

FACULDADE DE DIREITO DE VITÓRIA - FDV  
MESTRADO EM DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS

CAROLINA NUNES DE FREITAS

**INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E BIOPOLÍTICA: o direito  
fundamental à liberdade e autonomia à luz do pensamento de  
Michel Foucault e a política de drogas brasileira.**

VITÓRIA  
2015

CAROLINA NUNES DE FREITAS

**INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E BIOPOLÍTICA:** o direito fundamental à liberdade e autonomia à luz do pensamento de Michel Foucault e a política de drogas brasileira.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos e Garantias Fundamentais da Faculdade de Direito de Vitória, como requisito para a obtenção do grau de mestre em Direito.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Elda Coelho de Azevedo Bussinguer

VITÓRIA  
2015

CAROLINA NUNES DE FREITAS

**INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E BIOPOLÍTICA:** o direito fundamental à liberdade e autonomia à luz do pensamento de Michel Foucault e a política de drogas brasileira.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos e Garantias Fundamentais da Faculdade de Direito de Vitória, como requisito para a obtenção do grau de mestre em Direito.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Elda Coelho de Azevedo Bussinguer  
Faculdade de Direito de Vitória  
Orientadora

---

Prof. Dr. Thiago Fabres de Carvalho  
Faculdade de Direito de Vitória

---

Prof.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico essa conquista aos meus amores: minha amada família, principalmente meu pai, Antônio, e minha mãe, Leni, que me apoiam e acreditam de modo inquestionável nos meus sonhos e na minha capacidade de conquista-los. Ao meu irmão pelo seu companheirismo. E, ao Mário pelo amor e parceria. Vocês foram meu suporte afetivo e consolo constante, fundamentais para a concretização deste sonho!

## AGRADECIMENTOS

É muito difícil agradecer sem ser injusta com alguém, afinal, felizmente, tenho muito a agradecer a muitas pessoas.

Primeiro e principalmente agradeço ao Senhor Deus por mais essa vitória! A Ele toda honra e toda a glória para sempre! Apesar das várias pedras do caminho, nunca me senti sozinha ou desamparada nessa dolorosa e ao mesmo tempo libertadora caminhada! Por isso e por tantas outras incontáveis razões, agradeço a Deus por todas as bênçãos concedidas de suas mãos, em especial por essa conquista!

A minha família, bem maior na minha vida, que acompanhou carinhosa e alegremente minha caminhada. Aos meus pais (Leni e Antônio) em especial, pelo apoio afetivo, psicológico e material incondicionais e imprescindíveis! Ao meu pai por ler cada texto produzido, questionar-me sobre o tema, discutir e não concordar com minhas posições. À minha mãe por acompanhar minhas noites em claro com silêncio e muita ternura e por suportar os vários livros e textos espalhados pela casa! Vocês torceram e acompanharam cada passo e conquistas minhas, orgulhando-se de cada uma delas e hoje se sentem vitoriosos pela nossa vitória! Ao meu irmão, Levi, pela preocupação, discussões e discordâncias constantes e, principalmente, pelas gargalhadas que desde pequenos finalizam nossos encontros e conversas.

Ao meu amor, Mário, que durante o desenvolvimento de cada trabalho acadêmico, atividade e viagem estava ao meu lado me ajudando de todas as maneiras! A cada passo dado esteve presente e torcendo por mim, me fortalecendo com amor e paciência. Agradeço pela companhia nas leituras e produção de textos, pela compreensão e afago nas horas de cansaço e ansiedade, até o final dessa jornada que também é sua!

A minha querida orientadora, Elda, que me conduziu com muito carinho e atenção durante todo esse trabalho, apresentou autores, me instigou a ir um pouco mais além para “deixar tudo bem amarrado” (expressão dela), criticando e debatendo ideias com respeito àquilo que penso e me dando liberdade para refletir e até decidir. Você conquistou não apenas minha admiração, mas minha amizade sincera. Meu agradecimento não é cumprimento de mera formalidade, mas expressão verdadeira do que sinto.

Agradeço o professor Thiago Fabres de Carvalho que me apresentou a complexa obra de Michel Foucault e com quem conversei pela primeira vez sobre o tema. Agradeço ainda aos demais professores desse programa de Pós-Graduação que, mesmo indiretamente, contribuíram com esse trabalho e com meu crescimento acadêmico e intelectual.

Meus sinceros agradecimentos aos meus velhos amigos, que não são muitos, mas são os melhores e mais fiéis e que respeitaram minha escolha e meu momento, desculpendo todas as minhas ausências nos mais variados encontros!

Agradeço também aos novos amigos feitos durante esse mestrado que também passaram por iguais circunstâncias, dolorosas e libertadoras, mas que tornaram minha caminhada mais leve e, muitas vezes até divertida! As amizades não são dadas aleatoriamente ou de maneira pronta, mas se mostram e se formam na caminhada. Vocês são exemplos disso.

Agradeço ainda aos promotores de justiça entrevistados durante a pesquisa que me atenderam com respeito e colaboraram sobremaneira com a confecção desse trabalho.

O mestrado me trouxe conhecimentos teóricos e avanços intelectuais inquestionáveis, me possibilitou chegar a lugares até então desconhecidos e, principalmente, despertou o desejo de conquistar outros ainda por conhecer, apontando em novas direções, pois o fim agora é outro começo. Por isso tudo, sou verdadeira e humildemente grata e imensamente feliz!

“...Liberdade, essa palavra que o sonho humano alimenta que não há ninguém que explique e ninguém que não entenda...”

Cecília Meireles

## RESUMO

A presente pesquisa discutiu a internação compulsória de usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social, conferindo sua compatibilidade com o direito fundamental à liberdade e autonomia, bem como verificou a legitimidade da medida como tratamento de saúde, sob a perspectiva de defesa dos direitos fundamentais. À luz do arcabouço teórico do biopoder, conforme pensamento de Michel Foucault e utilizando-se da análise de discurso, a pesquisa se conduziu no sentido de encontrar respostas para dois problemas centrais: (1) Em que medida é possível compatibilizar a internação compulsória de usuários de drogas, maiores de 18 anos, em situação de vulnerabilidade social com o direito fundamental da liberdade/autonomia? (2) O discurso de membros do Ministério Público que atuam na área da saúde, acerca da política de drogas e da saúde mental, relativa à implementação da internação compulsória evidencia práticas argumentativas de base garantista compatíveis com os pressupostos de defesa dos direitos fundamentais de liberdade e autonomia? Na busca de responder a esses questionamentos a pesquisa se conduziu no sentido de analisar a possibilidade do Estado mitigar esses direitos fundamentais dos usuários de drogas. Buscou ainda examinar a política de drogas brasileira, alterada em 2003, que adotou a perspectiva da saúde coletiva e previu diretrizes e metas para implementar um tratamento integral e intersetorial aos usuários de álcool e outras drogas, respeitando seus direitos fundamentais. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de natureza qualitativa que, por meio de entrevistas semi estruturadas, realizadas com seis membros de ministério público, constituiu um *corpus* discursivo no qual foram identificadas unidades de significação que permitiram a constituição de categorias analíticas que foram então, submetidas a um processo de análise com vistas a considerar delineamentos teóricos sobre o poder e a psiquiatria foucaultiana. Essa análise confirmou as hipóteses formuladas, no sentido de que a internação compulsória é incompatível com liberdade e autonomia e tampouco garante o direito à saúde dos usuários. Constatou-se que a falta de investimento na atenção básica de saúde e a omissão do Estado, negando a efetivação dos direitos fundamentais são os maiores vetores do agravamento das condições sociais, acarretando um cenário emergencial que, paradoxalmente tenta evitar por meio da internação compulsória. Ficou confirmado ainda que, os promotores de justiça investigados adotam um discurso garantista, sob a ótica da liberdade do usuário. Os resultados da pesquisa apontaram no sentido da necessidade de ampliação e estruturação dos aparelhos e serviços da atenção básica de saúde, a substituição da internação compulsória por medidas mais coerentes ao panorama desenhado, mantendo-a tão somente para os casos graves e enquanto durar a crise. Nos requerimentos devem, obrigatoriamente, constar laudo fornecido por junta médica especializada da rede pública de saúde com avaliações psicossociais de profissionais desta rede que acompanham o paciente.

Palavras-chave: Política de Drogas. Discurso. Biopolítica. Internação Compulsória.

## ABSTRACT

This research discussed the compulsory hospitalization of drug users in social vulnerability, and its compatibility with the fundamental right to freedom and autonomy, and found its legitimacy as health care, from the perspective of protection of fundamental rights. From the theoretical framework of biopower, as Michel Foucault and using discourse analysis, this research was conducted in order to find answers to two central issues: (1) How to reconcile the compulsory hospitalization of drug users, who have more than 18 years, in situations of social vulnerability with the fundamental right of freedom / autonomy? (2) Speaking of Attorneys who work in health care, about the drug policy and mental health, on the implementation of compulsory hospitalization, demonstrates argumentative practices of a guaranteeism that are consistent with the assumptions of protection of fundamental rights and freedom and autonomy? To answer these questions the research was conducted in order to examine the possibility of the state mitigate these fundamental rights of drug users. Has also sought to examine the Brazilian drug policy change in 2003 that adopted the perspective of public health and provided guidelines and goals to implement an integrated and intersectoral treatment to users of alcohol and other drugs, respecting their fundamental rights. This is an exploratory, descriptive, qualitative, through semi structured interviews with six Prosecutors in which units of meaning were identified that allowed the establishment of analytical categories that were then subjected to a process of analysis considering Foucault theoretical features about the power and psychiatry. This analysis confirmed the assumptions made, that the compulsory hospitalization is incompatible with freedom and autonomy and does not guarantee the right to health of the users. It was observed that the lack of investment in basic health care and the State's failure, denying the enforcement of fundamental rights are the main drivers of worsening social conditions, resulting in an emergency scenario that paradoxically tries to avoid by compulsory hospitalization. It was also confirmed that prosecutors investigated adopt a guarantee speech, from the perspective of user freedom. The survey results indicate a need for expansion and structuring of the equipment and basic health care services, replacing the compulsory hospitalization for more consistent measures, keeping it as only for severe cases, throughout the crisis. The requirements must necessarily include report provided by specialized medical board of the public health network and psychosocial reviews provided by professionals that accompany the patient.

Keywords: Drug Policy. Speech. Biopolitics. Compulsory hospitalization.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AD – Análise de Discurso

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas

CR – Constituição da República Federativa do Brasil

CSF – Centros de Saúde da Família

CSM – Centro de Saúde Mental

CT – Comunidade Terapêutica

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IC – Internação Compulsória

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

LBMH – Liga Brasileira de Higiene Mental

MP – Ministério Público

MTSM – Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial PSF – Programa de Saúde da Família

ONU – Organização das Nações Unidas

RD - Redução de Danos

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada n. 29 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

|   |     |
|---|-----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 11  |
| <b>1 OS DESDOBRAMENTOS DO PODER EM MICHEL FOUCAULT</b> .....                            | 21  |
| 1.1 O PODER PASTORAL .....  | 23  |
| 1.2 O PODER DISCIPLINAR E A ECONOMIA DOS CORPOS DÓCEIS .....                            | 27  |
| 1.3 O BIOPODER .....  | 32  |
| <b>1.3.1 O Biopoder e a Vida como Problema Político</b> .....                           | 35  |
| <b>1.3.2 A Sexualidade e a Guerra na Analítica do Poder e o Racismo de Estado</b> ..... | 40  |
| <b>2 A FORMAÇÃO DA PSIQUIATRIA E RUPTURAS</b> .....                                     | 50  |
| 2.1 A GENEALOGIA DO ASILO COMO DISCURSO DOMINANTE .....                                 | 62  |
| <b>3 A POLÍTICA DE DROGAS</b> .....   | 68  |
| 3.1 OS DISCURSOS DA POLÍTICA DE DROGAS .....  | 74  |
| <b>3.1.1 Discurso médico-jurídico</b> .....   | 81  |
| <b>4 A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E A PRÁTICA DO BIOPODER</b> .....                         | 89  |
| 4.1 INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: ACESSO À SAÚDE?.....  | 89  |
| 4.2 APLICAÇÃO DA METODOLOGIA .....  | 95  |
| <b>4.2.1 A Constituição do <i>Corpus</i></b> .....                                      | 98  |
| 4.3 O PROCESSO ASSOCIATIVO DAS UNIDADES DE ANÁLISE E A INTERNAÇÃO<br>COMPULSÓRIA .....  | 101 |
| <b>4.3.1 Drogadito</b> .....  | 104 |
| <b>4.3.2 Exclusão Social</b> .....  | 108 |
| 4.3.2.1 A Doença do Uso Abusivo de Drogas .....   | 118 |
| <b>4.3.3 Vulnerabilidade</b> .....  | 126 |
| <b>4.3.4 Subjetivação</b> .....   | 143 |
| <b>4.3.5 Liberdade e Autonomia</b> .....  | 154 |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 181 |
| <b>6 REFERÊNCIAS</b> .....  | 188 |



## INTRODUÇÃO

A presente dissertação trata da internação compulsória de pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas em situação de vulnerabilidade, prevista na Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. A referida lei originou-se de um contexto de discussão legislativa, política e social da chamada Reforma Psiquiátrica que propunha a superação do modelo assistencial hospitalar, manicomial, considerando que a hospitalização ou institucionalização do paciente psiquiátrico era prejudicial, excluindo-o do convívio social e familiar, com perda de liberdade e individualidade.

