

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

**Internação compulsória de usuários de crack, álcool e outras drogas:  
um pequeno mapa discursivo da mídia**

NATÁSSIA DENARDIN

**Porto Alegre, dezembro de 2013.**

**NATÁSSIA DENARDIN**

**Internação compulsória de usuários de crack, álcool e outras drogas:  
um pequeno mapa discursivo da mídia**

Monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso, requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva, Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professor Orientador: Dr. Ricardo Burg Ceccim

**Porto Alegre, dezembro de 2013.**

## **Folha de Aprovação**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
COMISSÃO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – COMGRAD COL

### **AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Título:** Internação compulsória de usuários de crack, álcool e outras drogas: um pequeno mapa discursivo da mídia.

**Acadêmica:** Natássia Denardin.

**Monografia aprovada em:** 17 / 12 / 2013.

**Professor Orientador:** Dr. Ricardo Burg Ceccim – Bacharelado em Saúde Coletiva.

**Professora Avaliadora:** Dra. Sandra Djamboladjian Torossian – Coordenadora do Centro de Referência e Apoio Institucional para o uso de Drogas – Rede Multicêntrica.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente ao meu professor orientador, Dr. Ricardo Burg Ceccim, por suas ricas contribuições a este trabalho tão importante, no qual finalizo minha trajetória na graduação em Saúde Coletiva.

Agradeço também a Rede Governo Colaborativo em Saúde, que me proporcionou conhecer um pouco da Rede de Saúde Mental, na cidade do Rio de Janeiro neste ano de 2013.

Ao professor Dr. Alcindo Antônio Ferla, que possibilitou minha participação na retomada do Projeto Vivências e Estágio na Realidade no Sistema Único de Saúde, ocorrido também na cidade do Rio de Janeiro (VER-SUS/RJ), no início do ano de 2011, onde tive meu primeiro contato direto com um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), fazendo-me apaixonar ainda mais pelo tema da Saúde Mental.

Por último e não menos importante, agradeço a todos que contribuíram direta ou indiretamente para o meu trabalho, em especial aos meus pais José Mauro Denardin e Regina Helena Pinto Denardin, por todo apoio dado durante a graduação, fundamental para minha formação.

*E nomeou o velho índio pra ministro da justiça  
E o novo ministro, chegando na cidade  
Achou aquela tribo violenta demais  
Viu que todo cara-pálida vivia atrás das grades  
E chamou a TV e os jornais  
E disse: "Índio chegou trazendo novidade  
Índio trouxe o cachimbo da paz".*

Gabriel, O Pensador (O Cachimbo da Paz, 1997)

## **Resumo**

Este trabalho visa a compor um pequeno mapa discursivo da mídia brasileira quanto ao tema da internação compulsória para usuários de crack, álcool e outras drogas. A forma com que os meios de comunicação se posicionam perante o tema, necessita de maior reflexão, uma vez que a mídia se oferece como referência na construção da opinião pública, que se posiciona perante determinados temas a partir das informações veiculadas por estes meios. O poder da mídia de gerar comoção e mobilização nacional é capaz de resultar em formulação ou modificação de políticas e leis e, assim, impactar na agenda pública ou de compor opiniões individuais, coletivas e institucionais e, assim, impactar nos imaginários sociais. Uma vez que a abordagem destes temas pode gerar tamanho impacto, é fundamental que haja um melhor debate em torno destes. Para propiciar esta reflexão é apresentada neste trabalho a perspectiva da reforma psiquiátrica, o recorte midiático feito com fontes da rede virtual e televisiva sobre o consumo de drogas, a política que determinaria a internação de usuários de drogas, assim como a construção da rede em saúde mental, tendo em vista o acolhimento de pessoas em redes cuidadoras, o que difere de sequestrar pessoas das ruas para a desintoxicação obrigatória e imposição da abstinência, sem que recursos de qualidade de vida sejam igualmente assegurados. O material da mídia foi categorizado em favorável, contrário ou ambíguo quanto à indicação de internação, sendo perceptível através desta análise que a maioria das fontes discursa como favorável, eliminando a multiplicidade ou a pluralidade de circunstâncias para focar uma posição, confundindo internação compulsória e involuntária, internação e rede de cuidados, polarizando cuidado e abandono. Busco através desta monografia, apresentar o discurso midiático, buscando desfazer a imagem da internação como melhor alternativa a este grupo social, segundo os referenciais teóricos da atenção psicossocial e minha visão como graduanda no Bacharelado em Saúde Coletiva.

**Palavras chave:** saúde mental, mídia, crack, internação compulsória, usuário de drogas.

## **Lista de Siglas**

AD – Atendimento Domiciliar

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

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

CR – Consultório de Rua

ESF – Estratégia Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PL – Projeto de Lei

PSF – Programa Saúde da Família

PSE – Programa Saúde na Escola

SENAD – Secretaria Nacional sobre Drogas

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

Introdução .....	9
Drogas e políticas de internação hospitalar: um tema para a análise de políticas em saúde .....	12
Contextualização .....	16
<i>Retomada Histórica</i> .....	16
<i>A Reforma Psiquiátrica</i> .....	19
<i>A abordagem das drogas</i> .....	22
Apresentação do PL nº 7.663/2010 .....	24
<i>Posicionamentos</i> .....	25
<i>A Influência da mídia na sociedade e na formulação de leis</i> .....	31
Objetivo.....	34
<i>Objetivo Geral</i> .....	34
<i>Objetivos específicos</i> .....	34
Metodologia .....	35
Resultados .....	37
<i>A internação compulsória na mídia</i> .....	37
<i>A rede de saúde mental na mídia sobre drogas</i> .....	44
Conclusão .....	48
Referências Bibliográficas .....	52

## Introdução

Meu interesse em abordar este tema, não provém somente de minha formação em Saúde Coletiva, mas também de uma construção pessoal, que se deu em outra experiência acadêmica. Em 2006, ingressei no curso de graduação em Publicidade e Propaganda, o qual interrompi no terceiro semestre. Naquele curto tempo, avaliava que as técnicas publicitárias abordadas ou as experiências debatidas não pareciam contemplar os impactos sociais que a disseminação de informações e a venda de ideias poderiam causar na sociedade e nas políticas vigentes. Apesar desta vivência não abraçar toda a amplitude do campo da Comunicação, me permito afirmar que diante do vivido, somado à minha experiência na Saúde Coletiva e às informações e leituras reunidas para este trabalho, que não há um diálogo adequado entre a sociedade e a comunicação em saúde e, tampouco, um exercício de escuta por parte desta área às necessidades sociais sobre informação e cuidado. Em meu processo de aprendizagem percebo uma radical mudança em meu posicionamento, fazendo-me enxergar que por trás de certos discursos moralistas e generalistas, existem as mais diversas populações compostas por seres singulares, cada qual com diferentes histórias e envolvidos nos mais diferentes contextos. É com esta trajetória, que inicio esta conversa.

A opinião pública sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) se embasa, em muitos casos, no conteúdo abordado pelos veículos midiáticos, que por vezes passam a assumir um papel pedagógico através de suas mensagens. O avanço desta comunicação, compreendida como um crescente processo social está cada dia mais presente no cotidiano das pessoas. Entre as muitas informações disseminadas, a saúde é constantemente apontada como um dos principais problemas da sociedade brasileira (OLIVEIRA, 2000). As abordagens referentes ao SUS são, geralmente, associadas com a precariedade, ineficiência e incompetência dos profissionais e do setor, ou seja, tanto do Estado quanto dos profissionais que o compõem, configurando uma imagem negativa acerca do mesmo.

Nas redes de informação e comunicação, em geral, não são colocados esclarecimentos suficientes referentes à complexidade do funcionamento do nosso sistema de saúde. Fica, portanto, restrito o conhecimento da população, o que serve de empecilho para a ampliação

do entendimento do SUS, afetando também o exercício da participação social e a construção coletiva do controle da sociedade sobre o setor da saúde.

A história do SUS, resultado de constantes lutas sociais por um sistema democrático, que permita e incentive a participação social e abandone o modelo centrado no atendimento médico e na assistência hospitalar excludente, parece esquecido ou é pouco abordado pelos meios de comunicação de massas. Enquanto o serviço público é comumente atacado, o setor privado se vê poupado de críticas, desconstruindo a ideia de complementaridade destes à rede pública de saúde, revertendo-os a antagônicos. Perante tal informação, entende-se o descrédito da população acerca de algumas políticas e iniciativas da atenção em saúde na rede pública.

É neste contexto que a temática do crack ganha força na sociedade. Surgido na década de 1970, nos Estados Unidos, o crack vem ganhando cada vez mais destaque nos veículos midiáticos atuais e se mostrando, através destes, um dos maiores problemas da atual sociedade, uma vez que o aumento do número de dependentes refletiria também o número de casos de violência associados ao consumo de drogas. O baixo preço do crack no comércio das drogas (se comparado a outras substâncias, como a cocaína) e sua fácil via de uso (inalação), populariza seu consumo. Seus famosos efeitos, que provocam sensação de euforia quase imediatamente à inalação da droga se tornam atrativos. Possuindo duração de apenas três a dez minutos, seu consumo se torna intensivo. Atingindo inicialmente a camada mais pobre da população, em um segundo momento atinge a todas as classes sociais (CHAGAS; SEEGER, 2013).

Pode-se dizer que a “epidemia” no consumo de crack, álcool e outras drogas, apontada por alguns especialistas, se deve também a política de repressão, que de certa forma, especializa o comércio em territórios de exclusão e crime, aumentando ainda mais o consumo e a produção da mesma. Por estes motivos, apesar do maior número de consumidores de drogas no Brasil corresponde a usuários de álcool (BRASIL, 2004), o crack é aquela droga que ganha maior destaque nos meios de comunicação, gerando uma maior discussão em torno do tema.

Apesar das incoerências envolvendo os comparativos entre o consumo de álcool e o

consumo de crack, é a última que gera maior comoção nacional, tendo a imagem dos seus usuários constantemente associadas a "zumbis", determinados a qualquer coisa com o fim de conseguir a droga, inclusive o envolvimento com atos de violência. Usuários e criminosos passam a representar uma mesma figura, sempre aterrorizadora e ameaçadora.

A internação hospitalar surge, então, como uma medida que tem por objetivo responder a pressão da sociedade, que clama por rápidas soluções perante a disseminação do consumo de drogas e seus decorrentes casos de violência. Esta prática passa a ganhar espaço nos campos da comunicação, possibilitando a apropriação de conhecimento do tema pelos leitores e espectadores. O que a mídia mostra, exatamente? Ela conduz o tema respeitando as constantes construções no campo da saúde e considerando as importantes conquistas sociais, como a reforma psiquiátrica e a lei antimanicomial? Uma internação hospitalar pode ser compulsória ou mesmo involuntária? A internação, quando involuntária ou compulsória, segue pertencendo a um projeto terapêutico ou passa à medida judicial diante da segurança pública? Como o direito à atenção integral e acesso universal à saúde é preservado quando se cogita a imposição de medidas terapêuticas? Quem participa deste debate e como ele é tornado público?

