).

Direitos humanos para que foi preso por não ter feito nada e agora tá preso por que fuma um não tem como acreditar (ENTREVISTADO 1).

Os direitos humanos foram conceituados pelo entrevistado advogado da seguinte maneira:

Nunca me preocupei com isso em toda minha vida ((em referência ao conceito de Direitos Humanos)). Mas vamos lá. Para mim Direitos humanos é autonomia, Direitos humanos é respeitar às escolhas do sujeito, não interferir a não ser que meu direito fira diretamente terceiros. Do contrário não faz sentido me cercear, por escolhas que somente me afetam. Direitos humanos são os direitos e garantias fundamentais. Está tudo no artigo 5º ((em referência à Constituição Federal)). Vida, dignidade, saúde, moradia e

drogas para quem quiser usar ((risos)). Ah, Direitos humanos é não ter decisão arbitrária como eu sofri aqui. [...] Acho que quase ninguém aqui tem a noção quando o senhor perguntar. A maioria nem sabe se defender aqui. Direitos humanos não existem nas comunidades ((sic)) (ENTREVISTADO 5).

Deste modo, o usuário de drogas entrevistado, além de conceituar os direitos humanos, deixa claro a sua percepção de tais direitos enquanto sujeito que sofre cerceamento de suas garantias diretamente e se sente vítima de decisões arbitrárias. Cabe lembrar que os direitos humanos aqui debatidos vão além da simples autonomia ou mesmo das garantias elencadas no artigo 5º da Constituição (COELHO; OLIVEIRA, 2014).

Os direitos humanos podem ser conceituados como um atributo da sociedade e da própria pessoa, uma garantia relativa, *a priori*, à dignidade do indivíduo que envolve sua liberdade, autonomia, vida dentre todas as garantias essenciais para o exercício do papel de cidadão e a construção do sujeito de direitos de maneira completa. É também um limite para a atuação de uns homens sobre os outros e também a proteção de todos os grupos, assim como a proteção da heterogeneidade de escolhas frente à homogeneidade e isonomia de direitos. Uma vez violados tais direitos, o Estado tem o dever de restabelecê-los e garantir sempre seu exercício (PECES BARBA, 1998).

Não tem como ver os direitos humanos no meu dia a dia. Não me lembro de exemplos de direitos humanos. Quem vive fora do mundo não tem direitos não [...] nunca tive nada do Estado nem o CAPS eu pude usar [...] Não sei exemplificar direitos humanos não. Pelo contrário sempre fui escorraçado aonde entro. Olhar ruim pra gente, neguinho fazendo cara de nojo. E quando vem a polícia é pior, serviço social mesma coisa, então vou chamar quem? Tem dignidade nada não (ENTREVISTADO 7).

Neste sentido, os direitos humanos devem ter como objetivo a solidificação da dignidade humana. Para tanto, é necessário que este direito seja protetivo das garantias fundamentais do cidadão, potencializando condições de existência, e promovendo a participação ativa do cidadão na engrenagem social. Assim, os direitos humanos devem ser percebidos pelo cidadão, pois é a partir dessa

percepção de proteção que o sujeito passa a ocupar seu lugar no mundo (RAMOS, 2012).

Os direitos humanos são o direito a ter direito. [...] A escravidão acabou, mas continua em certas áreas para mim continua mentalmente aqui, mais que o corpo (ENTREVISTADO 7).

Desta forma, os Direitos Humanos não podem se concretizar pela omissão, tampouco permitindo a invisibilidade do sujeito. Direitos e garantias fundamentais se exercem por sujeitos visíveis. Os direitos humanos passam, portanto, pelo empoderamento do vulnerável e pela desconstrução das fragilidades sociais.

Em relação à visibilidade, os pacientes, de maneira frequente, se queixaram de sua total invisibilidade social, e demonstraram ter a sensação que não participam da engrenagem social:

Olha, sejamos sinceros, não há maneira de se efetivar direitos e garantias dentre desta instituição compreende? Não existem formas de exercício da minha vontade [...]. Em uma comunidade (sic) COM INTERNOS INVOLUNTÁRIOS como é que podemos falar em direitos humanos ou dignidade? Ninguém se importa com usuários de drogas não compreende? Não existimos e é melhor para todos assim. (ENTREVISTADO 4).

Nunca tive meus direitos humanos respeitados não, a gente não vai para a droga pesada ((referência ao crack)) por que tem amor e felicidade. [...] Tipo: tá tudo bem e agora vou me perder na “pedra” ((risos)). Ninguém nem nota a gente, nota na hora de internar né [...] Olha e tem mais, ninguém olha para nós antes, mas depois é pior ((referência a depois que terminar o tratamento)) (ENTREVISTADO 5).

Direito humano é palavra bonita aí que vocês dizem. Não existe Direito humano para usuário de droga não, nunca existiu. Querem passar um rodo na gente na rua. Nem olham pra gente (ENTREVISTADO 6).

Em relação à Clínica Terapêutica propriamente dita, não se vislumbrou durante toda a observação participante situações onde os direitos humanos fossem minimamente debatidos. Em conversas com funcionários e empregados, em nenhum momento pareciam entender ou refletir sobre a promoção dos direitos e garantias fundamentais.

Pelo contrário, a Clínica entende que a imposição de condutas faz parte do tratamento válido. Não existe espaço para a promoção da autonomia. O tempo cronometrado e a lista estabelecida de tarefas deixam os pacientes sem nenhuma flexibilidade decisória e sem a possibilidade de protagonismo de tomar as próprias decisões (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Deste modo, ao serem indagados sobre como eles poderiam efetivar seus direitos humanos frente à Clínica terapêutica as respostas variaram de negativas completas ao desconhecimento de qualquer forma de efetivação de direitos.

Efetivar os direitos? Não vejo como até para ir no (sic) banheiro eu preciso pedir, ou tem alguém me vigiando (ENTREVISTADO 8).
Não existe efetivação desses direitos que o senhor disse ((o entrevistador ao ser indagado sobre exemplos de Direitos Humanos citou a liberdade, saúde, dignidade etc)). Nenhum deles eu tenho aqui não. Liberdade nem se fala né, estou aqui obrigado. Sou obrigado até a assistir missa ou lavar banheiro, não vejo a hora de passar meu prazo aqui (ENTREVISTADO 5).
Olha a clínica não efetiva direito não (ENTREVISTADO 6).

Observou-se nos discursos também sua fragilização, sempre apontando incapacidades ou impossibilidades. Nos discursos, as expressões “não posso”, “não tem jeito” ou “o que é que eu vou fazer” são reiteradamente repetidas e frisadas pelos participantes da pesquisa. Não há em nenhum momento da entrevista uma sensação de empoderamento dos entrevistados que estão sempre destacando sua insignificância frente à Clínica e à sociedade.

Fazer o que aqui dentro, não posso fazer nada mesmo, a não ser cumprir meu prazo (ENTREVISTADO 3)

Outro ponto a ser destacado se relaciona com a não percepção dos direitos humanos antes das internações. Oito dos nove entrevistados fizeram denúncias de abusos ou excessos sofridos ao longo da vida como usuário de drogas e sempre apontam um não pertencimento à sociedade, situando-se em um não lugar.

Nunca tive direitos humanos não, desses que o senhor falou aí ((o entrevistador ao ser indagado sobre exemplos de Direitos Humanos citou: a liberdade, saúde, dignidade etc)) eu nunca vi um acontecer comigo. Já apanhei da polícia, apanho aqui, apanho dos caras da quebrada. Na vida, no dia a dia tem direitos humanos não. Esquecido não tem direito. (ENTREVISTADO 2).

Em relação à ausência dos direitos humanos e a dificuldade de se ter autonomia e liberdade, um fator que se torna importante para a análise é a supressão da individualização dos tratamentos. Não há tratamento individual e nem uma análise de cada caso em suas diferenças e similitudes, o que seria um requisito essencial para a redução de danos e busca pela formação de sujeitos de direito.