A lei surgiu a partir do projeto de Lei 3.657 do deputado Paulo Delgado, propondo a “extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais”. Por outro lado, a proposta inicial atingia um importante setor empresarial composto, em grande parte, por donos de hospitais psiquiátricos, gerando tensões e conflitos. Assim, o texto inicial não foi aprovado, mas o substitutivo do senador Sebastião Rocha, o qual não manteve a extinção dos manicômios, mas regulamentou as internações psiquiátricas, inclusive involuntárias, as quais repercutem intensamente na vida dos sujeitos.

Apesar das alterações no texto original, a lei aprovada representou um avanço no campo da saúde mental, pois dispôs sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de doenças mentais e redirecionou o modelo de assistência em saúde mental. Por outro lado, determinou a realização das internações somente em ocasiões em que os demais recursos não fossem suficientes. No que tange à regulamentação, as internações são classificadas em: voluntárias (ocorrem com o consentimento da pessoa a ser internada), involuntárias (ocorrem sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro) e, compulsórias (ocorrem somente por determinação judicial). Esse estudo se interessa pelo terceiro tipo de internação (melhor detalhada no capítulo 4), a qual está prevista no art.9º da lei da psiquiatria, como um pedido judicial instruído com um laudo médico, atestando a necessidade do internamento do paciente, sem sua oitiva nessa fase processual. Após análise do laudo, o magistrado decide pela concessão ou não do pedido. Em seguida, o Ministério Público é comunicado da decisão e deve participar das demais fases do processo.

Os Direitos Humanos<sup>1</sup> foram construídos historicamente agregando conceitos, conforme as mudanças sociais, representando enorme avanço e alcance. No Brasil, com a redemocratização ganharam nova percepção, culminando com a declaração de uma gama de direitos e garantias fundamentais individuais e coletivos a todos cidadãos indistintamente e dever do Estado promovê-los e garanti-los. Concomitantemente, o movimento reformista psiquiátrico contribuiu para que portadores de transtornos mentais também fossem percebidos como titulares desses direitos, implicando, além da declaração e interpretação semântico-gramatical, na oposição de políticas de saúde baseadas na reclusão e segregação de pacientes psiquiátricos, posto que violadoras dos direitos fundamentais.

Apesar da Constituição da República de 1988 e das alterações no cenário político, social e cultural do país, no que tange ao reconhecimento dos direitos fundamentais, ainda há um longo caminho a ser percorrido, especialmente aqueles afetos aos grupos sociais marginalizados e vulneráveis, física, mental ou socialmente, os quais tem os referidos direitos sujeitos à violação de maneira constante. Ademais, aos usuários de drogas<sup>2</sup>, incluídos no campo da saúde mental, não foi estendida a mesma compreensão de Direitos Humanos decorrente do movimento reformador, tendo em vista dogmas e preconceitos aos quais estão submetidos, bem como pela comum ideia da necessidade de tratamento em instituições asilares para desintoxicação. Sendo assim, é necessário a desmistificação de dogmas e a compreensão do contexto para o pleno reconhecimento e efetivação de direitos fundamentais deste grupo.

Diante do atual paradigma constitucional e da realidade social, abrangidos pela drogadição<sup>3</sup>, a discussão acerca da internação compulsória merece avançar, no sentido de possibilitar o reconhecimento e respeito de direitos dos usuários. Isto porque os mitos e a demonização das substâncias, dos usuários, dos traficantes, bem como os interesses econômicos e políticos envolvidos, não podem condenar indivíduos imersos nesse contexto, já que a internação compulsória pode ser equivalente à prisão penal ou memo ao alijamento político e social.

---

<sup>1</sup> Usaremos Direitos Fundamentais como sinônimo de Direitos Humanos positivados no ordenamento jurídico brasileiro.

<sup>2</sup> O termo droga ou drogas (no plural) é utilizado no presente trabalho, referindo-se às substâncias psicoativas em geral, independentemente de classificação como lícita ou ilícita e sem qualquer conotação insultosa. Essa utilização justifica-se em razão de sua adoção na literatura médica, jurídica consultadas, o próprio Ministério da Saúde e a política pública desenvolvida pelo Governo Federal.

<sup>3</sup> Drogadição será usado referindo-se ao contexto que envolve as drogas, consumo, venda, repressão policial, exclusão social, sem haver qualquer juízo de valor ao termo.

No presente estudo buscou-se analisar a temática, sob a perspectiva dos direitos fundamentais com vistas ao fortalecimento da democracia, considerando-se a necessidade dos usuários serem vistos enquanto titulares de direitos de fato e como tal serem tratados e usufruírem deles. Essa perspectiva é importante pois os usuários sujeitos à internação, em sua maioria, são alijados dos direitos fundamentais, conforme apontado pela pesquisa “Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil”, realizada pela Fiocruz, em 26 capitais e o Distrito Federal, em setembro de 2013, sobre usuários de drogas, em especial o crack.

Segundo a referida pesquisa, esses indivíduos são:

pobres ou muito pobres, os desfiliaados que nos falou Robert Castel (apenas 4,2% tem alguma forma de trabalho regular com carteira assinada, com faixa de renda muito baixa); são pessoas que se auto declaram como sendo “não-brancas” (o questionário utiliza esta categoria escolhida por 80% das pessoas para definirem sua cor/raça, indicando um nítido recorte étnico nas cenas de uso), são habitantes das capitais do nordeste (quase 50 % dos usuários são nordestinos, convivem com grande pobreza, com prostituição infantil e adulta, como forma de subsistência e não apenas como forma de obter recursos para a compra da droga); 80 % são homens, 80% são solteiros, 80% têm em média 30 anos, 80% têm apenas o ensino fundamental (FIOCRUZ, 2013).

A democracia vai além do que um regime que declare as liberdades de seus cidadãos, mas a igualdade material e processual entre eles. No Brasil, embora democrático, tanto as liberdades quanto à igualdade de seus cidadãos não se consolidaram. Os dados demonstrados pela pesquisa da Fiocruz exemplificam isso. Nesse sentido, é muito pertinente destacar a colocação de Friedrich Muller que, ao tratar da desigualdade como fenômeno de massas em sociedades periféricas como a brasileira, acrescenta uma leitura jurídica, aduzindo que a exclusão de determinados grupos populacionais depende de modo negativo

das prestações (leistungen) dos mencionados sistemas funcionais da sociedade, sem que tenham simultaneamente acesso às mesmas (do sentido positivo). Inversamente, o estado de bem-estar social (welfare state) é concebido por meio do conceito social da inclusão.[...]. Assim, não se trata mais de diferenças de classes ou estratificação social no quadro de uma inclusão genérica, ainda que muito desigual. Muito pelo contrário, o esquema inclusão/exclusão sobrepõe-se como uma superestrutura à estrutura da sociedade, também à estrutura da constituição – com ‘uma espécie de metacódigo [...], que mediatize todos os outros códigos’ ... O código direito/não direito (Recht/Unrecht) continua aqui existindo como código hierarquicamente mais elevado que o sistema jurídico na esfera nacional: a saber, o código constitucional/inconstitucional. Mas “para grupos populacionais excluídos essa questão tem reduzido a importância em comparação com o que a sua exclusão lhes impõe. Eles são tratados conforme o direito e o não direito e comportam-se correspondentemente conforme o direito ou conforme o não direito, de acordo com as situações e as chances (MULLER, 1998, p. 93/94).

Como se pode perceber, há certa estabilidade na existência de desigualdades, pois uma superestrutura transcende a ordem jurídica, impedindo a efetivação de direitos que, conseqüentemente, acarretariam na promoção de maior igualdade social. A desigualdade e a exclusão de certos grupos sociais, cujos tratamentos e comportamentos são determinados segundo o direito ou a falta dele, são vistos com naturalidade pela sociedade imersa nesse cenário, pois é retirada a substância da regra jurídica da igualdade, tendo em vista que para tanto é necessário a percepção internalizada da dimensão da igualdade na vida cotidiana (SOUZA, 2006, p.37).

Ressalta-se que esse tratamento diferenciado permite principalmente que, sobre os excluídos, recaia a violência cotidiana. O poder dos sistemas penais latino-americanos é exercido por meio de órgãos judiciais “militarizados, burocratizados e discricionários e as agências não judiciais atuam à margem de qualquer controle, impondo penas, violando domicílios, fichando a população, etc”. Os vulneráveis, massas urbanas marginalizadas, portanto, “só conhecem a cidadania pelo avesso, na ‘trincheira auto-defensiva’ da opressão dos organismos do nosso sistema penal” (BATISTA, 2003, p. 56/57).

Nesse cenário, a percepção do autor alemão é notada na implementação da internação compulsória de usuários de drogas, como ferramenta integrante da política de drogas, pois muitos enxergam a referida medida como um avanço no combate às substâncias. Contudo, os problemas afetos à drogadição e a própria exclusão social de grupos vulneráveis sujeitos à intervenção, não são considerados, tampouco esses grupos fazem parte do debate político sobre a adequação da medida e seu modo de implementação.

A política de drogas no Brasil, reformulada em 2003, adotou uma perspectiva de saúde coletiva, em especial no que se refere aqueles usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003). O Ministério da Saúde reconheceu a necessidade de desenvolver políticas públicas para promoção da educação e prevenção quanto ao uso, posto que, as informações insuficientes e, principalmente, as informações equivocadas sobre drogas, consumo, abuso e dependência, baseadas em estigmas e preconceitos construíram barreiras de superação difíceis (BRASIL, 2003). Destaca-se que na esfera penal também houve considerável avanço, ao impossibilitar a determinação de pena privativa de liberdade ao usuário de drogas.

A perspectiva biomédica ratificou os princípios constitucionais relativos à saúde e a função desempenhada pelos SUS – Sistema Único de Saúde, qual seja, promover o tratamento, a atenção e a assistência à saúde de modo integral a todos seus usuários. Isso porque o tratamento voltado aos indivíduos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas foi conferido à rede pública de atenção primária, inclusive, conferindo maior autonomia aos Estados e Municípios nessa gestão. Diante dessa alteração, percebeu-se a necessidade de capacitação e formação de profissionais para atuação junto a esses pacientes, para um cuidado intersetorial (BRASIL, 2003), possibilitando maior e melhor compreensão e atenção aos drogaditos<sup>4</sup>. Mesmo assim, há que se modificar ainda a concepção dos profissionais da saúde, quanto às drogas, para a devida capacitação, bem como o aperfeiçoamento dos aparelhos públicos de atenção aos usuários de drogas, pelo programa de Saúde da Família, CAPS<sup>5</sup> e os CAPSAD<sup>6</sup>. Isso sem descuidar-se do trabalho informativo e pedagógico para evitar o abuso de substâncias psicoativas e o monitoramento das ações e processos avaliativos da gestão (BRASIL, 2003).

Nesse ponto, é interessante ressaltar que, tendo em vista a maior autonomia conferida aos Municípios, esses passaram a ser responsáveis pela implementação de fundamentais aparelhos da atual política de drogas, quais sejam, os CAPS e CAPSAD, possibilitando, inclusive que esses entes federativos estabeleçam a gestão da mencionada política de modo mais adequado à realidade local. Um exemplo da boa gestão municipal voltada aos usuários foi o programa “Ação Integrada de Atenção ao crack e outras drogas” lançada em setembro de 2011, pela prefeitura de Recife/PE, para o cuidado integral de serviços fundamentais de atenção aos usuários de drogas, agregando ações da assistência, saúde, cultura, dentre outras políticas públicas (CAMPOS, *et al.* 2013,p.22).

---

<sup>4</sup> O termo drogadito é utilizado referindo-se aos indivíduos que fazem uso constante e abusivo de quaisquer substâncias psicoativas, sem, contudo, atribuir juízo de valor, posto que expressões valorativas desta natureza são incompatíveis com o marco teórico adotado.

<sup>5</sup> São os Centros de Atenção Psicossocial, cuja função é prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Cabe aos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Os CAPS devem acolher e atender às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, preservando e fortalecendo os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento de responsabilidade dos municípios, com corpo de profissionais multidisciplinar na área da saúde, voltados ao tratamento diário de pessoas com problemas mentais (BRASIL, 2005, p.27).

<sup>6</sup> Centros de Atenção Psicossocial para tratamento de usuários abusivos de álcool e outras drogas, com profissionais da área médica de diferentes especialidades, com atendimento diário à população, de responsabilidade dos municípios.

No entanto, as ações desenvolvidas em outros municípios geralmente não apresentam o mesmo formato, inclusive devido à falta de verbas. Mas essa não é a única razão. As experiências das capitais do Rio de Janeiro e de São Paulo, por exemplo, desconsideraram a perspectiva da política do Governo Federal, focando suas ações na retirada de usuários de drogas dos espaços públicos, sem que os demais serviços fossem efetivados (XAVIER, 2013a).

Embora a internação compulsória não seja a regra de aplicação, mas a exceção prevista em lei, uma vez que só pode ser efetivada após as falhas das demais opções, pois a política prioritária é a educação e prevenção das substâncias psicoativas e da internação voluntária, por meio de convencimento, não existem ações suficientes e eficazes que promovam a necessária instrução e tratamento adequado aos usuários, nem mesmo profissionais suficientes para tanto (AMARANTE, 2013a). Isso demonstra que a falta de efetivação de direitos acaba por manter a exclusão e as desigualdades sociais.