A presente monografia versa sobre isto, constituindo-se pela organização de um Trabalho de Conclusão de Curso para a graduação no Bacharelado em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

## **Drogas e políticas de internação hospitalar: um tema para a análise de políticas em saúde**

O presente texto tem como tema a Internação Compulsória, tendo sido motivado pelo interesse no campo da Saúde Mental no escopo da Saúde Coletiva e pela polêmica que cerca o tema no momento, envolvendo fortes posições em divergência. A discussão proposta envolve tomar como base a apresentação, pela Câmara Federal, do Projeto de Lei nº 7.663/2010, de autoria do Deputado Federal Osmar Terra, do Rio Grande do Sul, que prescreve a internação de “dependentes químicos”, independentemente de sua vontade, havendo o pedido da família ou a determinação por um profissional médico de qualquer especialidade. A tematização buscará relacionar publicações da mídia sobre o tema, constituindo um pequeno mapa discursivo. As posições das entidades profissionais de psiquiatria, psicologia, psicopedagogia e saúde mental coletiva tornam este debate um debate da sociedade como um todo, das comunidades profissionais e dos órgãos de saúde, justiça e segurança pública.

O consumo de drogas acompanha a história da humanidade, estando presente desde tempos imemoriais nos rituais e nas práticas comunitárias (SILVA, 2006). São usadas desde os primórdios como forma de alterar a consciência e a percepção dos indivíduos, promovendo a espiritualidade, o congaçamento, ritos de iniciação ou preparação do corpo e da mente para condutas esperadas. Ao longo do tempo, as drogas vão mudando suas formas de preparação e consumo, atingindo diversos grupos sociais por motivos de lazer, relaxamento, alívio do stress, restauração de desconfortos físicos ou mentais, prolongamento da vigília e, finalmente, assistimos a indução do consumo associada à venda e ao tráfico. Contemporaneamente, a droga aparece com força no comércio ilegal, no tráfico internacional, na produção intensiva de usuários que participarão de sistemas de compra e venda inseridos na sociedade capitalista. Como enfrentamento da expansão do comércio e consumo de drogas ilegais aparece o proibicionismo, como se o não consumir fosse uma questão de determinação individual e como se a droga se inserisse na vida das pessoas como condição doentia a ser superada com a força de vontade e a introdução de disciplina moral, religiosa ou ocupacional (CARNEIRO, 2005).

Com isso, uma política de “guerra às drogas” ganha legitimidade na sociedade, voltada à desintoxicação e à abstinência. A culpabilização e a criminalização dos consumidores associam o consumo de drogas à degradação humana e à sugestão de deterioração dos sistemas cognitivo, perceptomotor e neuropsicológico. Na imagem das drogas a abstinência passa a ser o principal objetivo almejado pela sociedade. Atualmente, a substância que vem causando maior preocupação para a sociedade é o crack, devido o seu potencial de danos à saúde física e psicológica, o poder de causar dependência e a violência associada ao seu acesso e uso. Se o tráfico é uma questão de polícia e segurança pública, o consumo é uma questão de cuidado e saúde pública.

Para a construção de efetivas políticas públicas de saúde sobre drogas é necessário conhecer o funcionamento do Sistema Único de Saúde a fim de analisar suas possibilidades. O SUS, aprovado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado por meio das Leis Federais nº 8.080 e nº 8.142/90, organiza em todo o território nacional uma rede de ações e de serviços de forma hierarquizada e regionalizada, sendo um sistema tripartite, envolvendo as esferas municipal, estadual e federal. O SUS coloca a saúde como direito de todos e dever do Estado. São algumas diretrizes do SUS: a **universalidade** de seus serviços, sempre de forma gratuita e sem nenhum tipo de discriminação; **integralidade** das ações de cuidado e tratamento; a **equidade** das ofertas de acolhimento e acompanhamento; a **descentralização** político administrativa; e o **controle social** por meio de Conselhos de Saúde, com representação de trabalhadores (25%) e usuários (50%). Por meio dos Conselhos, a população pode participar da tomada de decisão, interferindo na construção das redes, na priorização de ações e serviços, na opção por modelos de gestão e atenção, na defesa de estratégias tecnoassistenciais e inclusão de segmentos populacionais.

A Saúde Mental vem lutando e construindo ao longo do processo de reforma sanitária e implantação das redes de atenção integral à saúde, o processo de reforma psiquiátrica e de implantação da rede substitutiva ao modelo manicomial. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência, os Ambulatórios de Saúde Mental, as Oficinas de Geração de Renda e a internação psiquiátrica em hospitais gerais fazem parte da montagem de serviços em linha de cuidado, onde se deve incluir as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Consultórios de Rua (CR), o Atendimento

Domiciliar (AD) e o Programa Saúde na Escola (PSE), entre outros. É fundamental que toda esta Rede esteja disponível e acessível o mais próximo possível de cada indivíduo, família e grupo social. Com isto, enfatiza-se a importância do tratamento embasado na individualidade e o conhecimento do contexto social pelos profissionais de saúde.

A internação compulsória é a proposta que se refere à prática de internar indivíduos, sob determinadas circunstâncias, contra a sua vontade ou sob seu protesto, sendo necessária para este fim, a previsão em lei. De acordo com a já existente Lei Federal nº 10.216, de 2001, há diferenciação entre os termos *internação compulsória* e *internação involuntária*.

A internação involuntária se dá a pedido de um familiar do indivíduo associada à permissão de um médico psiquiatra. O Ministério Público também deverá ser acionado, evitando assim, que este tipo de medida se torne uma prática de exclusão e cárcere privado. A internação compulsória, por sua vez, não requer o pedido de um familiar, sendo necessária somente a manifestação de um médico, de qualquer especialidade, atestando que tal pessoa não possui condições físicas e psicológicas adequadas. O objetivo desta prática é inserir em tratamento aquelas pessoas que se supõe não terem condições de tomar suas próprias decisões, colocando em risco a sua segurança e a segurança de terceiros, uma vez que a dependência das drogas em um grau elevado pode resultar em situações de violência grave. A prática da internação compulsória é utilizada em países como o Canadá (que trata dependentes de heroína independentemente de sua vontade), doze estados dos Estados Unidos, Austrália (que permite a medida em dependentes que cometeram algum tipo de crime), Nova Zelândia e Suécia (SEMINÁRIO, 2012).

No entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS), no documento "Principles of Drug Dependence Treatment", coloca que o tratamento para drogas não deverá ser forçado. Em medidas extremas poderá ser considerado, mediante leis e situações específicas, não devendo ser esta uma regra aplicável a todos os casos (SEMINÁRIO, 2012).

O tema "drogas" é de grande complexidade e amplitude, se fazendo necessário um debate em torno do tema. A partir do momento em que temos como base somente as informações vinculadas à mídia, o debate pode se tornar mascarado e comprometer a opinião pública, movida muitas vezes somente pelas informações midiáticas, capazes de difundir informações

favorecendo lados específicos. Este controle da informação e opinião reforça a necessidade de um debate sobre o cuidado e o tratamento que fazem sentido e em que momento. Como se dá o acesso à rede de atenção integral e se existe Linha do Cuidado em Saúde Mental. A luta antimanicomial não nasceu de geração espontânea, ela resulta de um longo movimento internacional de profissionais e usuários, aliado da noção de direito de todos à saúde e dever do Estado.

## **Contextualização**

### ***Retomada Histórica***

Para melhor compreensão do assunto, vale retomar como aqueles com desordem de/no comportamento, popularmente chamados de loucos, foram historicamente tratados ao longo dos tempos (ALVES, 2011). Prevaleram métodos de exclusão e segregação, onde os loucos e “inapropriados” ao convívio em sociedade eram isolados, sem possibilidade de reinserção e/ou tratamento. Considerada por alguns como uma forma de excluir os usuários de drogas e “limpar” as cidades (teoria fortificada no Brasil pela presença de grandes eventos mundiais como a Copa das Confederações, a Copa do Mundo de Futebol e as Olimpíadas Internacionais). A internação compulsória não é, de qualquer modo, apenas um procedimento profissional. Podemos fazer um comparativo entre “dependentes” e “loucos”, lembrando um pouco de sua história e nos deparamos com a biopolítica, a biomedicalização e a segregação.

Na Renascença, a figura da Nau dos Loucos transporta bem a imagem com que a época lidava com esta temática, trazendo a tona uma prática (e depois um imaginário) de que estas pessoas deveriam ser retiradas de suas cidades e enviadas para uma viagem sem volta, a seguir uma viagem simbólica em busca de suas verdades (ALVES, 2011). Na realidade, verifica-se a expulsão dos loucos de seu território, visando à segurança dos demais cidadãos por considerarem estes como pessoas de grande periculosidade. Ao final do século XV, não é somente esta imagem fantasiosa que predomina. O objeto da loucura também passa a ser um tema ligado ao comportamento próprio do homem, suas fraquezas, sonhos e ilusões, ressaltando toda a ligação que o homem tem consigo mesmo, passando este tema a ser mais aprofundado. Esta crítica que confronta a verdade do próprio homem, no início do século XVI, acaba sobressaindo à teoria cósmica e fantasiosa, que dividia espaço com o racional, privilegiando a reflexão crítica da loucura. Conclui-se, então, que a figura da loucura no Classicismo é entendida e considerada dentro do campo da razão e não mais na figura da fantasia (ou da desrazão), predominante no período anterior (ALVES, 2011).

Na metade do século XVII se inicia a ligação entre a loucura e o internamento, tornando esta, a experiência mais visível e conduta clássica ante a loucura, de acordo com Foucault (1987). O internamento, grande marca do século XVII, não é um local para tratamento como temos em nosso imaginário, embasado na conduta atenciosa e de dedicação ao mais singular tratamento. Não há terapêutica médica e o internamento tem como sua função julgar, decidir e executar, tal como uma estrutura semi jurídica (ALVES, 2011). Este tipo de internamento muito se assemelha aos ocorridos na idade média, neste caso, com os leprosos que eram isolados nos leprosários, tendo em vista evitar seu contato com a sociedade.

Para melhor compreensão da complexidade que cerca o internamento em saúde mental, é necessário considerar todas as mudanças sociais e políticas de cada época. Fazendo um comparativo entre a Idade Média e Classicismo, percebemos que neste último o Estado prevalece à religião e a ociosidade passa a ser condenada e culpabilizada, ao contrário da Idade Média, onde este quadro era o inverso (ALVES, 2011). O louco neste novo contexto passa a excluído por ser considerado um perturbador da ordem social ou inútil à sociedade em termos econômicos. Apesar das mudanças, as práticas de exclusão seguem.

Com o passar do tempo e diante do crescimento da industrialização, a população passa a ter obrigações morais que condenam à ociosidade, servindo também o internamento como forma de reabsorção e como meio de mão de obra. No final do século XVIII o internamento se mostra ineficaz no aspecto econômico, uma vez que não apresenta solução para a crise do desemprego e nem na regulação de preços. A população ali encontrada não era útil ao mercado, uma vez que não produzia e nem consumia, representando um gasto econômico para a sociedade por mera caridade (ALVES, 2011). Com essa visão de prejuízo, a internação passa a sofrer grandes críticas. A meta passa a ser recolocar todas as pessoas ociosas em circulação e utilizá-las como mão de obra objetivando a riqueza.

Neste contexto a pobreza é libertada do isolamento e passa a servir a sociedade e ao mercado. A internação serve, portanto, como um método de acabar com a miséria. Nesse sentido, os loucos eram misturados com os ociosos por uma questão de julgamento da sociedade que os considerava improdutivos (ALVES, 2011).

É somente no final do século XVIII que a figura médica passa a se associar com a figura do

louco, sendo a partir de então, elemento constituinte deste processo. A fragmentação da figura do isolamento do miserável, do libertino, da falta de moral e do ocioso dá espaço para aqueles considerados exclusivamente loucos. Começa a se dar maior enfoque à cura, ao diálogo com o médico, dando abertura para o crescimento da psiquiatria. O internamento, então, que anteriormente tinha caráter somente de isolamento, passa a ser configurado como elemento terapêutico (ALVES, 2011). Os loucos passam a ser classificados como doentes físicos, mentais ou morais e finalmente a loucura passa a ser vista como uma patologia e os chamados desatinados ficam a cargo do saberes da psicologia, marcando este período o nascimento de uma linguagem da experiência humana (ALVES, 2011).