Neste sentido, importante frisar que na fala de muitos entrevistados houve destaque para a presença da palavra “prazo” em vários momentos. Durante a observação participante e também das entrevistas, percebeu-se que tanto os usuários voluntários quanto involuntários frisam a palavra “prazo” em referência a um contrato que é firmado entre Clínica e familiares.

Neste referido contrato (padrão da Clínica pesquisada e de outras da região), existe uma cláusula estabelecendo tratamento mínimo de seis meses para cada interno. Frisa-se que tal cláusula é padrão, ou seja, não existe possibilidade de uma individualização do tratamento. Ademais, a família é obrigada a indenizar a Clínica caso resolvam retirar o paciente antes do término dos 180 dias.

No acesso aos documentos e contratos da Clínica tal prazo fica claro, ao verificar que nas fichas cadastrais já existe um campo para a duração da internação como prazo mínimo de seis meses. Além disso, alguns contratos ainda fixavam multa por rescisão contratual e o pagamento de todas as parcelas remanescentes.

Acho que não tive respeito da família que me colocou aqui, vou esperar vencer o prazo para sair [...] pior é que pode demorar, depois do prazo certo tem gente que fica mais né, os caras ((aponta para fora em direção ao prédio da administração)) querem ganhar dinheiro né (ENTREVISTADO 5)

Por fim, em relação aos direitos humanos, um dos pacientes rematou a entrevista:

Eu queria ter um espaço no mundo que o senhor fala, será que esses direitos ((se referindo aos Direitos humanos)) poderiam ajudar? (ENTREVISTADO 5).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho, compreendeu-se como a segregação social é amparada pelos espaços médicos e como o discurso de patologização auxilia na construção e manutenção de uma rede de instrumentos para limitar os direitos e liberdades de sujeitos vulneráveis e excluídos. O usuário de drogas insurge neste contexto como um dos residentes em espaços de exclusão, sendo a Clínica Terapêutica o lugar excludente a ser analisado e as internações involuntárias o modo como tais segregações se efetivam e se potencializam.

Ponto importante no trabalho, que se deve ressaltar foram os percalços, limites e barreiras à conclusão dos Estudos. As Clínicas em sua maioria fecharam às portas, desfizeram acordos, exigiram que materiais fossem desconsiderados ou apagados. Após quatro anos de pesquisa, um acordo de confidencialidade possibilitou uma autorização para que entrevistas fossem consolidadas. Ademais, enfrentou-se a desconfiança dos usuários de drogas, o medo de darem voz às suas angústias, dúvidas e medos.

Nestes anos, foram comunidades e clínicas analisadas, situadas em dois Estados da Federação. Profissionais destas instituições e profissionais da vigilância sanitária foram ouvidos em conversas informais.

A pesquisa se pautou na necessidade de estudos distanciados de uma perspectiva moralizadora e objetificantes que consideram ainda nos dias atuais a droga como protagonista, em que o sujeito e suas construções sociais se tornam secundários.

De maneira concomitante, o presente estudo analisou a engrenagem de poder e sua interseção frente ao domínio e a violência instrumentalizada representada por espaços de exclusão que visam a profilaxia e a higienização social. A conclusão se erigiu no sentido que tal interseção insurge na formação de uma engrenagem celular de controle social, onde as Clínicas terapêuticas, assim como hospícios, asilos, prisões e reformatórios se apresentam não apenas como instituições totais, mas sim peças fundamentais em uma microfísica do poder que visa prioritariamente a perpetuação da estratificação social e também a manutenção de toda a estrutura capitalista.

Logo, os espaços de exclusão são instrumentos desta engrenagem e neste trabalho foram representados pelas Clínicas terapêuticas que se apresentaram como lugares onde o sujeito de direito não existe e sua autonomia é suprimida, se tornando um “não lugar” em sua formação. A instituição se mostrou como um

ambiente de negação, negação da liberdade, família, dignidade e vontade. Um estabelecimento em que os internos involuntários se sentem tolhidos de seus direitos e garantias fundamentais. Uma instituição, que enquanto peça da engrenagem celular de controle social: obriga à sujeição religiosa e laboral e enquanto espaço de exclusão: cala o sujeito. Observou-se que dar voz a esses sujeitos é essencial, pois é na impossibilidade do diálogo que reside as maiores queixas, uma vez que reduz, humilha e impossibilita o empoderamento do vulnerável.

O poder e a exclusão se apresentaram totalmente relacionados, sendo o segundo o resultado objetivo do primeiro. E esta exclusão fica latente ao se verificar que aos vulneráveis todos os direitos parecem suspensos, e tudo lhes é imposto, em uma obrigatoriedade que alcança até mesmo a fé. A vigília constante, a violência dos funcionários e a precariedade da assistência psicológica deixam os usuários de drogas ainda mais fragilizados.

Observou-se que a fé não é a impulsionadora da vida da maioria dos entrevistados embora as cerimônias e ritos cristãos sejam obrigatórios. Percebe-se também que a instituição total conhecida como clínica mantém uma ingerência irrestrita frente aos seus internos, inclusive com cerceamento total de liberdade em locais chamados pelos detentos de solitária. Assim, a instituição se consolida pela imposição de regras e a efetivação de punições e rituais vexatórios que visam docilizar os pacientes.

Tal situação deixa latente que o usuário de droga, em posição frágil e vulnerável nas Clínicas terapêuticas, deve ser urgentemente considerado como um sujeito de direitos, para que tenha a consciência de suas garantias como cidadão e do propósito da restrição de sua liberdade, medida de exceção, caso ela ocorra.

Durante as entrevistas fica evidente que não há por parte dos pacientes um mínimo conhecimento do que são os Direitos Humanos, como também não conseguem reconhecer como e quando tais direitos lhes são negados e como são lesados em suas garantias fundamentais. Nos discursos dos pacientes, a posição da droga fica clara, como um escape ao sujeito, ou seja, a droga se faz na impossibilidade do Outro, quando então o sujeito busca a substância.

Os Direitos Humanos quando aplicados devem buscar então o empoderamento do sujeito e assim tornar o Outro possível, quando o “não lugar” dá espaço para um ambiente em que o sujeito se sinta acolhido.

O último capítulo do presente trabalho tem como desfecho uma indagação feita por um dos entrevistados e que restou sem resposta:

Eu queria ter um espaço no mundo que o senhor fala, será que esses direitos ((se referindo aos Direitos humanos)) poderiam ajudar? (ENTREVISTADO 5).

Na verdade tal pergunta serviu para finalizar uma das entrevistas e foi seguida do silêncio reflexivo do entrevistador juntamente com um abraço fraterno junto ao entrevistado.

Representa mais do que uma resposta, uma angústia sobre o importante papel dos Direitos Humanos, que ao serem concretizados poderiam oferecer um lugar no mundo para estes vulneráveis. Uma defesa frente às ilegalidades que se retroalimentam para a manutenção do “status quo” da engrenagem social. Outro caminho à supressão de direitos e garantias dos sujeitos excluídos e a cessação da violência como instrumento de concretização do domínio, razão primeira do exercício do poder.

Em suma, o trabalho demonstra um grande caminho a percorrer visando dar voz a população de vulneráveis, excluídos e periféricos, aqueles que por razões sociais, morais ou econômicas se mostram à margem da sociedade inclusiva. Uma pesquisa que apontou a necessidade de se analisar as práticas de confinamento de usuários de drogas sob o olhar do Outro. Sob o olhar daqueles que não seguem o roteiro social como lhes é imposto. Daqueles que encontram na substância uma resposta que é vista como transgressão. Enfim, as perspectivas de estudos futuros se avizinham, pois a cada visita e entrevista o que se pós em evidência não foram respostas, mas sim que algo falha.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, G. **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I**. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

ALBERTI, V. **Manual de história oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

ALVAREZ, M. C. (2004). **Controle social: notas em torno de uma noção polêmica**. *São Paulo em Perspectiva*, 18(1), 168-176. Retrieved March 03, 2016, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000100020&lng=en&tlng=pt.