Além do uso ostensivo da internação compulsória, o Brasil enrijeceu o controle penal em relação às substâncias e traficantes, ao mesmo tempo que não fortaleceu nem ampliou os instrumentos preventivos, pedagógicos e assistenciais para diminuir o consumo de drogas, conforme estabelecido na política. Ao contrário do que acontece no Brasil, Portugal alterou sua política de drogas e em 2001, descriminalizou tanto porte quanto consumo, ao mesmo tempo em que criou uma rede de assistência aos viciados, prevendo desde “comissões de dissuasão da toxidependência” até incentivos fiscais a empresas que quisessem contratar algum dependente. Essa modificação ocorreu tendo em vista à onda de liberalização sem precedentes naquele país após o fim da ditadura. Em 1997 diante dos altíssimos índices de dependência de heroína e criminalidade, percebeu-se que era necessário “investir em prevenção, tratamento público e reinserção social” (CARTA CAPITAL, 2013) que não seria possível sem a descriminalização do usuário.

Para os consumidores, a descriminalização eliminou o motivo pelo qual os dependentes tinham medo de se submeter a tratamento. ‘A polícia, quando intercepta um usuário com problemas, leva-o às comissões. A preocupação é com a saúde. Não se cria mais estigma’. Não há internação compulsória nem registro policial. Em 1997, segundo as estatísticas, 100 mil portugueses, ou mais de 1% da população, era viciada em heroína. O número baixou pela metade. Do total, 35 mil são tratados pelo Estado. Os índices de criminalidade despencaram, assim como o número de pessoas encarceradas e de contaminados por Aids (CARTA CAPITAL, 2013).

Nota-se que não se trata apenas de adotar uma postura diversa, sob o prisma da saúde pública ou ainda uma ação mais liberal acerca das substâncias. É fundamental a efetivação de políticas públicas sociais, estruturação dos aparelhos do Estado e investimento público na rede de saúde. Portanto, além que alterar a perspectiva é preciso efetivá-la. Ademais, a internação compulsória apresenta elevado custo financeiro e baixíssimo êxito na recuperação de dependentes (ABRAMOVAY, 2013).

Outro fato que não é discutido é a postura do Estado brasileiro que ao negar direitos e garantias fundamentais a seus cidadãos é o maior produtor do referido cenário que, paradoxalmente, tenta combater por meio da internação compulsória. Cumpre salientar ainda que o projeto de lei n. 7663 favorece interesses econômicos (ABRAMOVAY, 2013), uma vez que permite o repasse direto de verbas do SUS para clínicas de recuperação e comunidades terapêuticas, ou seja, a privatização da saúde, cujas experiências vivenciadas pela sociedade brasileira não representam efetivo acesso ao direito à saúde. Nessa mesma seara, estão os interesses do mercado imobiliário superaquecido, eleições e a necessidade de construir uma imagem internacional de país “limpo” e “seguro”, em virtude dos grandes eventos mundiais, os quais o país passa a sediar (XAVIER, 2013a).

É nesse cenário, de interesses políticos e econômicos muito fortes, da falta de investimentos no SUS que surge o discurso sobre a necessidade da internação compulsória como uma possibilidade efetiva de tratar o grande número de usuários de drogas que se encontram nas ruas.

Diante do panorama descrito, tenta-se responder as seguintes questões:

1. Em que medida é possível compatibilizar a internação compulsória de usuários de drogas, maiores de 18 anos, em situação de vulnerabilidade social com o direito fundamental da liberdade e autonomia no atual paradigma constitucional?
2. O discurso de membros do Ministério Público que atuam na área da saúde, acerca da política de drogas e da saúde mental, relativa à implementação da internação compulsória evidencia práticas argumentativas de base garantista compatíveis com os pressupostos de defesa dos direitos fundamentais de liberdade e autonomia?

A pesquisa está voltada à discussão da internação compulsória sobre usuários de drogas, maiores de 18 anos, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade social, tomando-se os delineamentos teórico-analíticos do biopoder de Michel Foucault e sob a perspectiva de defesa dos direitos fundamentais, em especial a liberdade e autonomia, verificando a possibilidade de legitimar a medida interventiva conforme a atual política de drogas.

Nessa investigação leva-se em conta a complexidade e os aspectos sociais que envolvem esses usuários, que refletem na consolidação da democracia e dos direitos, inclusive em virtude da existência de mitos sobre as drogas, os usuários, seu tratamento e o tráfico (embora esse último não faça parte da pesquisa, é um fator fundamental quanto à drogadição).

Considera-se que a liberdade e a autonomia são condições inerentes aos seres humanos e num Estado Democrático de Direito elas são direitos essenciais e norteadores. Diante das questões propostas, a hipótese inicial é no sentido de que a internação compulsória de usuários de drogas em vulnerabilidade social é incompatível com a liberdade/autonomia, que, por sua vez, são pressupostos essenciais de uma sociedade política democrática na efetivação de direitos fundamentais dessa comunidade. Quanto ao discurso do Ministério Público, parte-se da premissa de que seu discurso deva ser garantista e de defesa da liberdade e autonomia, conforme a CR/88, inclusive em suas práticas. Na busca pela confirmação ou não das hipóteses, sem pôr fim a discussão, a pesquisa desenvolve uma reflexão profunda e responsável, tal como o tema exige.

Sendo assim analisa-se a política de drogas brasileira, a possibilidade de intervenção estatal no Estado Democrático de Direito que mitiga a liberdade e autonomia dos usuários vulneráveis física e socialmente, utilizando-se os pressupostos teóricos do biopoder, o qual justifica a ingerência da vida e, por meio do qual se estabelece uma raça que merece viver e outra que pode morrer. Pretende-se ainda conferir o discurso produzido pela política de drogas e pelos membros do Ministério Público que atuam na área da saúde na Grande Vitória e uma Comarca do interior frente à ela, bem como a forma de atuação dos representantes da instituição, verificando a proteção dos direitos dos drogaditos.

Na tentativa de contribuir com conhecimentos de aplicação prática para melhor compreensão do tema, utiliza-se a análise do discurso de tradição francesa, cujo objeto de estudo é o próprio discurso de natureza tridimensional, abarcando a linguagem, a história e a ideologia, rompendo o ordenamento lógico das regras gramaticais e a concepção de uma estrutura fixa que atribui imanência ao significado e o confunde com o sentido (FERNANDES, 2008, p.60).

Por meio desse método, analisa-se o discurso relativo à política de drogas, a implementação da internação compulsória de usuários, o discurso produzido pelos promotores de justiça ligados à área da saúde e seu papel desempenhado na defesa da liberdade e autonomia dos drogaditos e como esse princípio deve ser concebido e conquistado, reconhecendo e apontando a dubiedade de sentido da temática e interpretando-a. A metodologia adotada será melhor detalhada no capítulo 4, quando da identificação das categorias de análise e a conferência da internação compulsória no campo prático, a partir do marco teórico, Michel Foucault, e da pesquisa de campo realizada durante o desenvolvimento desse estudo.

No primeiro capítulo são apontados os delineamentos teóricos acerca do poder para Michel Foucault, seus desdobramentos até o conceito e ação da biopolítica. Nesse capítulo, o trabalho volta-se especificamente ao arcabouço teórico foucaultiano na tentativa de esclarecer como o autor desenvolveu seu pensamento, como os corpos dóceis foram concebidos e formatados. Além da descrição teórica, aponta-se o modo como o conceito de biopolítico e seus elementos analíticos podem ser aplicados e percebidos na temática proposta. Tenta-se esclarecer como que o denominado “racismo de estado” integrou os mecanismos regulamentadores do Estado, estabelecendo um corte biológico entre raças que merecem viver e outras que devem morrer, acirrando a diferença entre as raças, bem como a guerra entre elas.

No capítulo seguinte foram traçados os principais aspectos da constituição da psiquiatria enquanto poder-saber, exercendo dominação e sujeição de indivíduos. Algumas considerações importantes sobre o contexto da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica no Brasil foram trazidas, além de delinear uma analítica do asilo, de acordo com Michel Foucault.

A política de drogas adotada no Brasil e suas alterações foram descritas no terceiro capítulo, bem como o proibicionismo que a permeia. Examinou-se acerca dos discursos de poder do proibicionismo refletidos na política de drogas brasileira.

No quarto e último capítulo foi feita uma descrição da internação compulsória e apontadas as unidades de análise relativas à temática e a problematização proposta. Conforme a metodologia escolhida, a análise dos discursos levantamento dos registros bibliográficos pertinentes e as entrevistas realizadas, identificando-se cinco categorias analíticas, a saber: drogaditos, exclusão social, vulnerabilidade, subjetivação e liberdade e autonomia. Por meio dessas unidades, buscou-se compreender a dinâmica do biopoder na implementação da internação compulsória que implica, necessariamente, na manutenção da marginalização e exclusão de determinado grupo social.

Finalmente, as considerações finais sintetizaram as reflexões realizadas no desenvolvimento do trabalho e uma percepção geral da problemática enfrentada, apontando-se possíveis caminhos para lidar com o tema, com base em evidências distantes de dogmas e preconceitos, além de metodologia mais adequada e coerente com o paradigma constitucional brasileiro, na efetivação de direitos fundamentais e defesa da liberdade e autonomia.

## 1 OS DESDOBRAMENTOS DO PODER EM MICHEL FOUCAULT

Neste capítulo busca-se apontar os principais delineamentos teóricos sobre o poder na perspectiva foucaultiana, para compreensão da temática proposta, pois o poder é um dos pontos centrais dos estudos de Michel Foucault, segundo o qual, todas as relações humanas são permeadas e influenciadas pelo poder.

O termo “poder” não é entendido como um conjunto de instituições e aparelhos garantidores da sujeição dos cidadãos dentro de um Estado, tampouco, um modo de sujeição de cidadãos sob a forma de regra, por oposição à violência. Ele também não pode ser entendido como sistema de dominação exercida por um elemento ou um grupo sobre os demais. A concepção foucaultiana do poder compreende a multiplicidade de correlações de forças imanentes que se exercem e constitutivas de sua organização. A condição de possibilidade do poder permite tornar seu exercício inteligível até seus efeitos mais ‘periféricos’ e enseja empregar mecanismos como chave de inteligibilidade do campo social, sem haver um ponto central, um foco único de soberania de onde partiriam formas derivadas e descendentes; a condição de possibilidade de poder “é o suporte móvel das correlações e forças que, devido a sua desigualdade, induzem continuamente estados de poder, mas sempre localizados e instáveis” (FOUCAULT, 2014, p.100/101).

Portanto, o poder é exercido a partir de diversos pontos e em meio a relações desiguais e móveis, sem haver um núcleo que o emana. Mas nessas relações sempre há resistência (do contrário não é possível existir relações de poder), pois “onde há poder há resistência e, no entanto (ou melhor por isso mesmo), esta nunca se encontra em oposição de exterioridade em relação ao poder” (FOUCAULT, 2014, p.104), mas se coloca diante dele. Dessa maneira, percebe-se que a prática do poder se desdobra, alterando seu modo de manifestação e suas finalidades, sem, contudo, romper totalmente com as práticas de relações de poder anteriores. Os estudos realizados por Michel Foucault na década de 70 mostraram sua inquietação em analisar os meios, procedimentos e instrumentos utilizados pelo poder para constituir e controlar o homem. As pesquisas foucaultianas sobre a loucura e psiquiatria, crime e castigo, doença e medicina, tinham a finalidade de revelar que a exclusão de determinados indivíduos, como os loucos, os criminosos

e doentes, fazem parte da constituição de outros sujeitos considerados normais e sadios. Posteriormente, mais voltado à analítica do poder, governo e política são introduzidos como consequências da “notável lógica interna” nas análises já realizadas (GAUTIER, 1996, p. 20).

Michel Foucault inicia a análise do poder e suas manifestações com o chamado poder pastoral, passando a um exame mais criterioso e minucioso, pensado sob a perspectiva da racionalidade política a partir do conceito de governo. Assim, chega ao biopoder, o qual (como se verá adiante) é mais elaborado e faz uso das técnicas disciplinares e de controle do corpo do indivíduo, para melhor governar e gerir a vida humana. Portanto, as “técnicas disciplinares” não são excluídas ou substituídas, mas coexistem com as “técnicas políticas de governo”, de maneira mais racionalizada, considerando ainda a finalidade do Estado. Percebe-se que os dispositivos de normalização disciplinar e as técnicas do chamado biopoder, conjuntamente, utilizam formas de poder responsáveis pela objetivação e subjetivação do sujeito. No final da década de 70, o teor das reflexões foucaultianas se altera significativamente, embora mantenha uma relação direta com os elementos e temas tratados anteriormente, posto que a partir de então, Foucault volta-se a temas afetos ao governo, às práticas de governo e à política.

Os dois últimos elementos, política e governo, são introduzidos sucessivamente no processo analítico foucaultiano, sem a ruptura com os estudos das “técnicas disciplinares” e o cuidado em relação às “técnicas políticas de governo”. Entre essas técnicas há dois pontos de aproximação: primeiro, os estudos repousam sobre o mesmo método genealógico e; segundo, o poder é o fundamento que as práticas se constituem como técnicas (GAUTIER, 1996, p. 20). Desse modo, Foucault desenvolve seus delineamentos sobre o poder, suas manifestações, práticas e técnicas, chegando ao conceito de biopoder, biopolítica e à consolidação da governamentalidade, a qual da mesma forma, não rompe com o biopoder, mas o mantém e potencializa.

Para Michel Foucault (2008a, p.112), a ação de governar no Ocidente estava fundada sobre três matrizes: o poder pastoral da ideia cristã, encarregado de levar os indivíduos à salvação; na razão de Estado fortalecido e, finalmente, nos instrumentos estatais que formariam o dispositivo de polícia, nos séculos XVII e XVIII. Essas três matrizes levaram à constituição de uma noção de governo imbuída de elementos racionalizados de condução e direção dos indivíduos, a chamada

governamentalidade. A ocorrência da governamentalização do Estado foi possível pela concomitância do poder pastoral, do dispositivo diplomático-militar e da tecnologia de polícia.