Por fim, no século XIX, há ainda maior força da associação entre as internações e os conceitos médicos, dando abertura ao nascimento dos manicômios. Os manicômios passam a ser um lugar exclusivamente dos loucos. Segue a luta por um estatuto hospitalar capaz de garantir maior direito aos internos. Os manicômios são local causador de temores à população e, conseqüentemente, alvo de grande preconceito. A loucura e o isolamento se tornam figuras fortemente ligadas, um elo quase que essencial (FOUCAULT, 1987).

Mesmo diante de séculos de discussões, teorias e tabus; ainda é notável a concepção da internação como única solução para o tratamento da loucura, estando sempre dependente de concepções médicas para sua melhora. Vimos que nem sempre a ideia de internação esteve ligada a possíveis tratamentos, mas associada a métodos de exclusão e isolamento, característica não somente da loucura, mas de doenças como a lepra ou a tuberculose, cuja solução era o isolamento com o intuito de "proteger" a sociedade (CIRILO; OLIVEIRA FILHO, 2008).

Percebe-se que a população não considerada sã, passou ao longo dos séculos por diversas medidas excludentes até mesmo aquelas portadoras de alguma doença ou dificuldade, passíveis de tratamento e/ou controle. Os direitos em saúde mental ainda são uma luta atual que possui como grande marco a reforma psiquiátrica dos anos 70, do século passado.

## ***A Reforma Psiquiátrica***

A luta antimanicomial se traduz em um movimento sociopolítico com emergência de luta e conquista de direitos para os doentes mentais, resultando na melhoria das condições dos indivíduos internados, assim como na redução de leitos psiquiátricos, dando abertura à reforma psiquiátrica. A reforma psiquiátrica contempla novos meios e novas políticas de cuidado em saúde mental. Em meio a um histórico repleto de mudanças e descobertas, a situação atual ainda clama por novas mudanças, cabendo resgatar a necessidade de manter desperta a ideia de controle social (FRAGA; ALVES; BRAGA, 2006). A reforma psiquiátrica entra, neste contexto histórico, como acontecimento fundamental para compreender a saúde mental nos dias de hoje, colocando-se favorável a mudanças nos modelos de gestão e atenção em saúde e defesa da saúde coletiva. A integralidade da atenção em saúde mental reconhece a necessidade de equidade nas ofertas de serviço, o protagonismo dos usuários e a produção de tecnologias de cuidado em divergência com as tecnologias de cura médico-centradas.

Mais precisamente, o ano de 1978 é datado como o ano de início dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos (GONÇALVES; SENA 2001). Além de fazer fortes críticas à violência, a Reforma Psiquiátrica questiona a hegemonia da rede privada na assistência, criticando também o modelo hospitalocêntrico. Provando a força de suas discussões, é na década de 1980 que surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), mais especificadamente em São Paulo, em 1987, significando o surgimento de uma nova rede de cuidados, substitutiva ao modelo manicomial (BRASIL, 2005).

No ano de 1989 a reforma psiquiátrica brasileira chega até o Congresso Nacional por meio de um Projeto de Lei (PL) de autoria do então deputado Paulo Delgado (Partido dos Trabalhadores, Estado de Minas Gerais) propondo a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e progressiva extinção dos manicômios do país. Os resultados práticos deste projeto passam a ser vistos a partir do ano de 1992, apesar da lei ser sancionada somente no ano de 2001 e com alterações substantivas ao projeto original, como a manutenção dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Os movimentos sociais passaram a ganhar mais força com a criação do Sistema Único de Saúde e muitas mudanças na saúde tiveram lugar a partir da década de 1990. Na saúde mental, uma época de profundos acontecimentos no âmbito nacional, especialmente a partir da assinatura da Declaração de Caracas e da II Conferência Nacional em Saúde Mental, fazendo vigorar as primeiras normas federais propiciando maior fiscalização e regulamentação de hospitais psiquiátricos. Apesar do grande crescimento de unidades como os CAPS (cerca de 208 ao final deste primeiro período), 93% dos recursos do Ministério da Saúde ainda eram destinados aos Hospitais Psiquiátricos, mostrando que embora o movimento crescente de tratamentos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, ainda havia grande prevalência dos mesmos, enfatizando o poder da visão hospitalocêntrica (BRASIL, 2005).

A Lei Federal nº 10.216, que entrou em vigor em 2001, a partir do PL do deputado Paulo Delgado, privilegia o tratamento em serviços de base comunitária, protegendo o direito de pessoas com transtornos mentais, porém não instituía mecanismos de diminuição dos manicômios. Entretanto, graças à política de saúde mental do Governo Federal se observa a valorização do modelo comunitário em substituição do modelo hospitalar, que passa a fiscalizar, gerir e reduzir os leitos psiquiátricos, podendo ser considerado este o grande momento da consolidação da Reforma (BRASIL, 2005).

Os Centros de Atenção Psicossocial surgem neste contexto de forma *substitutiva* aos hospitais psiquiátricos, sendo de forma alguma *complementares* a estes. Cabe ao CAPS o acolhimento de pessoas com distúrbios mentais ou com problemas de drogadição, preservando e fortalecendo os laços do usuário com o seu território (MACEDO, 2013). Além disso, é um local de produção de autonomia, convidando o usuário à responsabilização e ao protagonismo em seu próprio trajeto de vida. Os CAPS têm como função prestar atendimento em regime de atenção diária, promover a inserção social de seus usuários por meio de ações intersetoriais, dando suporte à saúde mental na rede básica (BRASIL, 2005). Os CAPS estão divididos em CAPS I, II e III, dando assistência para adultos com distúrbios mentais, conforme a diversidade da equipe multiprofissional e a jornada de funcionamento; CAPS i, infanto-juvenil, para crianças e jovens e CAPS AD para usuários de álcool e outras drogas, que será nosso foco principal neste trabalho.

O CAPS AD trabalha com usuários que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, funcionando somente cinco dias na semana e podem ser encontrados em municípios com mais de 200.000 habitantes ou em locais mais vulneráveis ao consumo, como municípios da fronteira e que estão dentro da rota de tráfico. Possuem capacidade para atender em média 240 pessoas mensalmente, com uma equipe que deve ser, no mínimo, de treze profissionais (BRASIL, 2005).

Além dos CAPS, outra figura importante surge como forma de apoio em saúde mental: os Serviços Residenciais Terapêuticos ou residências terapêuticas. Neste caso, trata-se de casas construídas no espaço urbano e que devem acolher no máximo oito moradores, respondendo à necessidade de moradia de pessoas com transtornos psíquicos (SANTOS JÚNIOR; SILVEIRA, 2009). Inicia-se com esta moradia uma longa jornada rumo à reabilitação e à inserção social. Pela Lei Federal nº 10.708 foi criado também o programa “De Volta Para Casa” que auxilia, com uma bolsa mensal, o custo da reabilitação social de pessoas com longo histórico de hospitalização, servindo como incentivo ao retorno à vida no bairro.

A nova configuração da saúde brasileira ensejou também a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF). O desenvolvimento da ESF nos últimos anos marcou a expansão do acolhimento de pessoas em serviços de saúde (BUSS; FERREIRA, 2000). Iniciado como Programa Saúde da Família (PSF), criado na década de 1990. Atendendo ao compromisso da integralidade da atenção à saúde, PSF ou ESF representam o investimento em promoção da saúde na inversão do modelo hospitalocêntrico. Assim, por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico. Cada equipe da ESF deve possuir minimamente um médico, um enfermeiro, quatro técnicos/auxiliares em enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

Estas figuras demonstram o aumento de uma rede de atenção básica, graças também aos investimentos do Ministério da Saúde para a ampliação destas novas figuras terapêuticas, fortalecendo o crescimento destes elementos em associação à redução progressiva e pactuada de leitos, de modo a não provocar desassistência aos usuários. No entanto, ainda

existem hospitais manicomiais de ordem judiciária com internamentos compulsórios. Estes estabelecimentos somam, ao todo, dezenove em todo país e “abrigam” doentes mentais que cometeram algum tipo de crime, sendo inimputáveis (BRASIL, 2005). Estes estabelecimentos são, com frequência, apontados como locais de maus tratos e óbitos, comparáveis aos manicômios do passado.

### ***A abordagem das drogas***

O conceito de drogas, de acordo com a OMS, refere-se a substâncias capazes de alterar o funcionamento do organismo, tendo como resultado mudanças psíquicas, fisiológicas e comportamentais (CHAGAS; SEEGER, 2013). A história nos mostra que não se trata de um tema atual e que diversas substâncias já foram utilizadas ao longo dos tempos. Sendo assim, é inviável idealizar um mundo sem drogas, cabendo à sociedade saber lidar apenas com o uso problemático destas.

Levando em consideração a percepção do uso de drogas através das dimensões "sujeito-substância-contexto", percebemos cada caso como uma situação singular (OLIVIENSTEIN, 1980), visto que os efeitos farmacológicos e psicológicos não respondem de uma única forma em todas as pessoas. É preciso analisar cautelosamente o que levou cada usuário a fazer uso destas substâncias, considerando todo o contexto em que este está inserido. Por isso, falamos em uso/consumo “problemático”, não em uso/consumo *abusivo* ou uso/consumo *prejudicial*. Torossian (2007) cita as duas lógicas colocadas por Le Poulichet (citada em TOROSSIAN, 2007)<sup>1</sup> para o uso de drogas: o suplemento e a suplência. Enquanto pelo conceito de suplemento entende-se a necessidade de acrescentar algo, a suplência supõe um enfraquecimento simbólico em função do qual a droga transforma-se em tóxico.

A terminologia “uso/consumo *abusivo*” ou “uso/consumo *prejudicial*” implica uma imposição de apreciação, antecedente a cada situação, enquanto a terminologia “uso/consumo

---

<sup>1</sup> Torossian (2007) cita Sylvie Le Poulichet, em “Toxicomanias y psicoanálisis: las narcosis del deseo”, publicado pela editora Amorrortu, de Buenos Aires, em 1990.

*problemático*” implica a apreciação de circunstância individual. É como na circunstância em que as pessoas dizem “eu tenho problema com o álcool” ou “eu tive problema com drogas”.

Neste processo, a necessidade do trabalho em rede é fundamental. A população vulnerável tende a crescer ainda mais por conta do sistema capitalista, que propicia a exclusão e as desigualdades, favorecendo-se assim o cenário ideal ao uso de substâncias psicoativas. No sistema em que o ter é superior ao ser, o consumo é primordial e aos menos favorecidos, resta o consumo de drogas como forma de se inserir na lógica desta sociedade. Consumo mais problemático, uma vez que sem as opções, compensações e substituições que a própria sociedade de consumo e de bens sociais e culturais proporciona.

A sociedade ainda tende a se portar de forma controversa, uma vez que certas drogas são socialmente aceitáveis, como o álcool e o tabaco, enquanto outras são extremamente marginalizadas, a exemplo do crack. A controvérsia é tanta, que o maior número de consumidores de drogas no Brasil corresponde a usuários de álcool – droga legal apoiada veementemente pela mídia, que associa em seus comerciais, imagens de felicidade e bem estar. Enquanto nos é transmitido que fazer o uso de álcool nos torna socialmente aceitos, fazer uso do crack tornaria as pessoas violentas e verdadeiros trapos humanos que habitam as ruas.