ALVES, M. M. **Entre a Cultura do Controle e o Controle Cultural: Um Estudo sobre Práticas Tóxicas na Cidade de Porto Alegre**, Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2010, p. 75-76.

ANDRADE, T. M. **Redução de Danos: um novo paradigma**. 2010. Disponível em: <http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/ReducaoRiscosDanos/Redu%E7%E3o_de__danos-_um_novo_paradigma.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2013

ANDRÉ, M. E. D. A. **Etnografia da prática escolar**. Campinas: Papirus, 2008.

ANOKHINAI, P; PELIPAS, V.E; TSETLINM, G. Compulsory treatment: the Russian Federation's approach. In: **Ethical Eye: Drug Addiction**. Strasbourg: Council of Europe Publishing;2005,p.65–73.

ANTHONY, J. C; WARNER, L. A; KESSLER, R. C. **Comparative Epidemiology of Dependence on Tobacco, Alcohol, Controlled Substances, and Inhalants: Basic Findings From the National Comorbidity Survey**. *Experimental and Clinical Psycho pharmacology*. 1994. Vol. 2, No. 3, 244-268.

ANTUNES, J. L. F. Hospital: instituição e história social. In: **Hospital: instituição e história social**. Letras & Letras, 1991.

ARENDT, H. **A condição humana**. São Paulo: Editora Forense - Universitária. 10. ed. 2007.

ARENDT, H. **Origens do totalitarismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989

AYRES, J. R. C. M.. Et. Al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. n: Czeresnia, Dina; Freitas, Carlos Machado de.

Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003. p.117-139, tab.

BARATTA, A. **Criminologia Crítica e crítica do Direito Penal**. 2a. ed. Trad. Juarez Cirino dos Santos. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1999.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BARROS, A.; PERES, M. Proibição da maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas. **Periferia**, v. 3, n. 2, 2012.

BARROSO, L. R. **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo** – A Construção de um Conceito Jurídico à Luz da Jurisprudência Mundial. São Paulo: Fórum, 2012.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BATISTETI, C. B; DE ARAÚJO, E. S. N; CALUZI, J. J. **As estruturas celulares: o estudo histórico do núcleo e sua contribuição para o ensino de biologia**. Filosofia e História da Biologia, v. 4, n. 1, p. 17-42, 2009.

BENELLI, S. J; COSTA-ROSA, A.. **Geografia do poder em goffman: vigilância e resistência, dominação e produção de subjetividade no hospital psiquiátrico**. Estud. psicol. (Campinas) [online]. 2003, vol.20, n.2, pp. 35-49. ISSN 1982-0275

BENETI, A. A Toxicomania não é mais o que era. In. Mezêncio, Márcia, Rosa, Márcia, Faria Maria Wilma (org). **Tratamento possível das Toxicomanias com Lacan**. Scriptum. Belo Horizonte, 2014.

BENTES, A. L. (1999). **Tudo como d'antes no quartel de Abrantes: um estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial**. Dissertação de Mestrado Não Publicada, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

BENTHAM, J. **O Panóptico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

BERGALLI, R. Relaciones entre control social y globalización: fordismo y disciplina. Post-fordismo y control punitivo. **Sociologias**, Porto Alegre , n. 13, p. 180-211,

June 2005 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222005000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Mar. 2016.

BOTEGA, N. J; TURATO, E. R., **Pesquisa no hospital geral**: primeiros passos. In: Botega, Neury José (org.). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BOTEGA, N. J, Aspectos éticos e legais. In: Botega, Neury José (org.). **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BOUDON, R.; BOURRICAUD, F. **Dicionário Crítico de Sociologia**. São Paulo: Ática, 1993.

BOUYER, G. C. O método da genealogia empregado por Foucault no estudo do poder-saber psiquiátrico. **Memorandum**, v. 16, p.64-76, 2009. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a16/bouyer01.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2014

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Título VIII – Da Ordem Social, Seção II – Da Saúde – artigo 196-200.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CNDST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Ministério da Saúde. 2ª ed. rev. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004. 5ª Edição Ampliada, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf> Acesso em: 20 de Set. 2010

_____. **Projeto de lei 7.663 de 2010**. Acrescenta e altera dispositivos à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências. Brasília, DF, 14 de julho de 2010. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=789804&filenome=PL+7663/2010> Acesso em: 20 de jul. 2013.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CAPRARA, A; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface** (Botucatu) [online]. 2008, vol.12, n.25, pp. 363-376. ISSN 1807-5762.

CARLINI, E. A. A história da maconha no Brasil. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 314-317, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Jul. 2016.

CARVALHO RAMOS, A. **Teoria Geral dos Direitos Humanos na Ordem Internacional**. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

CARVALHO, S. **Anti-Manual de Criminologia**. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2008.

CARVALHO, S. **A Política Criminal de Drogas no Brasil** – Estudo Criminológico e Dogmático da Lei 11.343 de 2006. São Paulo: Saraiva, 2013.

CASTEL, R. **A insegurança social**: o que é ser protegido? Petrópolis: Vozes, 2005.

_____. As armadilhas da exclusão In: BELFIORE WANDERLEY, M; BÓGUS, L; YAZBEK, M. C. (Orgs.). **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: EDUC, 2000.

_____. **As metamorfoses da questão social. Uma crônica do salário**. São Paulo: vozes, 1998.

_____. WANDERLEY L. E; BELFIORE WANDERLEY, M. **Desigualdade e questão social**. São Paulo: EDUC 2000a.

_____. Da indigência à exclusão, a desfiliação. In: LANCETTI, A. (Org.) **Saúde Loucura 4** – Grupos e Coletivos. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 21-48.

CATANI, A. M. LINHART, R. Lenin, os camponeses, Taylor. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 107-120, Mar. 1986. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901986000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Jul. 2016.

CHAVES, E. M. e CHAVES E. M. O Papel da Comunidade Terapêutica na Atual Conjuntura. In: **Revista Comunidade Terapêutica e Dependência Química em Pauta**. Ano I, nº. 02. 2004. Cruz Azul do Brasil. Blumenau, s/d.

CHRISTIE, N. El control de las drogas como um avance hacia condiciones totalitárias. In: **Criminología Crítica y Control Social**. Rosario: Editorial Juris, 1993.

CLAVEL, G. **A sociedade da exclusão. Compreendê-la para dela sair**. Porto Editora: Porto, 2004.

COELHO, I. OLIVERIA, M. H. B. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. **Saúde debate**, v. 38, n. 101, p. 359-367, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. 2. ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2011. Disponível em: http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/publicacoes/publicacoesDocumentos/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf. Acesso em 13 jul. 2014

CORREIA, R. BATACLINE, D. H. Reflexões Sobre a exclusão social no sistema prisional e suas consequências na reintegração social. **Rev. Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics**, IPEBJ, São Paulo, v. 3, Jul. 2014.

_____. VENTURA, C. A. A. As internações involuntárias de drogodependentes frente à legislação brasileira - uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social. **Revista Direitos Fundamentais e Democracia**, v. 13, n. 13. p. 250-280, 2013.

_____. VENTURA, C. A. A. O tratamento dos portadores de transtorno mental no Brasil – da legalização da exclusão à dignidade humana. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 40-60, 2014.

_____. A criminologia do cotidiano frente aos vulneráveis: O usuário de drogas como bode expiatório – Disponível no livro **Criminologia no cotidiano – Crítica às questões humanas através das charges de Carlos Latuff** - Coordenador Rubens Correa Júnior. Prefácio Vera Malaguti Batista. Editora Lumen Juris: Rio de Janeiro, 2014.

_____. A (in)eficácia do sistema prisional-da desculturalização à dessocialização do indivíduo. Disponível no Livro **Uma visão transdisciplinar do**

Direito Ciências Sociais e Direito – Coordenadores Gustavo Calçado e Murillo Sapia Gutier.- W/S Editora e Gráfica, Uberaba: 2014a.