Governamentalidade, a grosso modo, seria “uma arte de governar, cuja racionalidade tem por princípio e campo de aplicação o funcionamento do Estado” (REVEL, 2011, p. 74). Prado Filho (2006, p.142) aduz que a governamentalidade diz respeito ao conjunto de estratégias e procedimentos de poder emergentes nos séculos XVII e XVIII, que para multiplicar uma série de aparelhos e saberes específicos relativos às práticas de governo, tomou os indivíduos e a população como alvo e se utilizou de dispositivos de saúde e segurança apoiados na economia política como forma predominantemente de conhecimento.

Para melhor compreensão do poder, suas relações e funcionalidades é interessante trazer os apontamentos foucaultianos acerca do poder pastoral, do poder disciplinar e, finalmente, sobre o biopoder.

## 1.1 O PODER PASTORAL

A formação das primeiras sociedades ocidentais foi seguida pelos modelos estruturais agrícola e pastoral. O primeiro era caracterizado pelo contato do agricultor com as plantas de modo a deixá-las crescer conforme a natureza e, o segundo, baseava-se num contato permanente com o ser domesticado. Nesse segundo modelo, o pastor conduzia seu rebanho ininterruptamente, num contato direto e positivo. O pastor “escolhe o caminho que impõe a cada momento ao rebanho” (HAUDRICOURT, 1962, p. 42, traduzi). Esse tratamento pastoral do homem possui uma larga história na civilização ocidental e Foucault destaca a existência do rebanho tendo em vista o pastor e sua ação direta, ou seja, há uma relação de co-dependência entre ambos, o que permite a aplicação e permanência do poder pastoral. Em alguns povos antigos era comum o uso de vocabulário político à atividade pastoral, a qual era carregada de representação e simbologia religiosa, tendo o pastor importante papel tanto na literatura religiosa quanto na política de povos como os hebreus, Assírios, Egípcios e outros povos do Mediterrâneo (HAUDRICOURT, 1962, p. 45, traduzi).

No curso Segurança, Território e População, de uma maneira geral é possível verificar que Michel Foucault destacou as diferenças entre o poder pastoral e o típico poder de governo, bem como ressaltou traços característicos da ação de governo realizada pelo pastor-governante sobre o rebanho-povo. O filósofo deixou evidente algumas características do poder pastoral como seu objeto de ação, a finalidade de sua aplicação, o elemento central de seu funcionamento e a maneira como deve ser exercido. Diante da exposição das características desse tipo de poder pode-se verificar como as técnicas pastorais, com o tempo e o surgimento de problemas inerentes à população, foram aprimorados até a configuração de um poder mais sofisticado e racionalizado.

O objeto da ação sobre o qual o pastor atuava era o grupo de indivíduos que se pretendia dirigir/conduzir, sobre o movimento que o rebanho fazia de um ponto a outro. O poder pastoral determinava onde ele devia ir, sendo exercido “sobre uma multiplicidade em movimento”, cuja função era promover o bem de seu rebanho. O poder pastoral foi “inteiramente definido por seu bem-fazer, ele não tinha outra razão de ser, senão fazer o bem” (FOUCAULT, 2008a, p. 168/170), acarretando a sua aplicação para a salvação do rebanho. Ressalta-se que salvá-lo constituiu o objetivo fundamental do poder pastoral, aproximando-se da “salvação da pátria” no pensamento político clássico da modernidade como finalidade do soberano, bem como remete à ideia do biopoder desenvolvida por Foucault, o qual é resultante de alterações do poder e suas finalidades (como será demonstrada a seguir), apesar de seus dispositivos de ação completamente diferentes e mais sofisticados, voltados à gestão e maximização da vida.

A figura centralizada no pastor, exercendo um poder totalizante e individualizante é outro traço do poder pastoral. O saber geral e individualizado sobre o rebanho e sobre a ovelha permitia a condução prática, concreta e cotidiana das vidas de todos, fornecendo instrumentos de poder sobre o rebanho-povo. Além disso, o pastor ainda devia estar disposto a se sacrificar por seu povo, em verdade, ele devia estar disposto a sacrificar todo o rebanho pela vida e salvação de uma só ovelha. Trata-se, pois, de um paradoxo moral e religioso do pastor na tradição hebraica, problemática cristã do pastorado: sacrifício de um pelo todo e o sacrifício do todo por um (FOUCAULT, 2008a, p. 172/173). É possível perceber que a ideia de que um deve ser sacrificado pelo bem dos demais ainda permanece vigente, como se a morte de um representasse a salvação ou melhoria de vida daqueles que sobrevivem.

A partir do surgimento do cristianismo e das instituições que o ratificaram foi conferido maior prestígio ao poder pastoral. Segundo Foucault (2008a, p.196), com a religião cristã no Ocidente “a verdadeira história do pastorado, como foco de um tipo específico de poder sobre os homens”, como modelo e “matriz de procedimentos de governo dos homens”, fortaleceu o poder pastoral, tornando-o mais sólido e dando status e procedimento político. Assim, a relação de poder pastor-rebanho teve seu auge por meio da institucionalização da religião crista. Esse processo de constituição da religião enquanto igreja, como instituição que governa os homens em seu cotidiano a pretexto de levá-los à vida eterna não se restringiu a um determinado grupo ou Estado, “mas toda a humanidade” (FOUCAULT, 2008a, p. 196). A partir de então iniciou-se a estruturação de um dispositivo de poder sem precedente na história, muito forte e eficiente, o qual vem sendo aperfeiçoado e desenvolvido, integrando-se a outros dispositivos e instrumentos de poder. Destaca-se que esse poder ainda hoje é muito eficiente, apesar do diferente modo e intensidade.

A Contra-Reforma conferiu maior intensidade e campo de ação a esse poder, aumentando sua influência sobre a vida dos indivíduos. O cristianismo primário do governo pastoral não foi analisado como uma instituição necessária, mas como técnica de governo (FOUCAULT, 2008a, p. 199). A tentativa de examinar e direcionar a consciência do pastorado cristão tinha o objetivo de dominar e conduzir os homens à salvação e assim, impôs preceitos de verdade, dogmas, obrigações e leis. As técnicas cristãs de conduta de si passavam desde a submissão, obediência, exame e direção de consciência até alcançar a renúncia do mundo e de si próprio, com intuito de mortificar a própria vontade, mortificar a vontade de ter vontade (FOUCAULT, 2008a, p. 235) e, dessa maneira a imposição de determinada conduta e vontade, seria possível formatar os sujeitos e conduzi-los a qualquer lugar.

Como se vê o poder pastoral cristão delineou-se como um modelo de técnica privilegiada de governo, capaz de direcionar e controlar as condutas e as almas dos homens, no âmbito coletivo e individual. O poder pastoral para Prado Filho (2006, p.40) é definido como

‘condução das almas’ – estão nascendo neste mesmo tempo as ‘artes de governar’, o vigor das práticas pastorais como tal está declinando, mas está acontecendo uma passagem de elementos do pastorado para a prática propriamente política: da condução das almas ao governo dos vivos. Põe-se em movimento a governamentalização do

Estado e da sociedade – a partir de então a palavra economia está liberada para assumir os significados que tem entre nós: de domínio concreto, ‘positivo’, de fenômenos – ‘nível de realidade’ – e conjunto de saberes e técnicas de intervenção: as ‘ciências econômicas’ modernas.

O poder de condução do poder pastoral manifestava sua força e superioridade no zelo e na dedicação. E suas decisões significavam a salvação ou resolução dos problemas do rebanho (FOUCAULT, 2008a, 170/171). Essa característica de direcionar o indivíduo e a comunidade centralizada em uma determinada figura é percebida ainda hoje, especialmente em circunstâncias delicadas, por exemplo a internação compulsória de usuários de drogas em situação de vulnerabilidade. Diante de questões difíceis e de resolução complexa como esta, a sociedade não se envolve nesse processo. Ou seja, diante da necessidade ou da exigência de ação frente aos usuários em situação de vulnerabilidade a sociedade transfere ao poder público a responsabilidade de solucionar a questão sem sua participação efetiva, ou mesmo sem a devida e necessária discussão da temática para que a medida mais adequada seja adotada. Essa permissão da sociedade para que o Estado aja, muitas vezes, implica em decisões que violam direitos fundamentais como a liberdade e autonomia.

É importante ressaltar que o poder pastoral deixou elementos e práticas próprias de governo, as quais foram aproveitadas e expandidas para uma concepção política e social de governo de todos os homens, inclusive, daqueles que acreditam não estarem submetidos a esse poder. Com o declínio do poder pastoral em razão das mudanças ocorridas no Ocidente, especialmente os questionamentos acerca da autoridade do pastor e justificações teológicas, outras maneiras de exercício do poder e de domínio sobre os indivíduos foram gradativamente desenvolvidas, sem anular os dispositivos e técnicas do poder pastoral. A prática desse poder, guardada as devidas proporções, nos remete ao biopoder (tratado a seguir) ao justificar a perda de uma ovelha em nome da salvação do rebanho, ou seja, o corpo social é protegido mediante a necessidade de se perder outras vidas. O “governo das condutas é correlativo do governo das almas [...] situando-se nas raízes desta governamentalidade contemporânea, que é resultado de uma prática política calculada e refletida” (PRADO FILHO, 2006, p. 36).

## 1.2 O PODER DISCIPLINAR E A ECONOMIA DOS CORPOS DÓCEIS

A constituição do Estado se tornou decisiva, especialmente a partir do século XVI, para as sociedades modernas, representando o surgimento de uma nova forma de política e de poder de maneira contínua. O poder do Estado consistiria num poder individualizante e totalizante, o que acarretou uma audaciosa conjugação de “técnicas de individualização e dos procedimentos de totalização” (FOUCAULT, 1995, p. 236). A ação governamental no Ocidente encontra seus fundamentos da ideia crista de poder pastoral, encarregado dos indivíduos, levando-os à salvação, na ideia de Estado forte do século XVI e no dispositivo de polícia. A união desses fatores constituiu uma concepção de governo imbuída de elementos racionalizados de condução e direção dos indivíduos, denominada governamentalidade. A governamentalização do Estado permitiu sua sobrevivência diante das modificações ocorridas, por meio da fusão do poder pastoral, o dispositivo diplomático-militar e a tecnologia de polícia (FOUCAULT, 2008a, p.112).

Nesse sentido, o pastorado cristão estabeleceu práticas bem fundamentadas que implicaram na condução das almas e das consciências dos homens que, conforme o poder foi se modificando e o Estado se formando, facilitaram o direcionamento dos sujeitos pelo governo. Além disso, técnicas cristãs como “exame, confissão, direção de consciência e obediência tiveram como objetivo trabalhar para a sua própria mortificação para esse mundo”, o que não significa a morte, mas a renúncia para o mundo e para si (ROSA, 2014, p.110), com a finalidade de seguir e manter uma ordem. Portanto, o poder pastoral e algumas técnicas importantes utilizadas por ele foram desdobradas e influenciaram uma nova forma prática de poder. É a partir da junção entre a disciplinarização dos corpos e o governo das almas que nasceu a concepção moderna de política.

A forma de governo por meio de uma prática política calculada, arquitetada e refletida é resultado de alterações do poder e das necessidades surgidas junto com a população e seus problemas. Segundo Foucault (1995, p. 244), o governo “designava a maneira de dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos”, o que significava que ele agia de modo refletido voltado às possibilidades do campo de ação dos sujeitos. Por outro lado, o governo político se refere à atuação política do Estado, por meio de métodos, técnicas e mecanismos para gerenciar um Estado ou uma região. Neste sentido, a ação político-governamental é relativa à aplicação efetiva

de procedimentos administrativos efetuados pela racionalidade política, face à otimização do espaço público para melhor dispor da ordem das relações de convivência e mais controle sobre os indivíduos e as coisas que circulam dentro do Estado (FOUCAULT, 1995, p. 244).

Nos séculos XVII e XVIII emergiu a estrutura disciplinar que levou a efeito a implantação de fórmulas diretas de dominação, com métodos que permitiram o controle minucioso das operações do corpo. O nível de dominação ultrapassava a soberania, ou seja, seguia no “plano das formas de sujeições decorrentes dos operadores materiais e imateriais, das conexões e utilizações locais permeadas pelos dispositivos do saber (ROSA, 2014, p.87).

Em *Vigiar e Punir*, Michel Foucault tomou a prisão como modelo para mostrar a atuação de métodos disciplinares, inclusive, a tortura e o suplício anteriores à prisão, como conjunto punitivo utilizado. Constatou-se como, além de punir, o excesso de violência empregada nos castigos penais, fundamentada no suplício, o sofrimento físico que a pena constituía a uma economia dos direitos suspensos (FOUCAULT, 2013b, p. 16), também disciplinava os demais indivíduos, bem como isso era reprovado pela sociedade, contribuindo para a reforma penal ocorrida. Esse afrouxamento da severidade penal foi compreendida pela sociedade como um fenômeno quantitativo que contemplava a suavização e humanização da pena, em virtude de discursos acerca da redução do sofrimento (ROSA, 2014, p.95).