Enquadrar a população sob consumo do crack como homogênea é um grande erro. Estamos lidando com uma população heterogênea que necessita de cuidados específicos e diferentes entre si. A própria motivação para o uso de drogas varia de pessoa para pessoa. Uns fazem uso pela busca do prazer, outros como forma de fuga de uma realidade vulnerável e outros até por sobrevivência. A “dependência química” não é um fator isolado.

Apesar da sugestiva denominação, a abordagem é muito além de química (TOROSSIAN, 2004), pois estamos lidando com toda a complexidade de um sujeito. Tratar essa população tão diferente de forma igual seria além de ineficaz, um desrespeito às singularidades de cada um.

## **Apresentação do PL nº 7.663/2010**

O Projeto de Lei proposto pelo deputado Osmar Terra, PL nº 7.663/2010, propõe alterações e adições à Lei Federal nº 11.343/2006, que cria o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, indicando as medidas para prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e “dependentes” de drogas e estabelecendo normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. Conforme o PL, o usuário de drogas, em especial, o dependente de crack, perde as condições de tomar as suas próprias decisões não podendo, por sua espontânea vontade, procurar serviços de ajuda, sendo necessária, então, a internação involuntária do mesmo. Além desta medida, o Projeto de Lei sugere maior rigor quanto à punição daqueles que cometem crimes relacionados ao uso e à venda de drogas, objetivando a diminuição da oferta. O traficante de substâncias de maior danosidade à saúde na classificação das drogas, como, por exemplo, o crack, teria sua pena aumentada em relação a outro traficante de drogas consideradas mais “leves”. Este maior rigor, por sua vez, também provoca divergentes opiniões devido ao precário sistema prisional brasileiro que poderia não suportar tal demanda e também quanto ao precário julgamento em diferir usuário de traficante.

Em suma, o Projeto de Lei, em tese, visa à reinserção social dos usuários de drogas dentro do contexto de sua comunidade, após período de abstenção, por meio de programas, ações e projetos que incentivem o emprego, a geração de renda e a capacitação para o trabalho, além da oferta de condições especiais de jornada de trabalho, possibilitando a compatibilidade entre o trabalho e estudos, quando assim for o caso. De um lado, a idealização da vida em sociedade, como se todas as modalidades de controle social (do Estado sobre a sociedade) fossem legítimas, viáveis e bem intencionadas. De outro, submete usuários à abstenção como alternativa indiscutível, como se fosse possível invadir a subjetividade e determinar-lhe os rumos de maneira impositiva, externa e segura (BRASIL, 2004).

O aspecto abordado pelo Projeto de Lei referente à classificação das drogas, leva em conta seus aspectos farmacológicos, os efeitos observados e seus mecanismos de ação. De acordo

com o PL, esta classificação tornaria mais inteligível os procedimentos operacionais e penais. Com isso, seria possível definir as drogas passíveis de causar dependência e as proporções que a mesma alcança sobre o usuário. A internação, de acordo com o projeto de lei, deveria garantir ações e serviços para a prevenção e a promoção da saúde, proteção e recuperação da mesma, por meio de serviços humanizados e de qualidade, respeitando as demandas e as singularidades de cada pessoa envolvida. O oferecimento desses serviços se daria após período de desintoxicação, quando o indivíduo já estaria apto “a ser trabalhado para voltar a sua sociedade”. Ressalta, também, a importância da preparação profissional, contando com uma equipe multiprofissional, capaz de valorizar parcerias tais como as associações, organizações não governamentais e instituições religiosas na abordagem da sexualidade e do uso de drogas. A abordagem proposta sugere ir além do modelo assistencial, redirecionando ao caráter de responsabilização, com o intuito de esclarecer ao usuário os danos “a que está exposto e que está expondo”. O Projeto propõe ou aceita a entrada de todo tipo de instituição em domínios da vida privada.

A fim de garantir a eficiência e a eficácia das ações desenvolvidas, propõe a avaliação obrigatória das unidades do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, da gestão do sistema e dos resultados da política, garantindo redirecionamento adequado dos recursos públicos fornecidos ao funcionamento da política posta em ação e revisão de resultados, viabilizando mudanças no processo conforme se julgue necessário. Estes aspectos são inerentes à condução de qualquer política pública, restando inócuos, exceto pela imposição de critérios epidemiológicos como o da desintoxicação e abstinência, internação involuntária, inclusão de organizações religiosas e de orientação moral na ação de Estado sobre a saúde de indivíduos e sua configuração subjetiva.

### ***Posicionamentos***

Apesar das colocações que constam do Projeto de Lei nº 7.663/2010, há diversas opiniões divergentes a serem consideradas. O Ministério da Saúde, por exemplo, aprovou uma Política Nacional para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas apresentando uma

abordagem mais ampla do tema, com muitas ideias contrárias às colocadas pelo PL de Osmar Terra, e também favoráveis. Na Política Nacional, resultado do trabalho com consultores e de escuta à sociedade, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, o tema como amplo e complexo requer considerar implicações psicológicas, políticas, sociais e econômicas, colocando em questão a abstinência e a internação como melhor solução para estes casos (SEMINÁRIO, 2012). De acordo com Humberto Costa (BRASIL, 2004), então ministro da saúde, a partir do momento em que se propõe um único tratamento, presume-se que são deixadas de lado a diversidade e a especificidade dos grupos populacionais e as individualidades de cada um, visto que cada vida possui um funcionamento diferente, expressando-se também de maneira diferenciada. Neste caso, o modelo sugerido é o da redução de danos, capaz de reconhecer as singularidades de cada um, traçando junto ao indivíduo uma estratégia voltada para a defesa de sua vida, aumentando o grau de liberdade e corresponsabilidade. Adotar a redução de danos como estratégia, não quer dizer que outras formas de intervenção devam ser descartadas. Cada forma de tratamento é eleita em cada caso e objeto de proteção da vida, da subjetividade, dos recursos locais, das alternativas detectadas em ato de cuidado e interação social, sem pré-concepções.

No Seminário Internacional Políticas sobre Drogas, realizado pela Comissão de Seguridade Social e Família, da Câmara dos Deputados, em Brasília, nos dias 5 e 6 de julho de 2010, publicado pelo Centro de Documentação e Informação daquela Casa (Edições da Câmara), diversos pontos importantes são abordados pelos parlamentares, gestores de políticas públicas e convidados especialistas nacionais e internacionais, interessantes para auxiliar na construção desta discussão (SEMINÁRIO, 2012).

Na abertura dos trabalhos, o deputado Vieira da Cunha, então Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família e Coordenador da Comissão Externa, comunica que, atualmente, no Brasil, há uma estimativa de que um milhão de pessoas sejam usuários de crack, sendo, portanto, “um problema de grandes dimensões” (“Apresentação do Presidente da Comissão”). Foram 14 palestras, dentre parlamentares, gestores governamentais e especialistas. A publicação contém, ainda, as apresentações do Presidente da Câmara Federal, Deputado Cesar Maia, e do Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família, Deputado Vieira da Cunha. Os posicionamentos a seguir foram retirados da publicação do

Seminário Internacional Políticas sobre Drogas pela Câmara Federal dos Deputados, reunindo diversos pontos, muitos deles divergentes, mas fundamentais para esta reflexão.

O General Jorge Armando Félix, ministro chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, mostrou a necessidade de focar em políticas de prevenção, enfatizando que não se pode centralizar uma determinada política somente a partir de Brasília, sendo o Brasil um país com grandes diferenças sociais e culturais em relação às suas regiões. Sendo assim, as políticas sobre drogas deveriam ser definidas conforme a necessidade de cada município, visto que há um melhor conhecimento do poder público sobre a população que ali vive e no qual há um bom conhecimento sobre suas peculiaridades. Ressalta a necessidade de um trabalho intersetorial nas políticas sobre drogas, devendo haver o envolvimento do Ministério da Saúde na recuperação dos estados saudáveis e na redução de danos; do Ministério da Educação nas ações de prevenção; do Ministério do Desenvolvimento Social, que seria o responsável pela reinserção social dos usuários; e do Ministério de Ciência e Tecnologia pelo encargo com as pesquisas e avaliações nesta e outras áreas. Questões relacionadas ao tráfico seriam de responsabilidade do Ministério da Justiça. Esta integração se mostra essencial, não apenas para ações de controle das drogas, mas para tantas outras demandas de alta complexidade, como esta. É necessário haver mútua cooperação e a articulação de esforços, lembrando que o exercício de fugir da repetição acrítica e adotar formas mais articuladas de trabalho ainda representa um grande desafio e despreparo por parte dos trabalhadores de saúde e assistência social. Ainda assim, as políticas de prevenção e promoção devem ser reforçadas por serem consideradas a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade.

Paulina Duarte, dirigente da Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD), apontou para um grave erro que o poder público não pode cometer e que influencia na formulação de suas políticas. De acordo com a mesma, ainda há certa carência em termos de estudos epidemiológicos e etnográficos e, portanto, muitas ações acabam embasando-se em especulações ditadas pela imprensa. A própria população, por sua vez, faz uso destas especulações para formar sua opinião a respeito do uso de drogas e avaliar as políticas envolvidas. De acordo com a Secretaria, estes estudos já estão em andamento e demonstram que o crack já invade também a zona rural, não estando esta epidemia restrita somente a

área urbana. Informa que, para saber as limitações das políticas implementadas é necessário ter total controle sobre os recursos disponibilizados, enfatizando a necessidade da “duplicação de leitos para dependentes químicos, não apenas em hospitais públicos, mas em clínicas especializadas e em comunidades terapêuticas”.

Thereza de Lamarte Franco, representando o Ministério da Saúde, afirma que no final de 2010 haveria a ampliação de leitos com a abertura de mais de duas mil vagas, mas que é fundamental, também, o investimento em Consultórios de Rua, que de acordo com a mesma, representa uma experiência muito positiva em relação ao atendimento da população de rua. Também é necessário investimento nos profissionais, em especial para os profissionais da atenção básica, que “devem ser capazes de diagnóstico precoce, aconselhamento e adequada intervenção profissional”.

A política de redução de danos foi muito citada pelos parlamentares. Alguns favoráveis, outros contrários. Massimo Barra, médico e fundador do Centro Fundação Vila Marainni se manifestou como um defensor desta política. Relatou casos europeus onde as seringas dos dependentes são trocadas, apresentando assim uma expressiva diminuição na contaminação de casos de HIV e hepatites, posicionamento este reforçado por Gregor Burkhardt, representante do Observatório Europeu da Droga e da Drogadição. Estas medidas não se aplicam aos consumidores de crack, porém mostram uma boa política de redução de danos e como a mesma pode impactar positivamente na saúde pública.

Entre as manifestações recolhidas na publicação, seja pelo registro das palestras, apresentações dos deputados Marco Maia e Viera da Cunha ou dos debates que se seguiram a cada palestra, consta também que é ilusório pensarmos em um mundo sem drogas. O grande desafio seria fazer com que o controle sobre as drogas não se tornasse uma guerra contra o usuário, evitando, assim, que o estigma existente neste contexto acabe por matar mais do que a própria substância, fazendo-se alusão à discriminação social do usuário que por não ter espaço na sociedade acaba por se corromper. Foi colocado, então, que os tratamentos prisionais não são os ideais nestes casos, sendo necessário o acompanhamento dentro da própria comunidade, garantindo um maior envolvimento com seu meio social. “A dependência é um problema de saúde tratável e não uma sentença de morte” (Antônio Maria Costa, diretor-executivo do Escritório das Nações Unidas). Aliás, as formas repressivas

e o posicionamento do Governo ao fazer a imagem das drogas como monstros da sociedade, acabam por atrair ainda mais pessoas a experimentarem as substâncias. “Se todo mundo fala, é preciso experimentar” (João Goulão, presidente do Instituto da Droga e Toxicodependência, de Portugal).