_____. O poder público frente às internações involuntárias – uma análise em relação à institucionalização da segregação e a profilaxia social. In: CALÇADO, Gustavo; RAMOS, José Humberto (Org.). **Gestão Pública e suas implicações no século XXI**, 2013, p. 277 a 299;

COSTA, R. A. **Disciplina na escola e constituição da subjetividade**. Rio de Janeiro: E-Papers Serviços Editoriais, 2002.

COSTA, S. F. As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas no Atendimento à Dependência Química. **Serviço Social em Revista** (Online). , v.12, p.4 - , 2009.

DA GLÓRIA GOHN, M. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 2, p. 20-31, 2004.

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

DANNER, F. A genealogia do Poder em Michel Foucault. **IV Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação-PUCRS**, 2009.

D'ALLONDANS, A. G. **L'exclusion sociale: les metamorfoses d'un concept: 1960-2000**. Paris: Harmattan, 2003

DE BARROS LONGO, L. A. F. et al. A Tradicional Família Mineira? Um Estudo Exploratório Da Raça/Cor Dos Responsáveis Pelos Domicílios Em Minas Gerais Para 2006. In: **Anais do XIII Seminário sobre a Economia Mineira [Proceedings of the 13th Seminar on the Economy of Minas Gerais]**. Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

DE LEON, G. **A Comunidade Terapêutica: Teoria, modelo e método**. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

DELEUZE, G. **Nietzsche e a Filosofia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1976, p.1-170.

DENZIN, N; LINCOLN, Y. **Introduction:** Entering the Field of Qualitative Research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.): Handbook of Qualitative Research Thousand Oaks, CA: Sage, 1994, pp. 1-17.

_____. (orgs). **O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens;** tradução Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2005.

DUCATTI, I. **A hanseníase no Brasil na era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório:** estudos sobre o discurso científico legitimador. 2009. Tese (Doutorado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

DUARTE, M. L. C. **Avaliação da atenção aos familiares num centro de atenção psicossocial: uma abordagem qualitativa.** 2007. 173 f Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

FEIJÓ, M. C; ASSIS, S. G. O contexto de exclusão social e de vulnerabilidades de jovens infratores e de suas famílias. **Estudo de Psicologia.** 2004, 9(1): 157-166. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/epsic/v9n1/22391.pdf>> Acesso em: 01 de abril de 2016.

FERREIRA, E. B. Docilizando corpos: Aportes sobre o emoldurar de condutas na obra Vigiar e Punir de Michel Foucault. **Conteúdo Jurídico,** Brasília-DF: 08 out. 2013. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.45415>>. Acesso em: 03 marco. 2016.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: curso dado no Collège de France.** São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **História da loucura.** 5ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1997

_____. **L'impossible Prison:** Recherches sur le Systeme Pénitentiaire ao XIX Siècle. Paris: Éd. Du Seuil, 1980.

_____. **Microfísica do poder.** 25a ed. Roberto Machado, Trad. São Paulo: Graal. 2012

_____. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

_____. **Os anormais.** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **Vigiar e punir** – história da violência nas prisões. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 1987

FOSSI, L. B; GUARESCHI, N. M. F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. **Estud. pesquis. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 94-115, abr. 2015 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 jun. 2016.

GARCIAS, E. L; ZACHARIAS, D. G; WINTER, G; SONTAG, J. **(Re)Conhecendo o Perfil do Usuário de Crack de Santa Cruz do Sul**. Barbarói, Santa Cruz do Sul, v.36, ed. esp., p.83-95, jan./jun. 2012. p. 92.

GIRARD, R. **A violência e o sagrado**. 2.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

GIRARD R. **El chivo expiatorio**. Barcelona: Anagrama, 1986.

GIRARD, R. **O bode expiatório**. São Paulo: Paulus, 2004.

GINZBURG, Carlo. **O fio e os rastros: Verdadeiro, Falso, Fictício**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 7º edição. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOMES, L. F; MAZZUOLI, V. O.. **Comentários à convenção Americana Sobre Direitos Humanos** – Pacto de San José da Costa Rica. 3. Ed.São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

GONÇALVES, Alda Martins. **Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do Programa Saúde da Família**. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002. Acesso em: 22 mar. 2016.

GONCALVES, Bruno Galeano de Oliveira. **Uma ilha assombrada por demônios: a controvérsia entre John Webster e Joseph Glanvill e os desdobramentos filosóficos e religiosos da demonologia na Inglaterra da Restauração (1660-1680)**. 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-29102012-094919/>>. Acesso em: 23 mai. 2015

GONÇALVES, M. C. F.. Prefácio. In: SILVA, Odailson da. **Droga! Internar não é prender**. Fortaleza: Arte Visual, 2013, p. 13-26

GRBICH, C. **Qualitative data analysis: an introduction**. London: Sage Publications, 2007.

GROVER, A. (Relator Especial da ONU sobre o direito ao mais alto nível possível de saúde). **Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health** (2009). A/64/272, p. 43.

Guimarães, A. N, et al. "O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001)." **Texto e Contexto Enfermagem** v. 19, n. 2, p. 274, 2010.

GUTIER, Murillo Sapia. **Direitos Humanos e o Direito À Diversidade - Os Entraves do Estado Moderno Uniformizador**. Editora Lumen Juris: Rio de Janeiro, 2014.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP & A editora, 2002.

HALL, W; BABOR, T; EDWARDS, G; LARANJEIRA, R; MARSDEN, J. MILLER, P; OBOT, I; PETRY, N; THAMARANGSI, T; WEST, R. **Compulsory detention, forced detoxification and enforced labour are not ethically acceptable or effective ways to treat addiction**. Addiction, November 2012, vol./is. 107/11(1891-1893).

HAMMERSCHMIDT, D; GIACOIA, G. **Crise Atual Do Sistema Penal De Controle Social**. 2009 Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=e32c51ad39723ee9>. Acesso em: 31 mar. 2016.

HAMMERSLEY, Martin; ATKINSON, Paul. **Etnografía: Métodos de investigación**. Barcelona: Paidós, 1994

HART, C. L. **High Price: Drugs, Neuroscience, And Discovering Myself**. Columbia: Harper, 2013.

HART. C L. KRAUSS, R. M. **Human drug addiction is more than faulty decision-making**. **Behavioral and Brain Sciences**, Volume 31, Issue 04, August 2008, pp

448-449. doi: 10.1017/S0140525X08004846, Published online by Cambridge University Press 29 Jul 2008.

HELLER, A. **O Cotidiano e a História**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1985

HERB, K. Além do bem e do mal: o poder em Maquiavel, Hobbes, Arendt e Foucault. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.** [online]. 2013, n.10 [cited 2016-05-28], pp.267-284. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522013000100008&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-3352.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-33522013000100008>. Acesso em 21 mar. 2016

HOBBS, T. **Leviatã ou matéria, forma e poder de um estado eclesiástico e civil**. São Paulo: Abril Cultural, 1974. 423p.

HUMAN RIGHTS WATCH, **An Unbreakable Cycle**: Drug Dependency Treatment, Mandatory Confinement, and HIV/AIDS in China's Guangxi Province. Human Rights Watch. December 2008.

HUMAN RIGHTS WATCH. **"Skin on the Cable" The Illegal Arrest, Arbitrary Detention and Torture of People Who Use Drugs in Cambodia**, Human Rights Watch, January 2010.

HUMAN RIGHTS WATCH, **Where Darkness Knows No Limits**: Incarceration, Ill-treatment, and Forced Labor as Drug Treatment in China. Human Rights Watch January 2010a.

IZECKSOHN, S. O tratamento como ritual de cura. In: BAPTISTA, M. et al. (Org.). **Drogas e pós modernidade: faces de um tema proscrito**. Rio de Janeiro: UERJ, 2003.