Nessa mesma obra, Foucault apontou como instituições como escolas, fábricas, hospitais e hospícios serviram de parâmetro para a implementação de mecanismos de controle e disciplina eficazes, tendo em vista a punição que aplicavam e a função constante que exerciam sobre os sujeitos. Percebeu-se que as punições violentas e diretas no corpo deviam ser superadas, para alcançar a alma do criminoso e corrigi-lo, conforme a proposta dos reformadores do século XVIII e da vigilância do comportamento a partir do século XIX (FONSECA, 1995, p. 48). Verificou-se a constituição de um ritual de exercício planejado e de movimento racionalizado, atuando constantemente com o objetivo de esquadrihar o tempo, o espaço, as ações para domesticar as consciências das pessoas, extraindo a utilidade esperada desse corpo, ou ainda impondo-lhe obrigações e exercícios necessários para reeducá-lo como um corpo dócil.

Esses métodos estabeleceram e permitiram o controle vigoroso das operações do corpo, sujeitando constantemente suas forças e impondo uma “relação de docilidade-utilidade, chamada de disciplina. O chamado poder disciplinar tratava-se de um processo contínuo, gradual e de aperfeiçoamento de outras modalidades de poder por meio de processos disciplinares existentes “há muito tempo: nos conventos, nos exércitos, nas oficinas também. As disciplinas, no decorrer dos séculos XVII e XVIII, se tornaram fórmulas gerais de dominação” (FOUCAULT, 2013b, p. 133) e, por meio de mecanismos e elementos, inclusive táticas minuciosas de controle, conjunta e constantemente, buscavam um bom adestramento individual e coletivo.

Segundo Michel Foucault (2013b, p.164), o poder disciplinar

[...] tem como função maior, “adestrar”; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor. Ele não amarra as forças para reduzi-las; procura liga-las para multiplica-las e utiliza-las num todo. Em vez de dobrar uniformemente e por massa tudo o que lhe está submetido, separa, analisa, diferencia, leva seus processos de decomposição até às singularidades necessárias e suficientes. “Adestrar as multidões confusas, móveis, inúteis de corpos e forças para uma multiplicidade de elementos individuais – pequenas células separadas, autonomias orgânicas, identidades e continuidades genéticas, segmentos combinatórios. A disciplina “fabrica” indivíduos; ela é técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício, Não é um poder triunfante que, a partir de seu próprio excesso, pode-se fiar em seu poderio; é um poder modesto, desconfiado que funciona a modo de uma economia calculada, mas permanente. Humildes modalidades, procedimentos menores, se o compararmos aos rituais majestosos da soberania ou aos grandes aparelhos do Estado.

Há que se esclarecer que a escravidão, a domesticidade, a vassalagem, o ascetismo e as “disciplinas” do tipo monástico são diferentes do poder disciplinar descrito por Foucault, pois aqueles tinham o intuito de realizar renúncias mais que aumento da utilidade. Eles pretendiam a obediência de uns aos outros. No entanto, o poder disciplinar foucaultiano buscava controlar os corpos, as almas e a consciência, tornando-os dóceis para aumentar sua utilidade e maximizar suas possibilidades. O momento histórico das disciplinas é quando nasce uma arte do corpo humano, visando não só o crescimento de suas habilidades, tampouco o aumento de sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o tornou mais obediente e mais útil.

Formou-se uma política de controle e coerções sobre o corpo, uma manipulação racionalizada de seus elementos, gestos e comportamentos. “O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadriha, o desarticula e o recompõe. Uma ‘anatomia política’, que é também igualmente

uma ‘mecânica do poder’” (FOUCAULT, 2013b, p. 133). O regime disciplinar era caracterizado por um conjunto de técnicas de coerção exercido segundo um esquadramento sistemático do tempo, do espaço e dos movimentos do indivíduo (REVEL, 2011, p.36), considerando suas finalidades, cuja preocupação estava voltada à atividade produtora.

Como se vê, esse desdobramento do poder dominava de maneira minuciosa e com atenção ao corpo, colocando-o num espaço individualizado, para o controle de seus gestos, comportamentos e atitudes, além de buscar a rapidez na execução de suas tarefas. A disciplina enquanto produzia corpos dóceis e aumentava suas forças em termos econômicos, criava maior obediência política e acentuava a sujeição dos indivíduos (FOUCAULT, 2013b, p.133/134), numa rede de micropoderes sem limites com técnicas, dispositivos e mecanismos de um poder capilarizado e infinitesimal.

Os dispositivos disciplinares como regulamentos, observação, inspeções, o controle sobre os pequenos gestos e ações da vida não pararam de crescer e cobrir o corpo social, implicando numa complexa forma de sociedade. Ademais, o espaço disciplinar era modelado de acordo com a ideia de lugar, de espaço, o chamado quadriculamento que buscava “anular os efeitos das repartições indecisas, o desaparecimento descontrolado dos indivíduos, sua circulação difusa, sua coagulação inutilizável e perigosa”. Ou seja, um espaço recortado pela tática da disciplina e dividido em tantas partes quantos são os sujeitos ou os corpos para evitar distribuições por grupos, analisando “as pluralidades confusas, maciças ou fugidias” (FOUCAULT, 2013b, p. 138). Pretendia-se o conhecimento total e melhor dos indivíduos, impondo-lhes maior domínio para usá-los de maneira conveniente e eficaz. Desse modo, o sistema de disciplinarização e seus elementos correspondentes, podiam ser tomados como uma tática antideserção, antivadiagem, antiaglomeração e verificar e controlar ausências e presenças com rigor, vigiando comportamentos de cada um a todo instante.

O sucesso desse poder “se deve sem dúvida, ao uso de instrumentos simples, porém, muito importante e eficaz à funcionalidade do poder disciplinar: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e sua combinação em um procedimento que lhe é específico e, finalmente, o exame” (FOUCAULT, 2013b, p. 164). Cada um deles nessa mesma ordem estabelecia uma

vigilância constante, individualizada e coletiva, implantando normas sistemáticas às ações e critérios de exames para retirar dos indivíduos sua verdade inerente. Essas três matrizes do poder disciplinar conjunta e continuamente utilizadas, de acordo com suas funcionalidades e intencionalidades, além de conhecer melhor os indivíduos, reduzia-os a um objeto de poder e saber, sendo preciso um dispositivo disciplinar capaz de intensificar os efeitos da ação do poder e a produção de seus objetivos.

Nesse modelo de gestão o aparelho disciplinar mais eficiente e adequado para tanto era o Panóptico<sup>7</sup> de Jeremy Bentham, pois observava permanentemente e numa só olhada verificava todas as atitudes e comportamentos ameaçadores, em especial, sem que os vigiados percebessem. Esse local de encarceramento onde os princípios de visibilidade total, de decomposição das massas em unidades e de reordenação completa destas últimas, conforme hierarquia rigorosa, permite submeter os indivíduos a uma verdadeira economia de poder (REVEL, 2011, p.37).

Sob a funcionalidade do panóptico, todos os indivíduos não apenas os internos de determinada prisão, hospital ou escola, pode ser observado todo o tempo, uma vez que por meio dos três elementos (vigilância, sanção normalizadora e exame) maximizados pelo panóptico, cada detalhe é constantemente observado. O esquema panóptico é destinado a se difundir no corpo social, com vocação de se tornar uma função generalizadora (FOUCAULT, 2013b, p. 196), por isso a naturalidade e profundidade de seus efeitos normalizadores. Os indivíduos submetidos ao seu campo de visibilidade são analisados, medidos e comparados, sendo possível conferir o desempenho, as doenças, os comportamentos indesejados, os efeitos dos contágios, estabelecer classificações, apreciar características, induzindo os observados a um estado consciente e permanente de observância que assegura a funcionalidade do poder, sendo possível, inclusive, a realização de experiências, alteração de comportamentos e treinamentos de sujeitos.

---

<sup>7</sup> Jeremy Bentham concebe a ideia do panóptico, arquétipo de todas as construções que possibilitassem a máxima vigilância e a reabilitação do maior número de indivíduos, após se envolver nos debates sobre as prisões, punição de crimes, a recuperação moral dos criminosos e seu retorno para a sociedade. De posse dessa ideia escreve o Panóptico em que descreve minuciosamente o modo de funcionamento dessas construções. Em uma carta de 25 de novembro de 1791 endereçada ao deputado francês M. J. PH. Garran, Bentham promete a este político o envio da versão em inglês desse livro, bem como o extrato em francês “feito por um amigo” (que alguns intérpretes identificam como sendo Étienne Dumont, um pastor e homem de letras que exerceu a função de assistente de Bentham).

As disciplinas trazem um discurso que não trata daquele utilizado pela regra jurídica derivada da soberania, mas o de regras móveis, decorrente da incorporação à norma (ROSA, 2014, p.87/88). A norma define um código que não é amparado na lei, necessariamente, mas na normalização, referindo-se a um arcabouço teórico das ciências humanas amparadas num saber clínico, ditando o que é útil, enquanto a lei penal define o que é nocivo.

Os traços da lógica do poder disciplinar, controle e determinação do que é útil, no que tange à implementação da internação compulsória são visíveis. Considerando os dogmas e mitos que envolvem os usuários de drogas e a funcionalidade do poder disciplinar, a intervenção sobre esses indivíduos para tratá-los e torná-los úteis e dóceis é justificável e até legítima. Desta feita, a função e finalidade da sociedade disciplinar, os mecanismos aplicados às virtualidades dos indivíduos, procurando corrigi-los pela reclusão e pelo internamento pertence a uma “ideia policial, nascida paralelamente à justiça, fora dela, em uma prática dos controles sociais ou em um sistema de trocas entre a demanda do grupo e o exercício do poder” (FOUCAULT, 2012c, p. 99).

Assim, os comportamentos, atitudes, pensamentos e modo de viver dos usuários de drogas devem ser reenquadrados e reajustados, conforme a sociedade disciplinar, a qual encontrou e colocou todos os mecanismos disponíveis para o exercício de um poder enraizado em todas as esferas sociais, controlando tudo e todos e readequando aqueles que estejam fora de suas normas estabelecidas. Talvez por essa razão seja tão complicado a realização do necessário debate sobre as drogas, especialmente à internação compulsória. Percebe-se a evidente dinâmica do poder disciplinar nessa temática, face à capilaridade de dogmas, a concepção de uma determinada conduta que, por meio da vigilância e do controle, serve à lógica da utilidade social, ajustando-se e reenquadrando-se, inclusive com uso de força para tanto.

### 1.3 O BIOPODER

O conhecimento, o controle e a docilização dos sujeitos individualizados, inclusive para uma melhor adaptação à sociedade capitalista, estão ligados às modificações sociais e econômicas pelas quais o Ocidente atravessou. Assim, alterações e desdobramentos da forma de poder e do

modo de governo foram fundamentais para o Estado e às necessidades sociais que emergiram. A partir da segunda metade do século XIX, em especial, o poder disciplinar não era mais suficiente para resolver as questões que a sociedade viu-se obrigada a enfrentar, razão pela qual o poder disciplinar se desdobrou, criou novos métodos e tecnologias, aprimorando as anteriores para responder às demandas que se delinearam.

Nesse momento em que a funcionalidade se altera é possível perceber que os elementos do poder disciplinar permaneceram agindo de maneira concomitante com o novo desdobramento do poder, posto que, enquanto a disciplina sucedia como anátomo-política dos corpos aplicada individualmente, com o referido desdobramento, uma medicina social voltada à população para gerir sua vida também passa a se fazer presente: “a vida faz, daí em diante, parte do campo do poder” (REVEL, 2011, p.25).

Para melhor compreender o desdobramento do poder disciplinar é preciso destacar um dos principais atributos da soberania, segundo a teoria Clássica, a saber, o direito de vida e de morte dos súditos, pelo soberano. A partir das mudanças do poder e do direito político do século XIX, o velho direito de soberania de tirar a vida de alguém se tornou o “poder de fazer viver e de deixar morrer”. O poder soberano só era exercido mediante a possibilidade de decidir pela morte ou não de seus súditos e, a partir da tomada da vida da população como algo que deve ser gerido dentro do campo do poder político, o novo poder problematiza a vida da população no pensamento político, da análise do poder político” (FOUCAULT, 2005, p. 286-288).

Esse novo poder é um poder moderno e limitado “de causar a morte ou de deixar viver” (FOUCAULT, 2005, p.287). O poder soberano clássico de vida e de morte se baseava na defesa e proteção do soberano, enquanto agora se refere ao direito do corpo social garantir sua própria vida, mantê-la ou desenvolvê-la (FOUCAULT, 2014, p.146/147). Ou seja, um poder de defesa da própria sociedade, exercido positivamente sobre a vida, empreendendo sua gestão, seu aumento e sua multiplicação, controle e regulações, conjuntamente. Nesse sentido, Giorgio Agambem (2010, p.149) aduz que “na biopolítica moderna, soberano é aquele que decide sobre o valor ou sobre o desvalor da vida enquanto tal”. A consideração da “vida sem valor” ou “indigna de ser vivida” pode ser balizada por meio das ações do Estado em relação a elas.

A soberania clássica se altera e passa a ser concebida mediante uma análise em que é preciso extrair, histórica e empiricamente, das relações de poder, os operadores de dominação, verificando-se a partir dessas relações o que possuem de factual, efetivo e o modo de determinar os elementos que incidem sobre elas (FOUCAULT, 2005, p.51). O nascimento dessa tecnologia como novo cálculo das práticas racionalizadas de governo não representou a eliminação da soberania, ao contrário. Houve aumento da sua sagacidade e intensidade, ao se tornar mais aguda do que nunca (FOUCAULT, 2008a, p.142), mesmo sendo mais sutil que a ideia de soberania clássica.

Tendo em vista que a relação de poder incide sobre a vida e seus desdobramentos, buscando não apenas seu saber e vigilância, mas sua intervenção, pode-se concluir que a partir das relações de dominação e os interesses atinentes a elas é conferida a soberania e o estabelecimento da raça que se deve deixar morrer e da raça que merece viver em obediência à lógica de dominação na era do biopoder.