Surgiram também posicionamentos opostos às falas citadas, como uma palestra em que a política de redução de danos é apontada como permissiva, sendo uma forma de liberação das drogas, permissiva com seu uso, visando ao objetivo único de evitar a overdose. Para Eduardo Kalina, médico psiquiatra da American Psychiatric Association, diante do desgoverno que as drogas podem causar no indivíduo, deve-se defender a internação compulsória, afirmando que o indivíduo não teria condições de aderir a qualquer outro tipo de tratamento caso não houvesse uma desintoxicação forçada. Defende que “tendo-se em vista o estado de desgoverno pessoal a que podem chegar toxicodependentes”, dever-se-ia modificar as leis justamente para “venham a permitir o tratamento compulsório, ou não voluntário, naqueles casos em que, baseado em mandado judicial, possa-se recolher o cidadão que não mais controla suas faculdades mentais para submetê-lo ao necessário tratamento”.

Outro ponto importante muito associado ao uso de crack é a questão da violência. De acordo com a manifestação de Osmar Terra, esta é a maior causa de violência, não apenas nas comunidades, como também em todo Estado. Apresentou dados do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre, colocando que, em 2002, 80% das internações eram de usuários de álcool. Em 2006, quatro anos depois, houve uma inversão e 80% dos internados estavam lá por problemas com o crack. O Brasil acaba sendo prejudicado por estar ao lado de grandes produtores como a Bolívia, Peru e Colômbia. Ao contrário da estimativa dada inicialmente no início da ação parlamentar, Osmar Terra estima que o número de usuários de crack no Brasil não seria de um, mas de dois milhões de pessoas. Garantiu que se o Rio Grande do Sul seguir determinados protocolos, as comunidades terapêuticas poderão ganhar até R\$ 1.000,00 por vaga/mês para auxílio dos internados.

Ao contrário de colocações referentes à observação e ao cuidado do usuário dentro do seu meio, o deputado federal e médico Alceni Guerra colocou que é inviável tirar o uso de crack do dependente sem tirá-lo de seu meio e conseqüentemente, da proximidade com o traficante. O parlamentar colocou que não é possível retirar alguém de seu vício somente

através do CAPS AD, que serviria somente para um momento posterior à desintoxicação. Para iniciar qualquer tratamento, a internação é fundamental, afastando o usuário do ambiente em que o traficante se faz presente e necessitando deste período de abstinência.

Porém, a realidade parece não conversar com as teorias de internação, não havendo leitos suficientes para uma população de cerca de dois milhões de pessoas. Além da falta de leitos, na prática e no orçamento, há falta também de remédios e profissionais de saúde habilitados para trabalhar em CAPS, Fazendas de Reabilitação, Hospitais e em outros locais que visariam ao tratamento da “dependência química”. As campanhas publicitárias também foram citadas como ineficientes e com pouca utilidade prática na redução do consumo de drogas e busca de recursos terapêuticos.

Foi relatado nesta publicação que nos últimos vinte anos foram fechados mais de 80 mil leitos, período este em que a população cresceu em mais de 40 milhões de pessoas. O número de internações não corresponde ao número de leitos disponíveis, não havendo abertura de CAPS de forma proporcional ou serviços de emergência. O álcool ainda se apresenta como o maior problema em termos de uso prejudicial, apresentando também um número alarmante de óbitos. As internações são colocadas como fundamentais para o processo de tratamento e redução no uso de drogas, mas não há leitos suficientes. Nem para usuários de crack, que são a minoria e tampouco pouco para os dependentes de álcool. No combate ao uso de álcool e outras drogas, foram mapeadas 9.038 instituições que realizam atividades de prevenção, redução de danos e tratamento, sendo 70% destas de autoajuda.

Diante de tantos relatos, podemos questionar se a internação compulsória é o melhor meio para o tratamento e redução no uso problemático de drogas, assim como é necessário o questionamento acerca de usuários já muito debilitados e que perdem sua capacidade de definir o que é melhor ou não para sua vida. Estas pessoas, citadas na justificativa para impor modelos e condutas, são absolutamente desconsideradas na indicação de modos de produzir a vida que não aqueles ideologicamente assinalados como bons, coretos e saudáveis. Por exemplo, sugere-se como boa uma vida regrada por valores morais e como péssima uma vida pelas calçadas em busca e um mínimo de liberdade quando todas as tentativas autônomas de livre exercício da subjetividade deram errado.

Caso a internação seja feita de forma compulsória, é necessário analisar o número de leitos disponíveis e por quanto tempo. Quais as demais ofertas e seu plano de expansão? Qual a qualificação pretendida aos profissionais e sua distribuição de encargos? Qual a relação intersetorial e de interface com a cultura e o lazer? Neste caso seria dada a prioridade para aqueles que querem se internar voluntariamente? Existem as condições de internamento que propõe o Projeto de Lei do deputado Osmar Terra, em que há respeito à individualidade e ações que visam à reinserção social do indivíduo (ainda que negando-se os supostos ideológicos)?

### ***A Influência da mídia na sociedade e na formulação de leis***

A partir do momento em que falamos do conteúdo da mídia e seu impacto na saúde pública, é importante salientar de que mídia estamos falando e que interesses cercam suas publicações. Ao abordar questões da mídia é preciso saber que estamos lidando com veículos poderosos e capazes de induzir a população a adotar determinada opinião e comportamento (BELLONI, 2005). A televisão, por exemplo, assume por vezes erroneamente o papel de educadora. A influência midiática pode ser capaz de fortalecer ou criar movimentos capazes de influenciar na criação de novas leis. Mesmo que estas mobilizações tenham fundamento, somente nas informações veiculadas pela mídia, sem um estudo mais aprofundado sobre o assunto, seu conteúdo se torna superficial (OLIVEIRA, 2000). Alguns políticos podem aderir ao movimento com a finalidade de obterem a simpatia de seus eleitores e da sociedade e responderem a estas demandas "vazias".

As leis, por sua vez, provêm de uma demanda social e regulamentação dos interesses humanos. Estes interesses podem ser "adotados" pelos meios comunicacionais que são apresentados ao público com uma roupagem que agrada ou que traga benefícios segmentados. Sendo assim, o caráter jornalístico e informativo se perde em meio a uma peça promocional, que visa a cumprir os desejos unicamente daqueles que se beneficiam de tais informações.

Para Roberto Ramos (em Guareschi, 2002, p. 7-8), “tudo o que se lê, se vê, se ouve e se sabe, direta ou indiretamente, passa pela ditadura comunicacional, que comanda o trânsito, de mão única das ideias”. Segundo o autor, “paradoxalmente, nunca se esteve tão desinformado, incomunicável e pobre dos reais valores como agora”.

Os veículos de comunicação escondem os interesses políticos e econômicos que estão por trás de suas posições, delimitando o acesso das informações em sua íntegra (OLIVEIRA, 2000). Essa distorção da realidade vem, portanto, modelando a opinião e até a cultura da sociedade, que mesmo tendo direito à informação, vem mostrando cada vez menos a capacidade de criticar e analisar as informações, absorvendo-as sem filtro. A diminuição do esforço humano de seletividade das informações se mostra uma arma em favor da mídia que consegue sem grandes esforços manipular a opinião pública. O processo racional é substituído por simples absorção das notícias (KESSLER; KESSLER, 2005). É graças a essa manipulação da informação que a mídia se torna capaz de influenciar a médio e longo prazo nosso pensamento e posicionamento diante de alguns temas. Basta observar as conversas do cotidiano, muitas delas embasadas em informações divulgadas pelos meios de comunicação de massa (Internet, televisão, jornal e rádio). Cabe ressaltar que manchetes sensacionalistas e tendenciosas tendem a fazer ainda “sucesso” com o público por causarem maior impacto (KESSLER; KESSLER, 2005).

É necessária a análise sobre as manchetes e notícias que abordam o tema da internação involuntária/compulsória, a fim de verificar sua transparência e/ou isenção quanto aos regimes de verdade, uma vez que, como visto, são estas as informações que chegam à população brasileira e que podem ter como consequência a pressão por leis que requerem estudos mais aprofundados.

Segundo Marcondes Filho (citado por KESSLER; KESSLER, 2005)<sup>2</sup>, a imprensa tem exercido uma função classista, defendendo os privilégios das classes dominantes, orientando a agressividade popular para objetivos que não são os causadores estruturais de seus problemas, moldando, assim, o desenho da criminalização do usuário de drogas.

---

<sup>2</sup> Kessler; Kessler (2005) citam Ciro Marcondes Filho, em *O capital da notícia: jornalismo como produção social da segunda natureza*. São Paulo: Ática, 1986.

Percebe-se, portanto, a forte relação entre a comunicação e a mudança social, capaz de transformar problemas corriqueiros em grandes tragédias, que têm a violência como o principal problema social visado (KESSLER; KESSLER, 2005). A mídia deve ser refletida e não absorvida, e é isto que pretendemos com este trabalho.

## **Objetivo**

### ***Objetivo Geral***

O presente trabalho objetiva apresentar a postura da mídia referente ao tema da internação involuntária e compulsória, abordadas fortemente neste ano de 2013. Objetivo não somente apresentar os resultados obtidos neste pequeno recorte midiático, mas provocar o leitor à reflexão do tema, lançando uma série de questionamentos, ainda sem resposta.

Almejo que ao final do trabalho possamos nos questionar sobre o que queremos e esperamos de políticas como a internação compulsória e como podemos perceber nos discursos midiáticos a existência de uma posição, ainda que ocultada em uma máscara de comunicação social imparcial.

### ***Objetivos específicos***

- Apresentar um pequeno mapa discursivo daquilo que é difundido pela mídia quanto ao atendimento de saúde aos usuários de substâncias psicoativas. O trabalho deverá apresentar as posturas predominantes na mídia sobre a internação involuntária / compulsória.
- Reunir em perfis comunicativos as informações divulgadas na mídia: televisão e Internet, o que permitirá a composição de cenários veiculados como eficientes no tratamento e atenção às pessoas sob o uso problemático do crack, álcool e outras drogas.

## Metodologia

O presente trabalho será apresentado como um Mapa Discursivo. Sua construção não pretende esgotar e nem esclarecer completamente as posições e estilos da mídia. A forma de apresentação deste trabalho se dá por meio de um painel de discursos e opiniões extraídas de conteúdos midiáticos abordados. Os materiais visualizados correspondem à mídia eletrônica e televisiva, contemplando o ano de 2013, tendo uma matéria em especial realizada no ano de 2012, a qual abordaremos posteriormente com maiores detalhes. A escolha deste período se deu devido ao visível crescimento deste debate e por ser preparatório ao evento internacional da Copa do Mundo de 2014, podendo haver uma série de interesses envolvidos na organização e financiamento da mídia.

O “mapa discursivo”, segundo Henares (2001), apresenta-se como uma alternativa metodológica para o pesquisador, ajudando-o a mostrar a globalidade e extensão de um determinado discurso. O mapa discursivo se presta a expor aspectos discursivos, suas facetas, temas e condutas linguísticas (palavras ou gestos), facilitando compreender a veiculação pretendida. O discurso possui o poder de dar forma às ideias, organizando concepções e compreensões. Um discurso não é imparcial, ele descreve o mundo social, o categoriza e orienta modos de olhar, escutar e refletir. Certos discursos ocorrem em situação de interação, onde os participantes intercambiam, então ocorre uma conversação, margem à negociação de concepções, outras vezes é a veiculação de uma racionalidade.