KARAM, M. L. **Direitos Humanos, laço social e drogas**: por uma política solidária com o sofrimento humano. Conferência de abertura do VII Seminário Nacional Psicologia e Direitos Humanos. Brasília, DF, Nov. 2011. Promovido pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP) – Brasília-DF – novembro 2011.

KARASEK, F. S. A Genealogia Nietzscheana Na Interpretação De Deleuze: Sobre O Valor Dos Valores. **Kínesis-Revista de Estudos dos Pós-Graduandos em Filosofia**, v. 2, n. 04, 2014.

KATO, A. Fazer falar um corpo que quer calar. In: Mezêncio, Márcia, Rosa, Márcia, Faria Maria Wilma (org). **Tratamento possível das Toxicomanias com Lacan**. Scriptum. Belo Horizonte, 2014. LACAN, J. Seminário. Livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise. 2. ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1995.

LACAN, J. **Seminário 23 – O sinthoma** [1975-1976]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 1991.

LANG, Alice Beatriz da Silva Gordo. Trabalhando com história oral: reflexões sobre procedimentos de pesquisa. **Cadernos Ceru**, v. 11, p. 121-134, 2000.

LARANJEIRA, R. et al . **Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 22, n. 2, Junho 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000200006&lng=en&nrm=iso>. acesso em 21 Fevereiro de 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000200006>.

LAVINAS L. **Pobreza, Desigualdade e Exclusão**: Contextos Atuais, 2003. Disponível em: <http://www.uff.br/revistaeconomica/v4n1/lavinas.pdf>. Acesso em: 10 Fev. 2015.

LOMBROSO, C. **O homem delinqüente**. Porto Alegre: Ricardo Lenz, 2001.

LONGHI, R. S. D. G. O movimento separatista do Triângulo Mineiro. **Lutas Sociais**. ISSN 1415-854X, n. 4, p. 119-136, 2004.

LUNDGREN, L; BRÄNNSTRÖM, J; ARMELIUS, B.-A; CHASSLER, D; MORÉN, S; TROCCHIO, S. **Association between immigrant status and history of compulsory treatment in a national sample of individuals assessed for drug use disorders through the Swedish public welfare System**. Substance Use and Misuse. January 2012, Vol.47(1), pp.67-77.

MACHADO, A. R; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Setembro. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2012-08-20.

MARQUES, A. L. M. **Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool em um centro de atenção psicossocial**. 2010. Dissertação (Mestrado em Movimento, Postura e Ação Humana) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MAYAN, M. **An introduction to qualitative methods: a training module for students and professionals**. Edmonton, Universidade of Alberta, 2001.

MANZINI, E. J; SIMÃO, L.M. Formas de raciocínio apresentadas por adolescentes deficientes mentais: um estudo por meio de interações verbais. In: MANZINI, E. J. (Org.) **Linguagem, cognição e ensino do aluno com deficiência**. Marília: Unesp, 2001.

_____. **A entrevista na pesquisa social**. Didática, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

_____. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semiestruturada. In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina: eduel, 2003. p.11-25.

_____. **Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros**. Programa de Pós Graduação em Educação, UNESP, Marília. Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/Isipeq/anais/pdf/gt3/04.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015

_____. **Formas de raciocínio apresentadas por adolescentes deficientes mentais: um estudo através de interações verbais**. Tese (doutorado). Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, 1995.

MARX, K. **O Capital**. Vol. 1. 3ª edição, São Paulo, Nova Cultural, 1988.

_____. **O Capital**. Vol. 2. 3ª edição, São Paulo, Nova Cultural, 1988.

MELO, Z. M.. **Os Estigmas: a deterioração da identidade social**. UNICAP. 2005. Disponível em: <http://www.sociedadeinclusiva.pucminas.br/anaispdf/estigmas.pdf>. Acesso em 23 abr. 2014

MERUJE, M. ROSA, J. M. S. Sacrifício, Rivalidade Mimética e “Bode Expiatório” em R. Girard. Griot – **Revista de Filosofia**, Amargosa, Bahia – Brasil, v.8, n.2. p. 157.

Disponível em: <http://www.ufrb.edu.br/griot/images/vol8-n2/13.pdf>. Acesso em: 27 Mar. 2014.

MICHAELIS: **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. Melhoramentos, 1998.

MINAYO, M. C. S. **Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças**. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 83-91, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 Mai. 2015.

_____. **O Desafio do Conhecimento** – pesquisa qualitativa em saúde. 8^a ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOLL, M. F. **Dos Hospitais Psiquiátricos aos Serviços Residenciais Terapêuticos**: um olhar sobre os direitos humanos neste percurso. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

MOREIRA, H; CALEFFE L. G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. RJ: DP&A, 2006.

MOTA, T. **O conceito de genealogia em Nietzsche**. *Intuitio*, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p.308-328, nov. 2008. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/intuitio/article/view/4232/3344>. Acesso em: 30 jul. 2014.

NASCIMENTO, E.P. **Exclusão social no Brasil**: as múltiplas dimensões do fenômeno. Série Sociológica, Brasília: UnB, 1993.

NASCIMENTO, E. P. Hipóteses sobre a nova exclusão social; dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. *Cadernos CRH: revista do Centro de Recursos Humanos da UFBA*, Salvador, n.21, p.29-47, 1994.

NIETZSCHE, F. **Genealogia da Moral**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

PASSARGE, E. et al. **Color atlas of genetics**. Georg Thieme Verlag, 1995.

PASSETI, E. (Coord.). **Curso livre de abolicionismo penal**. Rio de Janeiro: Revan, 2004. 168p.

PASSOS, E. H; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, 2011.

PAUGAM, S. **L'exclusion: l'état des savoirs**. Paris: Seuil, 1996.

PAUGAM, S. O conceito de desqualificação social. In: VERAS, M.P.B. (Ed.). **Por uma sociologia da exclusão social**: o debate com Serge Paugam. São Paulo: Educ, 1999. p.63-80.

PECES-BARBA, Gregório et alli. **Derechos positivo de los derechos humanos**. Madrid: Debate, 1998

PENA, D. O. E; GOMIDE, Renata Viana. Internação Involuntária de dependentes químicos e reforma psiquiátrica: um na contramão do outro. **Anais Simpac**, v. 5, n. 1, 2015.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

PINHO, P. H. **Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PIOVENSAN, Flávia. **Os Direitos Humanos e o Direito Constitucional internacional**. 9ª edição, São Paulo. Saraiva, 2008.

PIRES, Eduardo Weinhardt. A crise do capitalismo como crise de subjetividade. **Galáxia** (São Paulo) [online]. 2015, n.30, pp. 191-196. ISSN 1982-2553.

PITTA, Ana. **Dor e morte como ofício**. Rio de Janeiro: Hucitec. 1990

PORTER L. A. A., CURRAN W. **The Law and the Treatment of Drug-and Alcohol-Dependent Persons a Comparative Study of Existing Legislation**. Geneva: World Health Organization;1986. Disponível em:

:http://whqlibdoc.who.int/publications/1986/9241560932_eng.pdf; Acesso em: 7 Jul. 2015

POULANTZAS, N. **O Estado, o poder, o socialismo**. 3.a ed. Rio de Janeiro, Graal, 1990.

PORTO, M. S. G. A violência entre a inclusão e a exclusão social. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*, S. Paulo, 12(1): 187-200, 2000.

OLIVEIRA, F. M. S. **Conflitos, gestão e poder**: um estudo de caso em uma agência bancária. Rio de Janeiro: E-Papers, 2006.

OLMO, R. D. **A face oculta da droga**. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

ORNELLAS, C. P.. **O paciente excluído--: história e crítica das práticas médicas de confinamento**. Rio de Janeiro: Revan, 1997.

QUEIROZ, I. S. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 21, n. 4, p. 2-15, Dec. 2001 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Jun. 2016.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, 2007.

REIK, T. **Le Besoin d'avouer: psychanalyse du crime et du châtiment**. Paris: Payot, 1997.