Não restam dúvidas que o nível dos mecanismos, das técnicas e tecnologias de poder foi alterada, utilizando-se dos elementos já conhecidos e permeados em todas as esferas da vida dos indivíduos. As técnicas de poder eram essencialmente centradas no corpo individual, com métodos racionalizados e de economia voltadas ao aumento da força útil, ao passo que o novo poder trouxe uma nova tecnologia que não excluiu os elementos da anterior, mas as embutiu, as integrou, as modificou parcialmente. A nova tecnologia de poder, por sua vez, é de outro nível, com uma superfície de suporte diversa e auxiliada por instrumentos diferentes que se dirige à vida dos homens, do homem ser vivo, espécie.

Portanto, após a disciplina voltada ao corpo individual, suas virtualidades, ao controle, ao domínio e à punição, outra técnica se instalou e se dirigiu à multiplicidade dos homens, “na medida em que ela forma uma massa global, afetada por processos [...] próprios da vida, processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc” (FOUCAULT, 2005, p.289).

O denominado biopoder toma a vida e suas multiplicidades para exercer sobre elas novas técnicas e geri-las por completo. Segundo Revel (2011, p.24) biopolítica da espécie humana é

a maneira pela qual o poder se encaminha para a transformação, entre o fim do século XVIII e o início XIX, a fim de governar não só os indivíduos por meio de uma série de procedimentos disciplinares, mas também o conjunto dos seres vivos que compõem a população: a biopolítica – por meio de micropoderes locais – se ocupará, portanto, da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade etc., na medida em que tais gestões se tornaram apostas políticas.

Essa nova tecnologia de poder se preocupa com o conjunto de processos afetos à população que com uma gama de problemas econômicos e políticos na segunda metade do século XVIII constituíram os objetos de saber e alvos de controle da biopolítica. Esses elementos não foram os únicos alvos do biopoder, ao contrário, novos elementos foram incorporados e aliados à medicina e sua funcionalidade, tornando-se fundamental o estabelecimento e fortalecimento da biopolítica. Fenômenos universais e acidentais que não são compreendidos completamente, como a incapacidade e anomalias diversas também se tornaram alvo do biopoder, que introduziram mecanismos sutis e economicamente muito mais racionais que os mecanismos anteriores (FOUCAULT, 2005, p, 290), para sua medição e gestão. Cumpre destacar ainda que a biopolítica voltou-se ao controle dos traços biológicos e patológicos para a melhor gestão da força de trabalho, na garantia da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e a adequação dos fenômenos da população aos processos econômicos (FOUCAULT, 2014, p.151/152).

O biopoder atua em todos os campos da vida dos indivíduos, enxergando-os enquanto espécies integrantes de um conjunto vivo que também é objeto de controle e exame constantes, exercendo seu domínio de modo mais racionalizado e econômico que a tecnologia anterior, uma vez que conhece melhor a espécie e permeia todos os níveis da vida da população. Cabe ressaltar que, essa intervenção é mais eficaz, poderosa e mais sutil por conhecer e gerir a vida no detalhe. O biopoder deve ser analisado conjuntamente com o liberalismo e o modo de governar com Estado mínimo imersos numa sociedade complexa, tanto no interior quanto no exterior do próprio Estado.

### **1.3.1 O Biopoder e a Vida como Problema Político**

O Biopoder toma o corpo social como numerável, trazendo a noção de população e lida com ela como um problema científico, biológico, político e de poder. A arte de governar moderna coloca a população, seus elementos e fenômenos como problemas políticos, acarretando o controle das

estratégias que os sujeitos em sua liberdade, podem ter em relação a si mesmos e uns em relação aos outros (REVEL, 2011, p. 75). Isto porque a gestão da vida é feita de maneira mais cuidadosa e perspicaz possível, “gerir a população significa geri-la em profundidade, minuciosamente, no detalhe”, levando cada sujeito individualmente a integrar as engrenagens dos aparelhos de controle, vigilância e gestão da vida (FOUCAULT, 2012b, p.428).

O biopoder preocupa-se com os seres humanos enquanto espécie e a maximização da vida, para tanto, lança mão dos dispositivos disciplinares, ao mesmo tempo em que agencia politicamente a vida, refletindo na individualidade de cada sujeito.

A biopolítica parte “da natalidade, da morbidade, das incapacidades biológicas diversas, dos efeitos do meio, é disso tudo que a biopolítica vai extrair seu saber e definir o campo de intervenção de seu poder”. O meio de existência dos indivíduos, o clima, a geografia e até as epidemias ligadas à existência de fauna e flora com repercussão sobre a população, os problemas das cidades (FOUCAULT, 2005, p. 292), dentre tantos outros alvos são alcançados pelo biopoder, sem se restringir a eles, pois por meio de seus dispositivos de poder todos os campos da vida são permeados por ele.

Sendo assim, por meio dessa nova tecnologia e com utilização contínua do saber científico aparece um poder de regulamentação e que consiste “em fazer viver e em deixar morrer” (FOUCAULT, 2005, p.294). Uma série de questões foi colocada em xeque reclamando novos métodos e procedimentos para resolução, justificando a vida tornar-se também um problema jurídico. A escassez de alimentos, o aumento populacional, a proliferação de doenças, a insalubridade das cidades e outras foram tomadas pelo biopoder para a análise de uma gestão global da vida em que o corpo humano é considerado elemento de uma espécie e sofre a incidência das práticas de normalização (MAIA, 2003, p.78).

A intensificação das medições estatísticas que deu origem as primeiras demografias resultou no mapeamento dos fenômenos de controle dos nascimentos do século XVIII. Todavia, a biopolítica surgiu num momento em que não se procurava em tratar simplesmente do problema da fecundidade, mas tratar o problema da morbidade, por meio do controle das epidemias ou

doenças reinantes na população que ameaçavam frequentemente os poderes políticos (ROSA, 2014, p.115).

A partir dos conceitos de biopoder e biopolítica é possível perceber que estamos diante de um poder que não se restringia à aplicação de disciplinas e respeito às normas pelos indivíduos nas instituições sociais. Estamos diante de um poder cuja penetração é mais profunda, pois é capaz de atingir cada detalhe da vida. A disciplina docilizou os corpos e os tornou úteis, enquanto a biopolítica busca o equilíbrio global, a segurança do conjunto e dos seus efeitos. É uma tecnologia regulamentadora ou previdenciária “em que os corpos são recolocados nos processos biológicos de conjunto” (FOUCAULT, 2005, p. 297), promovendo a vida de uns e permitindo a morte de outros.

Essa sobreposição dos tipos de tecnologias de poder fica clara ao perceber que após a docilização e utilidade dos corpos alcançadas por meio de treino, observação e punição, o biopoder pode, de modo mais cômodo, sobrepor-se aos fenômenos globais e da população, “com processos biológicos ou bio-sociológicos das massas humanas” (FOUCAULT, 2005, p. 298). Os dispositivos regulamentadores permitem e induzem certos comportamentos, ou seja, a nova tecnologia forja determinados modos de ser, agir e pensar.

Resta claro que a biopolítica se constituiu de maneira totalizante e tendo como alvo o corpo-espécie (população e território), atrelando a população e o indivíduo, além de se relacionar intimamente com os dispositivos de segurança. Essa tecnologia política busca normalizações (PASSETTI, 2013, p.3/4) da população e do indivíduo. Nessa lógica e com essa intencionalidade, a medicina tornou-se um poderoso instrumento regulamentador, pois para conhecer, dominar e, principalmente regulamentar a vida e os acontecimentos afetos a ela, essa ciência era perfeita para cumprir os objetivos do biopoder. Portanto, a medicina foi um saber-poder que incidu ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos, com efeitos disciplinares e regulamentadores (FOUCAULT, 2005, p.302). O nascimento da grande medicina no século XIX não foi dissociado da forma organizacional desse período, qual seja, uma política da saúde e de uma consideração de doenças como problema

político e econômico, que se colocou às coletividades e que elas deviam procurar resolver no nível de suas decisões conjuntas” (FOUCAULT, 2012b, p.297).

Tendo em vista que a função de gerir e controlar a vida numa multiplicidade numerosa e num espaço extenso o “tornar possível” adquiriu sentido entre as categorias de poder, introduzindo-se métodos probabilísticos (DELEUZE, 1988, p.80) na biopolítica. Isso contribuiu e pode justificar a importância conferida à medicina a partir do século XVIII com seu ponto de origem no cruzamento de uma nova economia ‘analítica’ da assistência com a emergência de uma polícia geral de saúde. A nova nosopolítica, então, se desloca para uma forma mais geral de ‘polícia médica’, com seus devidos serviços e obrigações (FOUCAULT, 2012b, p. 302/303). Além disso, com o crescimento demográfico, a necessidade de coordená-lo e integra-lo ao processo de produção, surge uma população que precisa ser analisada e controlada, a qual no século XIX passa a ser intervencionada pela política global de política de saúde, ditada pelo médico.

Nesse momento, a medicina ganha grande importância nas estruturas administrativas da funcionalidade da biopolítica que não parou de crescer desde o século XVIII, podendo o médico penetrar em diferentes instâncias de poder, bem como ditar regras de higiene e saúde, fornecendo às ações do Estado o viés científico para justificação das ações e atividades fixadas, especialmente no que tange à saúde da sociedade, suas doenças, sua condição de vida. É possível verificar a formação e o fortalecimento de um saber médico-administrativo que serviu de núcleo originário à ‘economia social’ e à sociologia do século XIX. O médico acaba se tornando o grande perito, na observação, na correção, na melhoria do corpo social e sua manutenção num permanente estado de saúde. É a sua função de higienista, mais que seus prestígios de terapeuta, que conferiu ao médico o poder regulamentador (FOUCAULT, 2012b, p. 310).

A ideia médica incorporava tanto os mecanismos disciplinares quanto os mecanismos regulamentadores de poder, na medida em que inseria a disciplina com avaliações e medições, também estabelecia a regulamentação, a normalização da sociedade pela medicalização e o estabelecimento de normas do que seria correto e normal. A partir do século XIX, o que se produzia por meio da atuação específica do biopoder não era mais o indivíduo dócil e útil, mas a própria gestão da vida do corpo social com a normalização (DUARTE, 2008, p. 48). O saber

técnico, como a medicina, tornou-se muito importante no século XIX, uma vez que estabeleceu um viés científico aos processos biológicos e orgânicos e as técnicas políticas de intervenção, por meio da regulamentação e normalização. Isto porque a norma circula e controla tanto a ordem disciplinar do corpo, quanto os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica. A implementação da disciplina e da regulamentação voltada ao corpo e à população “passou a ser produzida pela norma que permitia a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica” (ROSA, 2014, p.117).

Na lógica do biopoder, a norma assumiu grande importância às expensas do sistema jurídico da lei, cumprindo a função de regular e corrigir os mecanismos contínuos da vida, ela se aproxima da lei, mas não são sinônimos. Por isso é preciso um domínio de valor e utilidade, fazendo com que a lei funcione cada vez mais como norma e a instituição judiciária como um aparelho regulamentador contínuo. “Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida” (FOUCAULT, 2014, p. 156). Essa normalização obedece uma determinada ordem e funcionalidade que os dispositivos do biopoder ratificam. O Direito e a lei, muitas vezes, contribuem com os procedimentos de poder, absorvendo as normas, dominando e gerenciando a vida.

Cabe destacar que todos os elementos e dispositivos da biopolítica obedecem às suas funcionalidades e intencionalidades, sem escapar à ordem do biopoder. Assim, não há dúvidas que os dispositivos de regulamentação e seu domínio de saber com viés científico, no que tange às drogas (como as demais questões afetas à vida da população) criaram tecnologias de controle e normalização que, muitas vezes, reproduzem dogmas, pois os conceitos e os pre conceitos que envolvem esse tema obedecem à intencionalidade política e às relações de poder. Nesse ponto, o direito não representa uma ferramenta puramente racional e neutra de organização do corpo social (FONSECA, 2004, p. 277), mas um mecanismo pelo qual a norma o perpassou e, articulado com ele, criou e ratificou as intencionalidades do biopoder. Ou seja, ao tomar as drogas como elemento político, as inúmeras relações de poder e a lógica da biopolítica dominam e regulamentam esse objeto e demais questões que o envolve, de acordo com a funcionalidade biopolítica.

### **1.3.2 A Sexualidade e a Guerra na analítica do Poder e o Racismo de Estado**

Nas pesquisas acerca do poder, suas relações, do “como do poder”, Michel Foucault utilizou dois mecanismos analíticos específicos; a saber, a sexualidade e a guerra, possibilitando a análise do poder não mais como objeto de troca contratual, mas como elemento articulador das relações conflitantes existentes entre os homens. Esses mecanismos juntamente com a finalidade e funcionalidade do biopoder e de seus demais mecanismos como a norma e a lei, são importantes para a compreensão dos efeitos da biopolítica, mediante as relações de poder estabelecidas.

A sexualidade será abordada com intuito de demonstrar como o comportamento de um determinado grupo social passou a ser considerado adequado e estabelecido aos demais grupos, não apenas no que se refere à sexualidade, mas aos demais comportamentos e seus reflexos em outros aspectos da vida. É possível perceber como a visão de um grupo social se sobrepõe ao do outro, sem quaisquer considerações às suas particularidades e diferenças. A análise da Guerra e o Racismo do Estado são importantes para o presente trabalho, considerando a política de drogas vigente, os usuários em situação de vulnerabilidade e o tratamento dispensado a eles antes e depois do envolvimento com as drogas, porque esses dois elementos integram a operacionalidade da biopolítica.