O mapa discursivo permite agilizar o processo de categorização temática, mostrando os conteúdos de um discurso, mas não substitui a metodologia de análise do discurso. Serve principalmente para colocar de maneira didática distintos conteúdos compreendidos pelo investigador. Com um “mapa” o investigador apresenta de uma maneira didática, os temas e sentidos presentes, assim como os sentimentos no discurso que analisa. Para Henares (2001), trata-se uma estratégia, porta de entrada, para a análise de discurso e funciona como um mapa analítico. Neste trabalho, o mapa discursivo tem o sentido de análise breve, análise panorâmica, desenho inicial, ficando a análise de discurso, temática ou de conteúdo, para um momento de maior fôlego investigativo e com característica de pesquisa científica.

Foram categorizados então, os elementos discursivos conforme o posicionamento frente ao tema, no caso, **favoráveis**, **contrários** ou **ambíguos** quanto à internação compulsória. O mapa discursivo se deu pela identificação da construção discursiva, sua classificação e categorização.

**Mapa Discursivo sobre Drogas na Mídia, quanto à internação compulsória ou involuntária**

<b>Construção discursiva</b>	<b>Classificação das fontes discursivas</b>	<b>Vozes do discurso</b>
O material apresenta pontos em sua maioria positivos à internação compulsória, mostrando, por exemplo, tal prática como uma oportunidade de reabilitação, redução da criminalidade e alternativa para a saída das ruas.	Matérias que consideram positiva somente a desintoxicação e a abstinência, não considerando outros elementos da rede social ou de saúde.	<b>Favoráveis</b>
O material questiona ou apresenta dados relacionados à precariedade ou inexistência da estrutura dos locais de internação, compara tal medida ao modelo higienista e excludente, independentemente de o uso mostrar-se problemático ou não.	Matérias criticam o modelo da internação, priorizando o trabalho de recuperação de usuários na rede de saúde mental e rede social.	<b>Contrárias</b>
O material não apresenta uma crítica explícita sobre o tema ou aborda argumentos opostos de forma igual, levantando opiniões e formulações temáticas.	Matérias com caráter meramente informativo, sem apresentar argumentos suficientes que a qualifiquem como contrária ou favorável.	<b>Ambíguas</b>

## Resultados

### ***A internação compulsória na mídia***

Para compreender a mensagem que a mídia transmite sobre a internação compulsória, foram pesquisadas, para este trabalho, algumas divulgações em meio eletrônico e nos canais abertos de televisão. No meio virtual foram analisadas matérias vinculadas em sites informativos de destaque; como UOL, R7 e Terra; somando ao total 23 reportagens, todas divulgadas no ano de 2013. A escolha destes canais de informação se deu devido a sua grande visibilidade, sendo estes comumente conhecidos.

Quanto ao conteúdo televisivo, foram analisados materiais de canais da TV aberta; como Globo, Record, SBT e Bandeirantes. A escolha destas emissoras se deu por sua fácil acessibilidade, uma vez que não pertencem ao grupo de canais pagos, estando disponíveis para o grande público. A exceção de uma matéria divulgada em um telejornal da emissora Rede Record, do ano de 2012, o restante dos conteúdos são relativos ao ano de 2013, somando-se um total de 11 (onze) matérias visualizadas.

Estas foram transmitidas nos seguintes programas e emissoras: *Domingo Espetacular* (Rede Record, janeiro de 2012), *Encontro com Fátima Bernardes* (TV Globo, julho de 2013), *Brasil Urgente Minas Gerais* (Bandeirantes, junho de 2013), *SBT Manhã* (SBT, abril de 2013), *Fantástico* (Globo, janeiro de 2013), *Jornal do Acre* (Globo, julho de 2013), *Jornal do Almoço* (Globo, abril de 2013), *Jornal Regional Araraquara* (Globo, abril de 2013), *Bom dia São Paulo* (Globo, janeiro de 2013), *DF Record* (Record, abril de 2013) e novamente *Domingo Espetacular* (Record, janeiro de 2013).

Após análise, mapeou-se que dos conteúdos mostrados na televisão 8 (oito) foram favoráveis, 1 (um) contrário e 2 (dois) ambíguos.

## Mapa Discursivo, mídia televisiva sobre drogas e internação compulsória ou voluntária

<b>Vozes do Discurso</b>	<b>Programa</b>	<b>Emissora</b>
Contrária	Brasil Urgente Minas Gerais	Bandeirantes
Ambíguas	DF Record Bom Dia São Paulo	Record Globo
Favoráveis	Domingo Espetacular (2012 e 2013) SBT manhã Encontro com Fátima Bernardes Fantástico, Jornal do Acre, Jornal do Almoço Jornal Regional Araraquara	Record SBT Globo Globo Globo Globo Globo

A matéria contrária ainda apresentou pontos de favorecimento à internação compulsória, mas em meio a matéria, novos argumentos contrários à medida. Predominaram os argumentos contrários em meio à contradição. Neste caso, a fala mais pertinente foi justamente de um ex-usuário de crack e morador de rua que relata o seguinte:

Se o governo tomasse esta atitude a pessoas 'sofridas', para um ambiente onde estas pessoas tivessem o acesso à educação e acesso a algum processo de desintoxicação que não ofendesse a saúde, seria uma atitude humana do governo. Mas o governo pegar estas pessoas pra tirar da rua e colocar confinadas em um ambiente no qual estas pessoas estarão sofrendo mais agravos à saúde física e psicológica, eu acho que ele vai estar se tornando uma espécie de ditador. Ele vai estar afrontando esta população de uma forma muito severa e desumana.

A fala deste ex-usuário é mais coerente que a do apresentador, que se posicionava em algumas colocações inclusive apontando que o entrevistado “vira e mexe faz uso das drogas”, atestando e julgando cronicidade e toxicomania. Esta fala segue a errônea premissa de que a dependência química é incurável, podendo apenas ser controlada (TOROSSIAN, 2004). Apesar de não ser totalmente contrária a internação, esta matéria supõe que pelo menos da forma com que ela vem sendo feita atualmente, não é a medida cabível nestes casos.

Nas demais matérias, ainda que predomine a posição favorável, foram mostrados diferentes pontos acerca do assunto. Cito aqui como exceção, a única matéria do ano de 2012, por ser de todas as observadas a mais polêmica. Transmitida em um grande canal, pertencente a um

empresário do ramo religioso, a matéria se mostrou absurda ou caricata, mostrando crianças internadas contra sua vontade que passaram de usuários de drogas a pessoas felizes e socialmente aceitas. Estas crianças, moradoras de um abrigo, passaram, de acordo com este programa, a frequentar a escola e abandonaram o vício (não especificando que substância as mesmas faziam uso). O futuro destas crianças não é questionado. A situação familiar não é abordada e tampouco a inserção destas em uma rede de cuidado integral. Cenas como a de pessoas sendo retiradas das ruas a força, a ponto de tentarem agredir aqueles que os retiram, demonstrando total desespero, é visto como algo positivo.

Não somente esta matéria, mas todo material visto neste recorte, considera a abstinência como meta principal (e até única) no tratamento contra as drogas. Esta representaria a cura, não havendo – ou não citando – mais nenhuma alternativa. No programa *Jornal do Almoço*, pertencente à RBS, filial da TV Globo no Rio Grande do Sul, a apresentadora entrevista o deputado Osmar Terra, autor do PL 7.663/2010. Apesar da postura favorável, ao questionar se há estrutura adequada para atender a esta demanda, o deputado não dá uma resposta concreta e se isenta desta responsabilidade, dizendo esta pauta pertencer ao Estado.

Também se percebeu em algumas matérias certa confusão entre a internação compulsória e a internação involuntária, confundindo assim os conceitos estabelecidos na Lei Federal nº 10.216/2001, conforme o que determina. A Lei considera os seguintes tipos de internação psiquiátrica: **voluntária**, aquela que se dá com o consentimento do usuário; **involuntária**, aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e **compulsória** aquela determinada pela Justiça (BRASIL, 2001). O uso da imagem de famílias desesperadas, buscando a internação de familiares usuários de drogas foi utilizado em algumas matérias, não caracterizando a internação como compulsória e sim como involuntária, uma vez que não contemplaria o acionamento da Justiça. No entanto, a prática é referida por estas mídias como compulsória, causando confusão no telespectador, que pode vir a confundir os dois termos ou considerá-los sinônimos. É citada também a internação como última medida a ser tomada, depois de já terem sido ofertadas outras propostas terapêuticas ao dependente, embora estas não sejam especificadas nas matérias. A imagem mostrada do dependente que necessita de internação é o viciado em crack, em situação decadente, que se alimenta de lixo e que trava diariamente uma batalha em busca de mais drogas. Não foram citados

dependentes de álcool, por exemplo, que são a grande maioria em termos de usuários com uso/consumo problemático no Brasil.

A partir do momento em que não são abordadas outras modalidades terapêuticas que poderiam e podem ser utilizadas, a internação permanece como principal e única prática ao imaginário do telespectador. Percebeu-se também a crítica feita pelo baixo número de leitos disponíveis, porém em nenhum momento é contestada a qualidade dos leitos já existentes. Vale lembrar que referente a este ponto, a redução de leitos é justamente uma das propostas da Reforma Psiquiátrica, visando substituir a internação por outras ofertas terapêuticas que valorizem a reabilitação dentro do território de cada indivíduo. Pouco se vê abordada a continuidade do tratamento pós-internamento, dando a entender que bastaria um período de abstinência para que o dependente possa se recuperar sem maiores dificuldades, o que evidentemente não procede.

A mídia televisiva, portanto, transmite uma mensagem sobre a internação compulsória quase unânime, seguindo uma lógica de que a internação é a principal medida a ser adotada para o “dependente químico”, mais precisamente voltadas a usuários de crack, mostrando sempre somente um único profissional da saúde envolvido no processo: o médico. Nesta lógica, a equipe multiprofissional aparece como segundo plano ou totalmente ignorada.

Nas matérias vinculadas à Internet o conteúdo difere um pouco. A maior parte trata de conteúdos informativos e, por isso, classificados como ambíguos, contêm informações sobre a proposta ou informando notícias de discussões e eventos relacionados, não expondo uma opinião própria sobre o assunto. Neste veículo, 7 (sete) matérias foram consideradas favoráveis, 6 (seis) contrárias e 10 (dez) ambíguas. As reportagens que se mostraram favoráveis em geral retratavam a fala de profissionais (da saúde e/ou da justiça) ou políticos a favor da medida, sem contrapor seu ponto vista. O mesmo se aplica para as matérias consideradas contrárias. Entre os argumentos contrários aparecem manifestações em prol dos direitos humanos, a ineficiência de uma internação contra a vontade do usuário e a estrutura decadente e até desumana de certos locais destinados a internação. Mesmo os posicionamentos contrários não abordaram propostas para a melhoria da rede de saúde mental. Os posicionamentos favoráveis colocam o usuário de drogas (assim como a mídia televisiva, apenas a figura do dependente de crack foi abordada) como uma pessoa em

situação de rua que necessita sair daquele meio para se livrar do vício, e a única forma de retirar o indivíduo daquele território seria a internação. Prevalece o argumento de que após um tempo em abstinência, o sujeito tomaria consciência de sua situação e se tornaria adepto ao tratamento.