RIBEIRO, F. M. L; MINAYO, M. C. S. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, **Brasil. Interface** (Botucatu), Botucatu , v. 19, n. 54, p. 515-526, Sept. 2015 . Disponível em: <[32832015000300515&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-45692015000300515&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 Jun. 2016.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas;1999

RODRIGUES, J. T; ALMEIDA, L. P. Liberdade e compulsão: uma análise da programação dos doze passos dos alcoólicos anônimos. *Psicol. estud.* [online]. 2002, vol.7, n.1, pp.113-120. ISSN 1413-7372. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722002000100014>.

RUDIO FV. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis (RJ):Vozes;1986.

RODRIGUES, A. C; et al . Psicanálise, saber e conhecimento. **Rev. Dep. Psicol.,UFF**, Niterói , v. 17, n. 2, p. 99-108, Dec. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-80232005000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jun. 2016.

SÁ, A. A. **Criminologia clínica e psicologia criminal**. 2. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010.

SANCHES, Jesus-María Silva. **A Expansão do Direito Penal** – Aspectos da política criminal nas sociedades pós-industriais. 2º Ed. São Paulo: Revista dos tribunais, 2011. 236p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. (1997) Uma concepção multicultural de Direitos Humanos. **Lua Nova Revista de Cultura e Política. Governo e Direitos** – CEDEC, nº 39, p. 122.

_____. **Os fascismos sociais**. Folha de São Paulo. São Paulo, 6/09/1998, 1 caderno. p3.

SANTOS, Juarez Cirino dos. **30 anos de vigiar e punir**. 11º Seminário Internacional do IBCCIM (4 a 7 de outubro de 2005), São Paulo – SP. Disponível em: http://www.academia.edu/4237541/30_ANOS_DE_VIGIAR_E_PUNIR_FOUCAULT_Juarez_Cirino_dos_Santos. Acesso em: 04 out. 2014.

SARLET, I. W.. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 8. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

_____. **Eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

SCHNEIDER, E.M.; Justina, L.A.D.; Andrade, M.A.B.S.; Oliveira, T.B.; Caldeira, A.M.A. e F.A. Meghioratti (2011). Conceitos de gene: construção histórico-epistemológica e percepções de professores do ensino superior. **Investigações em Ensino de Ciências**, 16, 2, 201-222.

SCHWARTZ, Edna; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Exclusão Social: a desigualdade do século XX**. In CIANCIARULLO, T.I; CORNETTA, T. Saúde, desenvolvimento e globalização. São Paulo, Editora Icone, 2002.

SCHÜTZ A. **The Phenomenology of the Social World**. Translation G. Walsh and F. Lehnert. Evanston: Northwestern University Press; 1967.

SARACENO B. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte: Té Cora; 2001.

SHECAIRA, S. S. **Criminologia**. RT. São Paulo, 2004. 384p.

SILVA, O.. **Droga! Internar não é prender**. Fortaleza: Arte Visual, 2013.

SILVA, M. O L; OLIVEIRA, S. S; PEREIRA, V. A; LIMA, M. G. S. B.. **Etnografia e Pesquisa Qualitativa**: apontamentos sobre um caminho metodológico de investigação. 2010. Disponível em:
<http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.1/GT_01_15.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2014.

SILVEIRA LEMOS, F; CARDOSO, J, H. R., A Genealogia em Foucault: uma Trajetória. **Psicologia & Sociedade** [en linea] 2009 : Disponível em:
<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326733008>> Acesso em: 13 out. 2014

SIQUEIRA, D. Construindo a descriminalização... In L.M.B., Santos (Org). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. 65-70. Porto Alegre: ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. 2010.

SPOSATI, R. Globalização da economia e processos de exclusão social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social. Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social**. Brasília, DF: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, módulo 1, p.61-76, 2000;

SVEDBURG,E. Compulsory treatment: the Swedish approach. In: Ethical Eye: **Drug Addiction**. Strasbourg: Council of Europe. Publishing; 2005, p.75–90.

TAVARES, F. R; G. et al. Crenças e pertencas, moral e sexualidade na juventude mineira. **Numen**, v. 7, n. 1, 2010.

TIBURI, M. A.; DIAS, A. **Sociedade Fissurada: Para Pensar As Drogas e A Banalidade do Vício**. Editora José Olympio, 2013.

TRINDADE, B. S; ZINI, J. C. F. Internação Involuntária do Dependente Químico no Estado de Minas Gerais. Disponível em:
<http://npa.newtonpaiva.br/letrasjuridicas/?p=1006> Acesso em: 14 mar. 2016.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURCKE, C. **Sociedade excitada**: filosofia da sensação. Campinas: Unicamp, 2010.

U.N. Joint Statement - Compulsory drug detention and rehabilitation centres. Tailândia. Bancoc. 9 de março de 2012. Disponível em:
http://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific//2012/03/drug-detention-centre/JC2310_Joint_Statement6March12FINAL_En.pdf. Acesso em: 2013-07-24

U.N. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14: **The right to the highest attainable standard of health**, November 8, 2000, para. 12.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime From Coercion to Cohesion: Treating Drug Dependence through Healthcare, Not Punishment. Discussion paper. Vienna: UNODC; 2010. Disponível em: <http://www.idpc.net/publications/unodc-from-coercion-to-cohesion-treatment>. Acesso em: 09 jul. 2015

VIEIRA FILHO, N. G. . A pesquisa participante em psicologia clínica. In: VI Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituição, 2006, Vitória. **Anais do VI Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituição- Psicologia e políticas publicas**. Vitória: GM Gráfica & Editora LTDA, 2006. v. 1. p. 18-19.

VIEIRA FILHO, N. G; TEIXEIRA, V. M. S.. Observação Clínica: estudo da implicação psicoafetiva. **Psicol Estud**, v. 8, n. 1, p. 23-9, 2003.

VÍCTORA, C. G. et al. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editora, 2000.

XIBERRAS, M. **As Teorias da Exclusão** - Para uma construção do imaginário do desvio. Instituto Piaget: Lisboa. 1993

ZEDNER, L. Controle social. In: OUTHWAITE, W.; BOTTOMORE, T. et al. **Dicionário do Pensamento Social no Século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. p.138-139. [Links]

ZAFFARONI, E. R. **El Enemigo en el Derecho Penal**. Madrid: Dykinson, 2006.

ZIMBARDO, P. **O efeito Lúcifer**: como pessoas boas tornam-se más. Tradução Tiago Novaes Lima. Rio de Janeiro: Record, 2012.

ZIONI, F. Exclusão social: noção ou conceito?. **Saude soc.**, São Paulo , v. 15, n. 3, p. 15-29, Dec. 2006 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Mar. 2016.

ŽIŽEK, S. **Bem vindo ao deserto do Real!**. Boitempo Editorial, 2006.

WACQUANT, L. **As Prisões da Miséria**. Da escravidão ao encarceramento em massa: repensando a “questão racial” nos Estados Unidos. Contragolpes–seleção de artigos da New Left Review. São Paulo, Boitempo, 2006.

WEBER, Marx. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. Trad. de Irene de Q. F. Szmrecsáyi e Tomás J. M. K. Regis Barbosa Szmrecsáyi. São Paulo: Pioneira, 1983

WHO. **Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence**, 2004. Disponível em: www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_E.pdf. Acesso em: 12 ago. 2013

WHO. **Management of substance dependence** (Fact Sheet), 2003, Disponível em: www.who.int/substance_abuse. Acesso em: 11 ago. 2013

WOLFE D, SAUCIER R. **Rehabilitation's name?** Ending institutionalised cruelty and degrading treatment of people who use drugs. International Journal of Drug Policy. 2010

APÊNDICES

APÊNDICE A - Autorização da Instituição onde a coleta será realizada**AUTORIZAÇÃO**

Projeto: A Internação Involuntária frente aos Direitos e Garantias Fundamentais Constitucionais - A percepção do usuário de drogas como Sujeito de Direito

Orientando: Rubens Correia Junior

Orientadora: Prof^a. Dr^a Carla Aparecida Arena Ventura

Autorizo que Rubens Correia Junior, advogado, professor universitário, mestrando da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto com RG. MG11116623, pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa aprovado pelo CEP/EERP/USP e intitulado “**A Internação Involuntária frente aos Direitos e Garantias Fundamentais Constitucionais - A percepção do usuário de drogas como Sujeito de Direito**”, utilize o espaço da Instituição: Clínica xxxxxxxxxxxx, próximo à cidade de xxxxxxxxxxxx, na rodovia xxxxxxxxxxxx, s/n, com o objetivo de edificar de coletar os dados necessários para a referida pesquisa. Tal autorização abrange a entrevista dos usuários internos involuntários, desde que com a aprovação destes.