O tema Sexualidade surgiu nas reflexões foucaultianas como um prolongamento de uma analítica do poder, tratando-se de um dos campos de aplicação daquilo que Foucault chamou, a época, de biopoderes, inicialmente. Posteriormente, a sexualidade tornou-se um objeto de investigação específica, na medida em que, insistindo na forma por meio da qual o poder sempre se articulou sobre os discursos de ‘veridicção’, ou seja, dos jogos de verdade, essas relações com o dizer verdadeiro em nenhum outro campo foram e são mais evidentes do que no campo da sexualidade (REVEL, 2011, p.136).

A sexualidade é mais que um elemento constitutivo do indivíduo. A análise foucaultiana ressalta a forma como discursos religiosos, moralistas, científicos, políticos ou econômicos contribuíram para fazer dela um instrumento de subjetivação, normalização, bem como de uma aposta de poder. A sexualidade é um instrumento importante na analítica de Foucault, pois enquanto a vida

é um problema político, a sexualidade e o que a envolve como a subjetivação do indivíduo, o comportamento, a natalidade, a mortalidade, a demografia, a fecundidade, a medicina, o cuidado com o corpo, dentre outros, são elementos diretamente ligados à vida e aos seus efeitos. Assim, ela é foco de fortes relações de poder e, por isso, é alvo do biopoder que, por sua vez, não a negligencia. Destaca-se que esse instrumento do biopoder está “exatamente na encruzilhada do corpo e da população. Portanto, ela depende da disciplina, mas depende também da regulamentação” (FOUCAULT, 2005, p.300).

Na passagem do século XVIII para o XIX a separação entre medicina do sexo da medicina geral acirrou a análise da hereditariedade, colocando o sexo em posição de responsabilidade biológica, pois senão houvesse controle sobre o sexo gerações futuras padeceriam com doenças, tornando-se um capital patológico da espécie. Fica evidente então, o projeto médico e político de gerir os casamentos, nascimentos e sobrevivências, o sexo e sua fecundidade deveriam ser administrados. A medicina das perversões e os programas da eugenia foram, na tecnologia do sexo, as duas grandes inovações da segunda metade do século XIX (FOUCAULT, 2014, p. 128).

Sendo assim, é possível compreender por que

o sexo se tornou o alvo de toda uma disputa política: ele se tornou o foco de um controle disciplinar do corpo individual, ao mesmo tempo em que está diretamente relacionado aos fenômenos de regulação das populações, conferindo um acesso do poder à vida da própria espécie. A sexualidade, tal como produzida por toda uma rede de saberes e poderes que agem sobre o corpo social, isto é, o sexo como produto do dispositivo da sexualidade, será então, a chave para a análise e para a produção da individualidade e da coletividade. A partir dessa mutação que complementa as anteriores análises relativas ao poder disciplinar, as figuras do Estado e do poder soberano voltam a ser importantes, pois ambos constituem a instância focal da gestão das políticas públicas (DUARTE, 2008, p.48/49).

A teoria da ‘degenerescência’ tomou fôlego, explicando as doenças pela falta de decência. A perversão-hereditariedade-degenerescência não se tratou de uma teoria médica científica, mas moralizadora e, conseqüentemente, normalizadora, cuja atuação foi ampla e de implantação profunda, refletindo, inclusive, sobre a “psiquiatria, jurisprudência, medicina legal, as instâncias de controle social, a vigilância das crianças perigosas, ou em perigo”. Nesse contexto pode-se entender o modo e a razão que a medicina se tornou fundamental à biopolítica, especialmente o

“Racismo de Estado”, conferindo a “essa tecnologia do sexo um poder temível e longínquos efeitos” (FOUCAULT, 2014, p.129).

O dispositivo da sexualidade foi elaborado por classes privilegiadas que estabeleceram um modelo, um padrão de comportamento, de cuidado e de higiene e que acabou por penetrar lentamente sobre as camadas mais populares, inicialmente pela natalidade, depois pela organização da família canônica, e, finalmente, no fim do século XIX, pelo controle judiciário e médico das perversões, em nome de uma proteção da sociedade e da raça. A classe hegemônica “atribuiu um corpo para ser cuidado, protegido, cultivado, preservado de todos os perigos e de todos os contatos, isolado dos outros para que mantivesse seu valor diferencial” (FOUCAULT, 2014, p.132-135). A implantação da sexualidade junto aos mais humildes foi sutil, por meio da problematização desse dispositivo entre os grupos mais simples, sob a justificativa da proteção de todos e para todos, conferindo vigor e longevidade. É possível perceber que, na verdade, esse processo foi uma maneira de maximizar a vida a partir do referencial hegemônico.

Todavia, Foucault (2014, p.134) aduz que essa autoafirmação de uma classe não significou a sujeição de outra, mas uma defesa, uma proteção, uma exaltação que mais tarde foram estendidos às demais, como forma de controlar economicamente e sujeitar politicamente. Ademais, foi ainda uma das principais formas de consciência de classe convertendo “o sangue azul dos nobres em um organismo sã e uma sexualidade sadia; compreende-se por que levou tanto tempo e opôs tantas reticências a reconhecer um corpo e um sexo nas outras classes”, em especial naquelas classes que a burguesia explorava (FOUCAULT, 2014, p.137/138).

O corpo e a sexualidade dos mais humildes só se tornaram problema político ao surgirem conflitos em razão do espaço urbano, contaminação, dentre tantos outros que necessitaram de medidas urgentes de natureza econômica e a instalação de uma tecnologia de controle que mantivesse sob vigilância o corpo e a sexualidade dos proletários. Assim, ao reconhecer um aparelho administrativo e técnico foi possível importar, definitivamente, o dispositivo da sexualidade para a classe operária, impondo, sem resistência, sua hegemonia (FOUCAULT, 2014, p. 138).

A intervenção sobre a sexualidade para maximizar a vida das espécies na verdade permitiu que os excluídos de quaisquer privilégios ou cuidados permanecessem à margem sem usufruir de seus direitos, a não ser que isso ocorresse isoladamente “nos modernos campos de concentração que são as periferias das grandes cidades” (ROSA, 2014, p.136/137). A produção de normalização “pela concentração, centralização e encerramentos em espaços fechados, ocasionando modelos que regram todos e tudo visam para impedir no detalhe, segundo um código que estabelece o permitido, o obrigatório e o proibido na distribuição das coisas”, implicou na adequação às normas, segundo uma funcionalidade hierárquica (PASSETTI, 2013, p.4). Diante da sexualidade e a intervenção biopolítica é preciso melhorar a qualidade de vida, um conceito que democratiza as perdas geradas pela supressão dos socialismos, e reconhecimento, ainda que circunstancial, da inevitabilidade do capitalismo e da necessidade de civiliza-lo. “Estamos diante de uma possível era de aperfeiçoamento de espécie, pela primeira vez sob um único regime de produção que atinge todos os pontos da superfície, profundidade e sideralidade do planeta” (PASSETTI, 2003, p.263/264).

A valorização do corpo pela burguesia deve-se ao processo de crescimento e de estabelecimento da hegemonia dessa classe, em virtude de sua força política, econômica e histórica, atestando a correlação entre essa preocupação com o corpo e o sexo e um certo “racismo”. “Trata-se de um racismo dinâmico, de expansão, embora só encontrado ainda em estado embrionário” e tendo que esperar até a segunda metade do século XIX para dar frutos (FOUCAULT, 2014, p. 137). A partir da segunda metade do século XIX, quando a temática do sangue foi chamada a vivificar e sustentar o novo tipo de poder político exercido por meio de dispositivos da sexualidade se formou o racismo moderno, estatal e biologizante. Diante disso, toda política de “povoamento, da família, do casamento, da educação, da hierarquia social, da propriedade, e uma longa série de intervenções permanentes no nível do corpo, das condutas, da saúde, da vida cotidiana”, foram justificadas em função de uma preocupação mítica de proteger a pureza do sangue e triunfar a raça (FOUCAULT, 2014, p.162). Assim, a sexualidade redimensionou os defensores da supremacia racial transfigurando a luta de classes por meio da identificação de perigosos sociais escudados na ciência (PASSETTI, 2003, p.264).

Ressalta-se que o racismo propriamente dito não foi criado nesse mesmo momento, na verdade, ele já existia, a diferença é que agora, a partir do fortalecimento da biopolítica, ele integrou os mecanismos regulamentadores do Estado. O racismo tradicional (étnico e religioso, por exemplo) se tornou um racismo de Estado, incluído no domínio da vida em que o biopoder se incumbiu de tratar e de gerir. É um processo no sentido de que “quanto mais você deixar morrer, mais, por isso mesmo, você viverá” (FOUCAULT, 2005, p.305).

O racismo de Estado não vai se referir tão somente à fragmentação, às cesuras no interior “deste contínuo biológico a que se dirige o biopoder, como também compreenderá a eliminação do outro de forma positiva” (ROSA, 2014, p.118), ou seja, se você quer viver é necessário fazer morrer o inferior, o perigoso, é preciso que se possa matar, como numa guerra. A imposição entre a vida de uns e a morte de outros pelo racismo cria uma relação biológica entre homens pertencentes ao mesmo Estado, o que é muito mais profundo e poderoso que o enfrentamento militar, do que a força.

Quanto mais as espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie, mais eu – não enquanto indivíduo mas enquanto espécie – viverei, mas forte serei, mais vigoroso serei, mais poderei proliferar. A morte do outro não é simplesmente a minha vida, na medida em que seria minha segurança pessoal; a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal) é o que vai deixar a vida em geral mais sadia: mais sadia e mais pura (FOUCAULT, 2005, p.305).

Não se tratava de um racismo étnico, mas de um racismo do tipo biológico baseado em uma perspectiva evolucionista que não elimina essencialmente os judeus como se viu no Nazismo, mas sim “os doentes mentais, os criminosos, os adversários políticos e que hoje procura eliminar todos aqueles que produzem, comercializam e consomem substâncias psicoativas consideradas ilícitas (ROSA, 2014, p.119).

A partir da efetivação da estatização do biológico emergiu a ideia de raças e de guerra de raças, o que também se liga à soberania, posto que, em última instância, é competência do Estado decidir sobre o direito de vida ou de morte, devendo fazer viver ou deixar morrer quem ele assim desejar.

Essa ideia de raça se desenrola como um racismo biológico-social que altera o discurso e o faz funcionar de maneira que a outra raça não seja aquela vinda de outro lugar, aquela que triunfou

ou dominou, mas sim aquela raça que penetra no corpo social ou que se recria permanentemente no tecido social e a partir dele. Portanto, não se trata de polarizar duas espécies de raças exteriores, mas do desdobramento de uma mesma raça em super-raça e de outra em sub-raça (FOUCAULT, 2005, p.72).

O discurso da luta de classes se torna um discurso de luta de raças que descentralizado se torna o discurso do poder, de um poder centrado e voltado para o combate. Sendo assim, os discursos biológico-racistas sobre a degenerescência e das instituições do corpo social fazem a luta de raças funcionar como princípio de eliminação, de segregação e, finalmente, de normalização da sociedade. Desse modo, o discurso de que a sociedade deve ser protegida contra todos os perigos biológicos representados pela sub-raça, que a própria sociedade está constituindo, ratificando e fortalecendo. Esse racismo, portanto, não aparece mais como “instrumento de luta de um grupo social contra outro, mas vai servir à estratégia global dos conservadorismos sociais” (FOUCAULT, 2005, p.73).

Insta destacar que a internação compulsória é baseada num discurso racional que (supostamente) tenta garantir o direito à vida e à saúde dos próprios usuários de drogas e enclausurados, para salvá-los do vício, o que soa como um (pseudo) humanitarismo. Contudo, o cenário em que a internação compulsória emerge e se fortalece, qual seja, a necessidade de limpeza urbana, o incômodo da visão de usuários de drogas em áreas nobres e turísticas, a pressão de clínicas médicas de reabilitação, dentre outros fatores põem por terra quaisquer caráter humanitário e reforça a concepção de extermínio de uma raça tida como inferior e perigosa, reforçando o enunciado discurso evolucionista. Até porque, a partir da biopolítica, quando o poder assumiu a função de gerir a vida há pouco espaço para sentimentos humanitários (FOUCAULT, 2014, p.148), ficando claro, mais uma vez, a legitimação da sujeição e eliminação de determinado grupo social em obediência e a serviço da funcionalidade do biopoder.

Resta evidente que o dispositivo da sexualidade na dinâmica biopolítica, não só permitiu uma profunda intervenção na vida da população, bem como ditou um comportamento a partir do padrão hegemônico. Ou seja, é uma determinada classe que dita como as demais devem viver suas vidas, o que é certo ou não, adequado ou não, com intuito precípua, não de melhorar as

condições de vida dos dominados, mas de maximizar as suas próprias e se proteger dos males e demais fenômenos negativos afetos a elas. Além disso, por trazer consigo o sangue, a sexualidade contribuiu sobremaneira com a formação do racismo moderno que, aliado à regulamentação da vida, determinou a superioridade de uma raça sobre a sub-raça. O racismo, por sua vez permitiu ainda que os indivíduos pertencentes às classes inferiores sejam expostos a riscos de morte ou à própria morte de modo permanente, vindo a sofrer ações políticas do Estado legitimadas em nome da defesa do corpo social.