### Mapa Discursivo, mídia eletrônica sobre drogas e internação compulsória ou involuntária

<b>Vozes do Discurso</b>		
<b>CONTRÁRIAS</b>	<b>AMBÍGUAS</b>	<b>FAVORÁVEIS</b>
Vc repórter: grupo protesta contra internação compulsória no Rio – TERRA 07/06/2013	Nova lei sobre drogas divide parlamentares e especialistas – TERRA 10/09/2013	São Paulo tem a primeira internação compulsória de usuário de drogas – TERRA 24/06/2013
Priorizar internação compulsória para tratamento de drogas é 'inadequado' e 'ineficaz', diz OMS – UOL 09/05/2013	Câmara aprova internação à força e penas maiores para traficantes – TERRA 29/05/2013	DF vai usar videomonitoramento no combate ao crack – TERRA 24/05/2013
Grupo exige que ministro da saúde se posicione sobre a internação compulsória – UOL 03/05/2013	Impasse adia votação de mudanças em lei antidrogas e MPs – TERRA 22/05/2013	São Paulo tem a primeira internação compulsória de usuário de drogas – UOL 24/05/2013
Paes vai manter internação compulsória de moradores de rua – UOL 12/04/2013	Deputados do Rio vão pedir que Padilha participe de encontro sobre crack – UOL 10/06/2013	Relator altera texto e reduz prazo de internação compulsória para dependentes – UOL 22/05/2013
Internação Compulsória - Marcos Pereira Pensando o Brasil – R7 16/04/2013	Câmara aprova lei que permite internação compulsória de viciados – UOL 22/05/2013	Após acordo para facilitar internação compulsória, juízes e promotores farão plantão na cracolândia – R7 11/01/2013
Internação compulsória pode desrespeitar direitos individuais, critica ex-ministro de Lula – R7 21/01/2013	Audiência pública aponta para necessidade de mais CAPS para atendimento a viciados no Recife – UOL 29/04/2013	Internação compulsória vira esperança para famílias devastadas pelo crack – R7 27/01/2013
	Planalto apoia internação à força de dependente de drogas – UOL 26/04/2013	Justiça do Recife determina internação compulsória de dependente químico – R7 16/04/2013
	Internação compulsória de crianças e adolescentes usuários de crack só deve ocorrer em casos extremos – R7 10/03/2013	

	Internação compulsória de dependentes químicos começa nesta segunda-feira em São Paulo – R7 21/01/2013	
	Justiça autoriza primeira internação compulsória na Cracolândia – R7 23/01/2013	

Foi unânime novamente a figura do médico como único profissional de saúde envolvido no processo. Ressalto que o problema não seria a figura do médico em si, mas a figura do mesmo de forma isolada, sem contar com a participação de uma equipe multiprofissional, capaz de exercer um olhar mais amplo ao sujeito usuário das drogas.

As imagens utilizadas nas matérias da rede virtual possuíam a mesma lógica, sem diferenciação: pessoas em estado deplorável, sugerindo sua destruição por causa das drogas. Fotos da *cracolândia* também foram exibidas, fazendo-se compreender nestas um local obscuro em que grassa a violência<sup>3</sup>.

Parte de toda esta polêmica envolvendo a internação compulsória tem início uma vez que a medida é considerada um desrespeito aos direitos humanos e ao tratamento baseado na singularidade de cada indivíduo, uma vez que propõe uma única medida para um problema em que podem estar envolvidos uma série de fatores de grande complexidade, o que acabaria caracterizando a medida como uma política de saúde pública, e não como medida a ser adotada caso a caso. Vale ressaltar também o retrocesso que representa tal política, rompendo com as construções conquistadas pela Reforma Psiquiátrica. O caminho da internação compulsória como política pública, ao seguir rigidamente determinados protocolos, propicia uma relação fria e tecnicista, resultando assim em uma política que não permite a interação entre os agentes de saúde e o usuário. A lógica excludente e hospitalocêntrica é evidente no momento em que é descrita como única alternativa ao tratamento, ignorando outras formas terapêuticas, tendo a abstinência como único objetivo, sendo esta correspondente a cura.

Fazendo um pequeno comparativo, há uma abrupta diferença naquilo que a mídia nos passa

<sup>3</sup> Cracolândia é o termo pejorativo, atribuído por especialistas de corte proibicionista e amplamente adotado pela mídia, indicando zonas pobres ou com moradores de rua como conflagradas pelo tráfico, comércio e consumo do crack.

em suas principais mensagens e aquilo que o SUS e a Reforma Psiquiátrica almejam no cuidado a usuários que fazem uso problemático de substâncias químicas:

### Mapa Discursivo, quanto ao cuidado em drogas e à saúde mental

MÍDIA	SUS E REFORMA PSIQUIÁTRICA
Abstinência como único objetivo, sendo considerada a cura para dependentes químicos.	Escolha da terapêutica conforme a necessidade do indivíduo, avaliado segundo seu contexto e sua singularidade.
Médico	Equipe Multiprofissional
Internação	Trabalho em Rede
Segurança Pública	Saúde Pública
Intervenção da Justiça	A Justiça não é acionada para estes fins
Retirada do indivíduo de seu território para reabilitação	Cuidado do indivíduo dentro de seu território
O usuário de drogas é visto como criminoso, ameaçando a sociedade	O usuário que faz uso problemático das drogas necessita de um cuidado que vise à autonomia e bem-estar
Problema centrado no uso crack	Problema centrado no uso problemático de drogas

O fortalecimento da homogeneização da “toxicomania” é visível nas matérias visualizadas, tanto da mídia eletrônica como dos programas televisivos. As outras vertentes da vida humana, associadas à educação, renda e outros aspectos sociais não são relacionadas, como se o uso de drogas fosse um problema isolado. Os “toxicômanos”, nas matérias vistas, parecem ser um só.

Vale refletir também sobre a exata intenção da internação compulsória na situação atual. Será que estas internações, tendo a frente a Justiça, teriam mesmo como objetivo cuidar da saúde dos usuários com uso problemático de drogas, chamados pela mídia como “dependentes químicos”, ou pretenderiam realizar uma “limpeza” das ruas, seguindo a lógica excludente de que pessoas em situação de rua remetem à pobreza, à criminalidade e uma imagem nefasta de uma sociedade evoluída, buscando acatar a pressão da sociedade por medidas rápidas e preparando-se para receber eventos internacionais como a Copa do Mundo de 2014 e as Olimpíadas de 2016.

## ***A rede de saúde mental na mídia sobre drogas***

O trabalho em Rede trata de uma estratégia que objetiva superar a fragmentação da atenção em saúde nas respectivas regiões, buscando o aperfeiçoamento político-institucional do SUS (BRASIL, 2010). Para melhorar de forma efetiva o funcionamento deste mecanismo, é preciso investir no fortalecimento dos instrumentos que o compõe. No campo da saúde mental o trabalho em rede ainda enfrenta desafios, entre eles, a necessária superação da lógica que induz ao desejo de controle, domínio, classificação e opressão (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2011). Não podemos desconsiderar, no entanto, os avanços conquistados ao longo dos anos, mostrando uma inversão na pirâmide de investimentos, sendo atualmente investidos 63,35% dos recursos no sistema extrahospitalar (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2011). Anteriormente, a maior fonte de investimentos era voltada ao sistema hospitalar. Os serviços oferecidos deverão ser capazes de garantir o acesso, a integralidade e a resolutividade dos serviços prestados.

No momento em que consideramos a internação como principal medida para tratar a dependência de drogas, desconsideramos o trabalho da rede em saúde mental, que tem como proposta características incompatíveis com a lógica da internação. A atual política almeja a desinstitucionalização e a reinserção social de usuários ou ex-usuários dentro de sua comunidade, sendo para isto, necessária a criação de novos dispositivos capazes de trabalhar dentro destes contextos. A abordagem das vertentes envolvidas e a criação de um vínculo, capaz de acompanhar e estimular o usuário a buscar pela sua melhora e sua autonomia, vai muito além de uma política excludente, segregacionista e de isolamento. O ainda presente desejo em dominar, classificar, hierarquizar, oprimir e controlar ainda se faz presente no cotidiano e nas práticas de trabalho, fortalecendo justamente o modelo que a Reforma visa desconstruir (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2011).

Entre estes novos dispositivos cabe destacar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, ambas regulamentadas pela Portaria MS/GM nº 336/2002 (BRASIL, 2002), o Consultório de Rua, o apoio matricial em saúde mental à atenção básica, as oficinas de geração de renda, as cooperativas sociais, a redução de danos, o acompanhamento

terapêutico, a saúde escolar, entre outros. Estas práticas buscam a valorização da singularidade, contando com uma equipe multiprofissional, desconcentrando a relação médico-paciente, respeitando a proposta da Reforma Psiquiátrica na substituição da hospitalização. Estes novos modelos buscam a valorização do protagonismo, a produção do cuidado integral, sendo capaz de oferecer suporte ao indivíduo dentro do seu contexto social. Porém, a força do modelo hospitalocêntrico – focado na atenção curativa, medicalizadora, verticalizada e centrada em um único profissional – dificulta o crescimento do sistema extrahospitalar, reforçado ainda pelas mensagens da mídia, como visto anteriormente. A hospitalização não incide apenas na desintoxicação, ela gera rótulos e estigmas quanto às pessoas e sua família, portanto, investe discursos e sobredetermina experiências futuras.

Neste contexto, a atenção básica se coloca como fonte do primeiro contato com o usuário, identificando os indivíduos que necessitem dos serviços de saúde mental. Além de atuar numa lógica multiprofissional, exercita tecnologias de escuta, facilitando a identificação das necessidades do usuário. O predomínio de tecnologias duras, sobressaindo-se às tecnologias leves, interferem na valorização destes serviços. Ressalto também que para o funcionamento adequado da atenção básica é necessário que o trabalho em rede mantenha uma boa articulação entre os diversos tipos de serviços de atenção, podendo atender com efetividade aos termos da referência/contrarreferência em rede e tecnologias leves.

Dos serviços que podem trabalhar em prol dos usuários de drogas, destaco os seguintes:

- Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) – são ferramentas essenciais na rede de saúde mental, visando à reabilitação psicossocial dos usuários, constituindo-se um local de tratamento e referência. São considerados serviços estratégicos para a organização da Rede de Saúde Mental (FERRERIV; MIRANDAIV, 2009). Estas instituições, compostas por equipes com os mais diversos profissionais, podem oferecer variadas atividades terapêuticas, como: psicoterapia, visitas domiciliares, oficinas (artísticas, musicais, profissionalizantes, entre outras que visem à reinserção social do usuário), acolhimento, atividades de apoio, orientação e inclusão da família (SILVA, 2006). Estes serviços objetivam a autonomia do usuário, sua reabilitação e sua reinserção em sua comunidade. O usuário reaprende então a viver dentro de seu

território, o que a internação jamais permitiria. Nos últimos anos é perceptível o aumento destas unidades, assim como sua qualificação, graças ao incentivo do Ministério da Saúde (FERRERIV; MIRANDAIV, 2009).

- Consultórios de Rua (CR) – surgem como uma proposta inovadora, tendo em sua composição assistentes sociais, educadores físicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos em enfermagem e profissionais redutores de danos. A primeira equipe de consultório de rua surgiu em 1999 em Salvador, na Bahia. A ideia de ofertar práticas alternativas para pessoas em situação de rua valoriza a singularidade de cada indivíduo, rompendo assim com a lógica manicomial. Percebe-se também uma constante luta a fim de romper com a lógica segregacionista, propiciando trabalhos centrados na liberdade e responsabilidade de cada indivíduo (TONDIN; BARROS NETA; PASSOS, 2013).
- Residências Terapêuticas – não são necessariamente serviços de saúde e sim locais para exercer a convivência em coletividade, oferecendo um espaço de moradia, articulando seus moradores à rede de saúde do município. Tratam-se de moradias destinadas ao cuidado do paciente (às vezes egresso de instituições) que não possuem laços familiares e carecem de apoio social (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008). Teoricamente cada residência deve contar com um profissional de nível superior da área da saúde, havendo também profissionais de nível médio, que por sua vez atuam como cuidadores e auxiliares. As residências têm como finalidade a progressiva inclusão social do usuário, propiciando sua emancipação pessoal (SANTOS JÚNIOR; SILVEIRA, 2009). Na teoria, estes espaços devem ainda oferecer intervenções sociais, educacionais, comportamentais e cognitivas, visando sua reinserção na sociedade. No entanto, ainda cercam nestes dispositivos certa polêmica, especialmente relacionada às condições em que seus moradores são submetidos.