Esta autorização e a respectiva coleta de dados serão válidas somente após a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/EERP/USP

Ressalta-se que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo. Ademais, o nome da clínica será alterado no caso de futuras publicações científicas decorrentes do estudo.

Uberaba, 01 de junho de 2016

RESPONSÁVEL PELA CLÍNICA

CPF:

Clínica xxxxxxxxxxxxxxxx

PS. Este documento também se insere no sigilo da Resolução 466/12

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(Frente)

Eu, Rubens Correia Junior, sou mestrando na pós-graduação de enfermagem psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: *Da exclusão social à percepção do usuário de drogas como Sujeito de Direito - A Internação Involuntária frente aos Direitos Humanos* que tem como objetivo, compreender a percepção dos usuários de drogas internados involuntariamente em uma clínica terapêutica do município de xxxxxxxxxxxxxx sobre a vivência de seus direitos humanos, com foco em situações de exclusão favorecidas pela evolução legislativa, políticas públicas e práticas dos serviços de saúde para usuários de drogas.

Assim gostaria de convidá-lo(a) a participar deste estudo. Sua participação consistirá de seu envolvimento em uma atividade individual que consistirá em uma entrevista. A entrevista tem duração prevista de 60 minutos. A entrevista será agendada conforme sua disponibilidade de data e horário e acontecerá na própria Clínica Terapêutica, consistindo em perguntas a respeito de sua vivência em relação aos seus direitos e sobre situações de desrespeito com as pessoas usuárias de drogas em situação de vulnerabilidade, bem como seu conhecimento sobre os direitos e garantias fundamentais do cidadão. Essa entrevista será gravada. Tal gravação servirá apenas para análise do pesquisador, para fins desta investigação, podendo ser divulgadas em trabalhos ou eventos científicos, mas garantindo-lhe a não identificação. Ressalto que sua recusa na participação não acarretará qualquer prejuízo em seu atendimento nesta unidade de saúde.

Não haverá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras por sua participação. Sobre os riscos envolvidos na sua participação, informo que o(a) senhor(a) poderá sentir algum tipo de desconforto ao responder aos questionários ou a entrevista, mas receberá apoio do pesquisador se isso acontecer. Está garantida indenização por parte do pesquisador e das instituições envolvidas, diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa. Sendo sua participação voluntária, o(a) senhor(a) poderá a qualquer momento recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar desta pesquisa. Por fim, ao aceitar participar desta pesquisa o senhor receberá uma via assinada pelo pesquisador deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Comprometo-me, também, a garantir a apresentação dos resultados obtidos após término da pesquisa.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP – EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisa. Para informações adicionais ou reclamações, o senhor poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, situado na av. Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto, ou pelo telefone 16-3315-3386, ou e-mail cep@eerp.usp.br.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(verso)

Agradeço a sua colaboração e coloco-me à disposição para qualquer informação que considerar necessária.

Atenciosamente,

_____.

Rubens Correia Junior.

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP

Av. Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto

CEP: 14040-902

Tel: (34) 9978.4585

Eu,

_____, declaro estar ciente do inteiro teor deste consentimento e estou de acordo em participar da pesquisa, sabendo que dela poderei desistir a qualquer momento sem sofrer quaisquer punições ou constrangimentos.

xxxxxxxxxxxxx, _____ de _____, 20____.

_____.

Assinatura

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido para profissionais doutores com a finalidade de análise, elaboração e validação de instrumento para roteiro de entrevista na área de direito e saúde

(Frente)

Eu, Rubens Correia Junior, sou mestrando na pós-graduação de enfermagem psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: Da exclusão social à percepção do usuário de drogas como Sujeito de Direito - A Internação Involuntária frente aos Direitos Humanos.

Assim gostaria de convidá-lo(a) a participar deste estudo. Sua participação consistirá em analisar, criticar e validar um instrumento para entrevista semiestruturada. Tal instrumento será apresentado ao senhor (a) tendo como finalidade compreender a percepção dos usuários de drogas internados involuntariamente em uma clínica terapêutica do município de xxxxxxxxxxxxxx sobre a vivência de seus direitos humanos, com foco em situações de exclusão favorecidas pela evolução legislativa, políticas públicas e práticas dos serviços de saúde para usuários de drogas.

Sua participação é de fundamental importância. Caso aceite participar, o (a) Sr (a) deverá assinalar no presente termo de consentimento.

É possível que o presente estudo lhe traga algum desconforto analisar, criticar e validar o instrumento de pesquisa. Os benefícios advindos com os resultados desta pesquisa relacionam-se com a disponibilização de um instrumento conciso e eficaz para a sistematização visando à compreensão e percepção dos usuários de drogas internados involuntariamente em uma Clínica terapêutica do município de Ipuã/SP sobre a vivência de seus direitos humanos a partir de informações válidas e confiáveis.

Dou-lhe a garantia de que as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para a realização do estudo. O (a) Sr. (a) tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem nenhum dano. Ao apresentar o trabalho, não utilizarei o seu nome nem qualquer outro dado que possa identificá-lo (a).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP – EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisa. Para informações adicionais ou reclamações, o senhor poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, situado na av. Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto, ou pelo telefone 16-3315-3386, ou e-mail cep@eerp.usp.br.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(verso)

Agradeço a sua colaboração e coloco-me à disposição para qualquer informação que considerar necessária.

Atenciosamente,

Rubens Correia Junior.
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP
Av. Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto
CEP: 14040-902
Tel: (34) 9978.4585

Eu,

_____,
declaro estar ciente do inteiro teor deste consentimento e estou de acordo em participar da pesquisa, sabendo que dela poderei desistir a qualquer momento sem sofrer quaisquer punições ou constrangimentos.

Ribeirão Preto, _____ de _____, 20_____.

Assinatura

APÊNDICE D – Roteiro de Observação

- 1) Condições de infraestrutura da Clínica Terapêutica (localização, identificação do local, espaço físico, iluminação, ventilação, acomodações, mobília; limpeza; acesso para usuários do serviço com dificuldade de locomoção; segurança);
- 2) Relações hierárquicas no contexto da Clínica Terapêutica;
- 3) Rotina do trabalho e do cuidado aos usuários de drogas internados;
- 4) Rotina e manifestações religiosas nas dependências da Clínica Terapêutica;
- 5) Comunicação verbal e não verbal entre usuários internados e profissionais do serviço

APÊNDICE E - Roteiro para a Realização das Entrevistas Semiestruturadas

1 – PERFIL FAMILIAR CULTURAL

Este "bloco" pretende caracterizar os processos de inclusão/exclusão vividos pelo paciente no âmbito familiar e sócio cultural.

Fonte: Entrevista semiestruturada com relato dirigido do paciente internado involuntariamente na CT sobre os temas elencados.