Um elemento da Rede diz respeito à prática de redução de danos, no qual Oliveira (2009) exemplifica da seguinte forma: “o princípio orientava a prescrição pelos médicos de suprimentos regulares de opiáceos a adictos [de] drogas”. Oliveira explica: “a partir de dois critérios”. Um destinado ao manejo da síndrome de abstinência: “após sucessivas tentativas de cura, quando se constatava, nos tratamentos, que o uso de drogas não podia ser descontinuado com segurança”. Outro relacionado a “quando fosse comprovada a impossibilidade do paciente levar uma vida normal e produtiva sem que uma dose mínima

diária fosse administrada regularmente”.

Percebe-se, portanto, que o objetivo da redução de danos não se limita somente a abstinência, mas à autonomia do indivíduo e ao fortalecimento de suas potencialidades, gerando assim melhoria na qualidade de vida e bem-estar, em um processo de gerar saúde conforme suas características e necessidades.

Outro desafio refere-se ao custeio repassado para o funcionamento ideal destas potencialidades, por vezes insuficiente para o funcionamento adequado dos serviços da rede de saúde mental. A existência de cerca de 40 mil leitos psiquiátricos no país, por exemplo, que permanecem abertos em função da ausência de tecnologias para o internamento domiciliar e pela pouca abertura de novos CAPS, também enfraquecem o trabalho em Rede sendo a instituição hospitalar o encaminhamento para estes casos (DIMENSTEIN, 2011).

Se, e somente se, for constatado pela rede de saúde mental que a internação se faz necessária, então ela deveria ser providenciada. Se consideramos apenas casos gravíssimos, qual tipo de caso é este? Que internação seria esta? Na prática vemos o internamento como uma prática isolada, trabalhando com o único objetivo de alcançar a abstinência. Seria possível construir uma nova lógica em torno desta prática? Seria possível aceitar, narrar e apoiar a rede, em lugar das práticas engessadas, segregadoras e proibicionistas?

## Conclusão

A forma com que a imagem do SUS é trabalhada na mídia, sugere em sua maioria das vezes ineficácia e precariedade, resultando assim em um sistema frágil perante a sociedade. Estas constantes críticas acabam por gerar descrédito quanto a suas ações e seus dispositivos ofertados. Por outro lado, a prática da internação e o modelo hospitalocêntrico, muito mais antigos do que o próprio sistema de saúde brasileiro, ainda se mantém forte no imaginário da população como forma de tratamento e reabilitação.

Confirmando esta premissa, a maioria das matérias mostrou-se favorável a prática de internação, desconsiderando outros dispositivos ofertados pelo SUS. Nos resultados totais percebe-se então que 44,11% são favoráveis a internação compulsória, 35,30% são ambíguos, enquanto 20,59% foram considerados contrários. Das questões abordadas é perceptível que se trata de uma demanda vinda da sociedade, adquirindo força especialmente por estar associada a episódios de violência. A criminalização do usuário influencia a sociedade a almejar um único objetivo: a retirada destas pessoas da rua, sem haver, portanto uma preocupação com suas condições de saúde e sua reabilitação psicossocial. O encaminhamento dos usuários de drogas e as suas condições a partir do momento em que estes forem internados, sequer são citadas nas matérias que se posicionaram “favoráveis” ou “ambíguas” quanto à ação. Um problema de saúde pública (o uso de drogas) é então difundido com uma questão de segurança pública (a violência). No entanto, é preciso cautela ao propor uma medida que vise à saúde com uma lógica de segurança.

Até mesmo as críticas feitas a política de internação, deixam lacunas abertas e sem o esclarecimento preciso. A falta de estrutura, por exemplo, é um dos argumentos utilizados por aqueles que se mostraram contra a internação compulsória. Porém, de que estrutura se está falando? A atuação dos CAPS AD e dos Consultórios de Rua, a importância e as potencialidades da Atenção Básica e do trabalho em rede sequer foram abordados. O único elemento citado neste recorte foram as residências terapêuticas, colocadas tanto como possível solução ao problema da “dependência” quanto duramente criticadas por outros

materiais. Sendo assim, mesmo que exista uma crítica, não se propõe mudanças consideráveis ao modelo.

Quando pensamos no uso abusivo de drogas é necessário considerar que cada sujeito tem uma história pessoal que o predispõe a escolhas singulares, tendo a Rede de Saúde Mental o objetivo de identificar o que favorece e estimula o uso de drogas, considerando o contexto social como elemento determinante (ROBERTO; CONTE; MAYER; TOROSSIAN; VIANNA, 2002). A mídia trabalha com um conceito de cura centrado na abstinência, que pode não convir com a realidade de todos os “toxicômanos”. O que não quer dizer que estes não possam curar-se.

A internação compulsória se mostrou uma medida que visa responder as demandas da sociedade de uma forma rápida, mas nem por isso mais inteligente e humana. Se por um lado são solicitadas providências ao poder público quanto ao crescente número de toxicômanos, não é discutida a forma como este cuidado deverá ser ofertado. É perceptível, principalmente, o incômodo com pessoas com “dependência química” em situação de rua, sendo solicitada constantemente sua retirada destes locais. Saídas das ruas, vão para onde?

A centralidade na figura do médico é ponto perceptível, que desconsidera outros fundamentais atores da Rede de Saúde Mental, como o enfermeiro, o assistente social, o agente comunitário em saúde, o redutor de danos e também o sanitarista. O fazer saúde, aliás, não possui formação específica. O que dirá única.

Pode-se dizer, após análise do material midiático utilizado, que a internação compulsória é abordada de forma superficial e manipuladora, fazendo com que o leitor/telespectador sequer questione o real funcionamento da prática e suas adversidades. Neste caso, o importante é a retirada destas pessoas de circulação e não sua recuperação.

A intenção deste trabalho não foi demonizar a prática da internação em si, mas mostrar a complexidade envolvida, apresentando o tema de forma singela, mas sem esquecer da rede de saúde mental e dos princípios propostos pela reforma psiquiátrica. Cada caso necessita ser estudado de forma individual, reconhecendo-se as particularidades do indivíduo e de seu território, para que em cada caso, seja proposta a medida que melhor converse com a





A Nuvem, não mais o Mapa, é uma imagem que destaca palavras e termos que ocorrem com mais frequência em textos, blogs ou base de dados, mas agora é cada um que escolhe qual palavra abrir, debulhar, sequenciar, compor.



## Referências Bibliográficas

ALVES, Fátima. **A doença mental nem sempre é doença, racionalidades leigas sobre saúde e doença mental**. Lisboa: Afrontamento, 2011.

BELLONI, Maria Luiza. **O que é mídia-educação**. 2 ed. Campinas: Autores Associados, 2005.

BRASIL. Congresso Nacional. **Projeto de Lei nº 7.663**. Acrescenta e altera dispositivos à Lei Federal 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. Osmar Terra, 2010. Disponível em: <http://s.conjur.com.br/dl/pl-lei-drogas-deputado-osmar-terra.pdf>

BRASIL. **Lei Federal nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil** – documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.

BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. Atenção primária e promoção da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p. 7-17.

CARNEIRO, Henrique. **Transformações do significado da palavra “droga” – das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo: álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda, 2005, p. 11-27.

CHAGAS, Arnaldo Toni; SEEGER, Fabiano Dutra. Crack na mídia impressa: um estudo sobre a produção de sentido no discurso jornalístico sobre o crack. **Barbarói – revista do Departamento de Ciências Humanas e do Departamento de Psicologia**, v. 19, n. 38, 2013, p. 145-177.

CIRILO, Livia Sales; OLIVEIRA FILHO, Pedro de. Discursos de usuários de um centro de atenção psicossocial e de seus familiares. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 28, n. 2, 2008, p. 316-329.

DIMENSTEIN, Magda; LIBERATO, Mariana. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, 2011, 1 CD ROM, p. 212-222.

FERRERIV, Ana Luiza; MIRANDAIV, Lilian. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, supl 1, 2009, p. 16-22.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira; SOUZA, Ângela Maria Alves e; BRAGA, Violante Augusta Batista. Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, 2006, p. 207-211.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela. A Reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, 2001, p. 48-55.

GUARESCHI, Pedrinho (Coord.). **Comunicação & controle social: a presença e o papel dos meios de comunicação de massa, estrangeiros na América Latina**. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

HENARES, Yuhanny. Los mapas discursivos como estratégia metodológica facilitadora. **Akadosmos**, v. 3, n. 2, 2001, p. 81-94

KESSLER, Cláudia Samuel; KESSLER, Márcia Samuel. A diminuição da maioria penal e a influência midiática na aprovação de leis. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO**, 28., 2005. Rio de Janeiro. Anais... São Paulo: Intercom, 2005. CD-ROM.

MACEDO, Josiano. A reforma psiquiátrica no Brasil: política de saúde mental do SUS. 27 nov. 2013. Disponível em: <http://ummundomelhorpossvel.blogspot.com.br/2013/11/reforma-psiquiatrica-e-politica-de.html>> Acesso em: 11/11/2013.

OLIEVENSTEIN, Claude. **A droga: drogas e toxicômanos**. São Paulo: Brasiliense, 1980.

OLIVEIRA, Mírian Gracie Plena Nunes de. **Consultório de rua: relato de uma experiência**. Dissertação (mestrado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador: UFBA, 2009.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. A comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde. **Interface - comunicação, saúde, educação**, v. 4, n. 7, 2000, p.71-80.

ROBERTO, Clarice Sampaio; CONTE, Marta; MAYER, Rose Teresinha da Rocha; TOROSSIAN, Sandra Djamboladjian; VIANNA, Tatiane Reis. Drogas e trabalho: uma proposta de intervenção nas organizações. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 22, n. 1, 2002, p. 18-29.

SANTOS JUNIOR, Hudson Pires Oliveira; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. Práticas de cuidado produzidas no serviço de residência terapêutica: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. **Revista da Escola de Enfermagem/USP**, v. 43, n. 4, 2009, p. 788-795.

SEMINÁRIO Internacional Políticas sobre Drogas (2010: Brasília). **Políticas sobre Drogas**. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. (Série ação parlamentar; n. 448)

SILVA, Adriana Melo da. **Tratamento do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas CAPSad II: uma avaliação da efetividade**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: UFRN, 2006.

TONDIN, Mara Cristina; BARROS NETA, Maria da Anunciação; PASSOS, Luiz Augusto. Consultório de rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. **Revista de Educação Pública**, v. 22, n. 49, 2013, p. 485-501.

TOROSSIAN, Sandra Djamboladjian. De qual cura falamos? Relendo conceitos. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, v. 14, n. 25, 2004, p. 9-15.

TOROSSIAN, Sandra Djamboladjian. Trajetos adolescentes na construção de toxicomanias. **Psicologia em revista**, v. 13, n. 1, 2007, p. 123-136.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 1, 2008, p. 70-79.