1. Qual era a sua situação de emprego antes do uso abusivo de drogas?
2. Como é a sua situação atual de emprego?
3. Que atividades ocupacionais e sociais você tinha antes desta internação? (ex.1: tarefas domésticas, geração de renda. Ex.2: igreja, esporte, grupos sociais)
4. Como é a sua relação com os vínculos religiosos ou religião?
3. Como era constituída sua família e como eram suas relações com seus familiares antes do uso abusivo de drogas?
4. Como estão suas relações familiares hoje?
5. Quais são suas experiências com drogas ilícitas? (tipo de droga, espaços de uso)
6. Quais suas experiências de internação e tratamento (tempo internado, quantidade de internações, como avalia tais experiências)?
7. Já procurou o CAPSad? Em caso negativo, por que não?

2 - O USUÁRIO DE DROGAS, OS DIREITOS HUMANOS E A EXCLUSÃO SOCIAL

1. O que você considera ser um Direito Humano? Cite alguns exemplos do que é ter direito humano.
2. Como você, enquanto interno em uma Clínica terapêutica, pode efetivar seus direitos humanos?
3. Ao longo de sua vida, inclusive durante todo o processo desta atual internação, o senhor teve seus direitos humanos sempre garantidos?
4. A Clínica terapêutica impõe algum comportamento ou escolha em seu dia a dia que vão contra suas crenças ou valores? O que você pensa a respeito?
5. O que você pensa ser exclusão social?
6. Você se sente excluído da sociedade de alguma forma, devido ao uso ou abuso de drogas?
7. Durante o processo de internação você se sentiu excluído da sociedade de alguma forma?
8. Estar internado neste tipo de instituição ajuda na inclusão social?

APÊNDICE F - Roteiro de pesquisa documental

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Fonte: prontuário de pacientes disponibilizados pela Clínica Terapêutica

1. Idade Atual:

_____ .

2. Estado Civil:

() Casado (inclusive união estável) () Solteiro () Divorciado () viúvo

4. Cor:

() Preto () Branco () Pardo () vermelho ()

5. Sexo (Gênero):

() Homem () Mulher () Outro

6. Cidade de domicílio:

_____ .

7. A Clínica terapêutica está na posse dos documentos pessoais do interno:

() sim () não

8. Grau de Instrução:

() Sem instrução () fundamental incompleto () Fundamental completo () médio incompleto () Médio completo () superior incompleto () Superior completo () Não determinado

9. Profissão /

APÊNDICE G - Acordo de confidencialidade
(Frente)

**Projeto: A Internação Involuntária frente aos Direitos e Garantias Fundamentais
Constitucionais - A percepção do usuário de drogas como Sujeito de Direito**

Orientando: Rubens Correia Junior
Orientadora: Profª. Drª Carla Aparecida Arena Ventura

Eu, **Rubens Correia Junior**, advogado, professor universitário, mestrando da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto com RG. MG11116623, pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa aprovado pelo CEP/EERP/USP e intitulado “**A Internação Involuntária frente aos Direitos e Garantias Fundamentais Constitucionais - A percepção do usuário de drogas como Sujeito de Direito**”, venho por meio deste acordo afirmar o que segue:

Devido a pesquisa acima citada utilizarei o espaço da Instituição: Clínica xxxxxxxxxxxxxxxx, próximo à cidade de xxxxxxxxxxxxxxxx, na rodovia xxxxxxxxxxxxxxxx, s/n, com o objetivo de edificar de coletar os dados necessários para a referida pesquisa.

A partir da autorização da referida clínica serão entrevistados em torno de 12 (doze) usuários internos involuntários, desde que com a aprovação destes.

As entrevistas terão média de 30 minutos e serão realizadas em datas pré-agendadas nos dias de sexta, sábado ou domingo. Em no máximo quatro encontros. As entrevistas serão no ambiente da clínica, em local reservado entre o pesquisador e o entrevistado. As entrevistas posteriormente serão disponibilizadas ao Diretor da clínica e os nomes dos entrevistados serão resguardados por códigos. As entrevistas serão transcritas e os arquivos de áudio APAGADOS.

Ressalta-se que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

(verso)

Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo. Ademais, o nome da clínica será alterado no caso de futuras publicações científicas decorrentes do estudo. Em caso do não cumprimento das cláusulas deste acordo fica o pesquisador sujeito as devidas sanções de Direito.

Uberaba, 01 de junho de 2016

RUBENS CORREIA JUNIOR
OAB/MG 108.861 PS.

Este documento também se insere no sigilo da Resolução 466/12

Anexo A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Internação Involuntária frente aos Direitos e Garantias Fundamentais Constitucionais
- A percepção do usuário de drogas como Sujeito de Direito

Pesquisador: Rubens Correia Junior

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42602814.8.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.200.857

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Segunda Versão do projeto intitulado “A internação Involuntária Frente aos Direitos e Garantias Fundamentais Constitucionais – A percepção do usuário de Drogas como Sujeito de Direito”, agora em 34 páginas, contando-se cinco apêndices.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme já apresentado, o projeto prevê “Descrever a percepção dos usuários de drogas internados involuntariamente em uma comunidade terapêutica do município de Ipuã, sobre seus direitos e garantias fundamentais”. Aparecem cinco objetivos específicos, nas fls. 4 e 05 do projeto, conforme também a versão anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A nova versão do projeto, tal qual pedido por este CEP, apresenta descrição realista dos riscos, nas páginas 18-19. Em resumo, descreve-se possibilidade de conforto do pesquisado e de divulgação de informações confidenciais do paciente, embora se faça o máximo por evitar esta última situação, ao comprometer-se o pesquisador com o sigilo dos dados colhidos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A descrição detalhada da pesquisa já se encontra no parecer anterior deste Conselho. Basta, aqui, ressaltar que há esclarecimento (item 2.4.5.1, pág. 15), sobre a validação do instrumento de

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.200.857

entrevista semiestruturada. Agora se explica que haverá validação de um comitê de especialistas composto por cinco doutores (que assinarão termo de Consentimento de Apendice III), além de uma entrevista-piloto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No parecer anterior, sobre Termos de Apresentação Obrigatória, foram pedidas alterações no TCLE. O mero risco de desconforto continua previsto (I), mas há explicação melhor de em o que consiste a entrevista e a possibilidade de manejo desse possível desconforto (II), esta que era outra exigência do parecer deste CEP. Mais, informa-se imediatamente a possibilidade de indenização. A ambiguidade anteriormente apontada (III) no texto do TCLE também foi desfeita.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências apontadas no parecer anterior deste CEP foram devidamente atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado "ad referendum".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	ANEXO 4 - ORÇAMENTO - projeto rubens correia jr - PDF.pdf	25/07/2014 13:19:10		Aceito
Outros	anexo 1 - autorização para coleta de dados 1 (2).jpg	21/08/2014 14:01:58		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto - rubens junior.jpg	21/08/2014 14:02:59		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_357395.pdf	21/08/2014 14:04:20		Aceito
Outros	ANEXO 3 - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO - projeto rubens correia junior 2.pdf	04/03/2015 14:51:19		Aceito
Outros	ANEXO 5 - Ofício de Encaminhamento do Projeto- Carla Ventura e Rubens Junior.pdf	06/03/2015 16:13:49		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_357395.pdf	06/03/2015 16:14:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de pesquisa - Rubens Correia Junior - 2015.pdf	15/06/2015 17:57:10		Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.200.857

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.pdf	15/06/2015 17:57:54		Aceito
Outros	ANEXO 6 - TCLE - PROFISSIONAIS PARA VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO.pdf	15/06/2015 17:59:39		Aceito
Outros	ANEXO 7 - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO.pdf	15/06/2015 18:00:22		Aceito
Outros	ANEXO 8 - roteiro de pesquisa documental.pdf	15/06/2015 18:01:14		Aceito
Outros	ANEXO 9 - roteiro de entrevista.pdf	15/06/2015 18:02:07		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_357395.pdf	15/06/2015 18:03:44		Aceito
Outros	ANEXO 10 - OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO.pdf	02/07/2015 15:46:52		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_357395.pdf	02/07/2015 15:47:17		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRÃO PRETO, 26 de Agosto de 2015

Assinado por:
Claudia Benedita dos Santos
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br