O racismo de estado acabou por justificar e legitimar a guerra dentro do mesmo Estado, pois mediante a aliança do saber e do poder (o viés científico, a medicina geral e da sexualidade, a regulamentação e normalização) permitiu as técnicas de dominação e sujeição dentro do mesmo Estado, como uma forma continuada da guerra (REVEL, 2011, p.76/77). A análise da guerra começou se referindo à situação de crise internacional, nas relações em que os Estados utilizavam a soberania contra outros, mas, conforme a necessidade de defesa frente aos perigos dentro e contra o próprio corpo, a guerra se tornou “a grande reviravolta do histórico para o biológico, do constituinte para o médico no pensamento da guerra social” (FOUCAULT, 2005, p.258). Esse dispositivo do biopoder se transformou na matriz de todas as relações de poder e técnicas de dominação, tanto fora quanto dentro do mesmo Estado, com ou sem derramamento de sangue. No caso das guerras internas, percebeu-se que a morte passou a ser concebida e justificada, sob a perspectiva da necessidade de fazer viver e viver melhor, uma a forma de conservar uma sociedade e de sobrevivência de suas relações políticas.

A guerra transformou-se num regime de biopoder, vale dizer uma forma de governo destinada não apenas a controlar a população, mas a produzir e a reproduzir todos os aspectos da vida social. Essa guerra traz morte mas também, paradoxalmente, deve produzir vida. Isto não significa que a guerra foi domesticada ou que sua violência tenha sido atenuada, e sim que a vida cotidiana e o funcionamento normal do poder passaram a ser permeados pela ameaça da violência da guerra (NEGRI, 2003, p. 34)

Assim, o racismo de estado é utilizado como política de guerra interna, de guerra social. Nessa seara, com intuito de proteger a sociedade de si própria, aliada ao discurso médico científico e a normalização, triunfou a proteção da pureza do sangue e da raça que estabeleceu os comportamentos adequados, que iniciou a problematização da vida enquanto elemento político e problematizou a sexualidade. Percebe-se que o foco hegemônico dado à política e às relações de

poder, após a politização de todos os campos da vida dos homens, impôs seu padrão, seu modo de viver com fins de sujeição e como forma de distinção entre as raças. O racismo, portanto, foi inserido nos mecanismos de funcionamento do estado moderno e na emergência do biopoder distingue a raça que se faz viver da raça que merece morrer. “A raça, o racismo, é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização” (FOUCAULT, 2005, p.304-306).

A morte se torna o limite da nova tecnologia do poder (FOUCAULT, 2014, p.149) muito bem justificado, pois representa a sobrevivência de uma raça que merece viver e que o biopoder busca maximizar. O princípio desse novo poder que mata para poder viver se sustenta na tática de combate tomada pelos Estados, posto que a soberania não se refere mais à questão jurídica, mas à questão biológica de uma população. Assim, diante de um poder que assume a tarefa de gerir a vida “são mortos legitimamente aqueles que constituem uma espécie de perigo biológico para os outros” (FOUCAULT, 2014, p. 148) que merecem viver e a aceitabilidade é fornecida pelo Racismo de Estado. A biopolítica funciona intrinsecamente ligada à segurança, investindo em profilaxia social (PASSETTI, 2013, p.6).

Os meios de sobrevivência de um corpo social dependem da implementação racionalizada de uma violência depuradora que elimina os perigosos para equilibrar a vida social e por isso não há contradições entre o poder de administração e incremento da vida e o poder de matar determinado grupo para assegurar melhores condições de vida a uma raça superior. A biopolítica no mecanismo agudo do racismo de estado e dos regimes de segregação e extermínio é também uma tanatopolítica, ou seja, uma política da morte. Então, quando a tarefa do soberano tornou-se “fazer viver”, garantir e estimular de modo racionalizado o crescimento da vida, as guerras se tornaram cada vez mais sangrentas e os extermínios em massa se multiplicaram, tanto dentro quanto fora do Estado (FOUCAULT, 2014, p.146/147).

Diante desse panorama, é possível visualizar que, no que tange às drogas, em especial em relação aos usuários em situação de vulnerabilidade social, a sociedade se coloca de maneira a permitir a implementação de ações violentas por parte do Estado para sua proteção, para a proteção da raça superior, em detrimento da raça inferior e perigosa. Na verdade, os drogaditos representam ameaças às normas, às leis e à própria saúde dos considerados sadios. E por isso, a

implementação da internação compulsória é considerada uma medida necessária e até coerente, principalmente se levarmos em conta a lógica da biopolítica e da guerra entre as raças, sendo a segurança algo necessário, desejável e legítimo.

Destaca-se que a população além de ser calculada enquanto espécie humana, ela também é pensada como conjunto de opiniões, hábitos e maneiras de ser, esperadas pelo liberalismo e pelo o que ele entende como razão pública, segundo Passetti (2013, p.5), ratificando a ideia de que a normalização obedece aos referenciais hegemônicos e às relações de poder estabelecidas. Não bastasse isso, os dispositivos de segurança são efetivados contra o grupo social, considerado inferior e indesejável, em especial. Os usuários de drogas pertencentes às classes superiores não são alvo das ações de segurança do Estado, pois a preocupação é voltada àqueles considerados inferiores e perigosos, mas, nesses casos, a “segurança necessita saber administrar um tanto de permissividades indispensáveis, apoiando-se nos detalhes e funciona como regulação pretendendo captar o desejável e o indesejável” (PASSETTI, 2013, p.3).

Giorgio Agamben (2010, p.14) aduz que, na verdade, toda política ocidental foi marcada pela biopolítica e não apenas a partir das transformações políticas nos séculos XVIII e XIX e seu traço mais forte na contemporaneidade é a permanente e contínua necessidade de redefinir o limite que separa aqueles que merecem viver daqueles que são mortos legitimamente dos fenômenos jurídico-políticos, ou seja, a separação entre os incluídos e os excluídos. Desde a Revolução Francesa, cidadão significa “estar dentro”, no vocabulário jurídico-político, porém, a inclusão no ordenamento jurídico não ocorre com o nascimento, mas enseja uma rearticulação da linha que distingue a vida que recebe valor da vida desvalorizada (AGAMBEN, 2010, p.127). A vida sem valor ou indigna de ser vivida é aplicada aos indivíduos que não estão dentro, mas no limiar em que a vida cessa seu valor jurídico e pode ser morta sem que haja homicídio. Desse modo, o Estado biopolítico por seus dispositivos de poder estabelece um valor e um desvalor à vida dos indivíduos. O poder soberano se emancipa do estado de exceção, “transformando-se em poder de decidir sobre o ponto em que a vida cessa de ser politicamente relevante” e como tal pode ser eliminada (AGAMBEN, 2010, p.134/135).

Diante de todo esse contexto, é perceptível o estabelecimento do desvalor de certas vidas, cujas mortes ou privação de liberdade são justificadas sob o pretexto da defesa e sobrevivência daquela raça distinta e superior. Isso implica na naturalização ou legitimação da exclusão ou da morte em massa dos indivíduos considerados irrelevantes sob determinado referencial. Essa situação se encaixa no que ocorre com os usuários de drogas em situação de vulnerabilidade, pois concebidos como inferiores e perigosos, são mantidos à margem e excluídos do corpo social sadio, normal, superior, inclusive por meio da internação compulsória que os retira de circulação, ratificando as concepções e funcionalidades da biopolítica e seus dispositivos de racismo de Estado e da guerra.

## 2 A FORMAÇÃO DA PSIQUIATRIA E RUPTURAS

Neste capítulo, sucintamente, demonstra-se como a psiquiatria foi constituída e sua concepção atual, enquanto saber-poder relativo aos portadores de transtornos mentais, bem como seu reflexo no trato junto aos usuários de álcool e outras drogas que podem ser submetidos à internação compulsória, nos termos da Lei Federal nº 10.216/01, a Lei da Psiquiatria. Cabe ressaltar, que embora os estudos de Michel Foucault tenham voltado especial atenção às instituições de internamento, ao poder psiquiátrico e à análise do saber-poder da psiquiatria, enquanto instrumento de dominação que também obedece à lógica biopolítica, viabilizando suas intencionalidades e conferindo cientificidade às ações do Estado, optou-se por tratar a Psiquiatria em capítulo separado para melhor compreensão sobre sua constituição e seus reflexos nas práticas médicas utilizadas ainda hoje, especialmente junto aos usuários de drogas submetidos ao poder psiquiátrico.

É importante abordar a Psiquiatria e sua constituição antes de falar sobre os usuários de substâncias psicoativas e da internação compulsória propriamente ditos, pois é a Lei nº 10.216/01 prevê a possibilidade de internamento compulsório de doentes mentais (BRASIL, 2001) e vem sendo utilizada como fundamento para a aplicação da medida sobre usuários e dependentes químicos e psicológicos de substâncias psicoativas. Tal fato por si só parece uma contradição aos longos anos de debates e tramitação do referido diploma legal no Congresso Nacional, cuja pretensão era a desospitalização de doentes mentais e a proteção de seus direitos. Cabe ainda trazer o paradigma construído pela psiquiatria referente ao louco, sua concepção enquanto tal e o tratamento dispensado a ele para entender a transferência de tais concepções aos usuários de drogas que se tornaram alvo da forte medida intervencionista por parte do Estado.

O paradigma da loucura e do louco foi concebido por médicos, pela sociedade e pela política, uma vez que a compreensão da loucura envolve esses três elementos de forma indissociável. O hospital a partir de 1780 aparece claramente como “instrumento de cura”. Desde a Idade Média o hospital era uma instituição essencial para a vida urbana, sem, contudo, ser uma instituição médica (FOUCAULT, 2012b, p.171-174). Antes disso era uma instituição assistencial cuja atenção voltava-se ao pobre e não ao doente, pois o pobre estava morrendo e precisava de apoio

material e espiritual. Essa era a função essencial exercida pelo hospital (FOUCAULT, 2012b, p.174). Era, portanto, um local sem preocupação terapêutica, sem intenção de devolver os internos ao convívio social, inclusive as pessoas miseráveis costumavam morrer.

A partir da segunda metade do século XVIII começou o processo de objetivação da loucura como resultado das experiências ligadas à constituição do estado liberal e da sociedade industrial e à formação dos ideais humanísticos de liberdade e igualdade universais. Nesse contexto, a medicina se aproximou da loucura, vista como ausência de razão, dando um olhar médico a ela, compreendida precipuamente como profunda deturpação moral da natureza humana. Dessa forma, tornava-se possível trazer a razão quem não a detinha. Os médicos alienistas do século XVIII sinalizavam a possibilidade de cura por meio do tratamento, o qual se iniciava com o isolamento. Diante da concepção de que a loucura devia ser excluída, com desculpa de ser tratada, ela acaba sendo objetivada, havendo, inclusive, o estabelecimento de controle jurídico sobre os portadores de transtornos mentais. “A psiquiatria era a garantia que salvava a legalidade” (DESVIAT, 1999, p.17). Percebe-se que a psiquiatria alienista, aliada à medicina social e ao higienismo, agia em relação aos indivíduos portadores de anomalias ou imperfeições para seu próprio bem e para os demais, sendo possível agir também sobre o caráter e o meio social.

A compreensão da loucura evoluiu lentamente sem viés humanitário ou atenção médico-científica emergindo uma crítica política ao internamento, tendo em vista que os internos não eram apenas loucos, mas, sobretudo questionadores, protestantes que, através do asilo eram mantidos no castigo e a loucura silenciada, pois “o internamento aliena” (FOUCAULT, 2013b, p. 399). A Psiquiatria, como especialidade médica, começou a se desenhar com Pinel no final do século XVIII, quando a loucura ganhou estatuto de doença e o internamento o tratamento principal.

Ressalta-se que essa modificação ocorreu em meio a transformações sócio-culturais, quando da Revolução Francesa, a qual marcou uma nova etapa na história Ocidental e, liberdade, igualdade e fraternidade se tornaram a força e a base de uma nova sociedade com noções de cidadania e democracia. Esse momento de transição para uma ordem social contratual baseada no liberalismo, a loucura se destacou e se constituiu, segundo Castel, como grave problema social da

ordem burguesa. “Sobre a questão da loucura, por intermédio de sua medicalização, inventou-se um novo estatuto de tutela para o funcionamento de uma sociedade contratual” (CASTEL, 1978, p. 34). Em que pese as alterações sociais desta época, os ideais de liberdade, igualdade e fraternidade não impediram que a loucura e sujeitos considerados fora do normal fossem enclausurados.

O hospital era um local onde se encontravam pessoas em estado de ruptura com a integração social, tendo em vista a exigência de uma polícia social e moral pública. A determinação da internação nos hospitais era devida à necessidade de se exercer um controle sobre os riscos sociais decorrentes de doença e da pobreza. O tratamento médico podia se realizar nas residências se o paciente fosse “socialmente inserido”. Diante das transformações ocorridas no século XVIII, a população, a saúde e a força de trabalho adquiriram importância em razão da industrialização (CASTEL, 1978, p.64).

É durante o século XIX, mais precisamente, que medidas de controle social começaram a ser implementadas na Europa pela burguesia detentora do poder. Prisão e asilo eram meios de controle e a medicina e seu discurso forneceram os instrumentos necessários para o efetivo funcionamento e vigilância social nesse momento. Percebe-se um elo entre o saber médico e a sociedade no Ocidente, face à medicalização através da chamada ‘extensão social da norma’. O internamento no início desse século com a percepção da loucura relacionada à conduta irregular ou anormal de “desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre. Enfim, [...] se inscreve no eixo paixão-vontade-liberdade” (FOUCAULT, 2012b, p. 202). A medicina estabelecia o que era normal e isso refletia no que era normal também no meio social. O Hospital, a partir da ordenação de seu espaço, passou a se constituir como instrumento de tratamento, pois fornecia disciplina e ordem àqueles sujeitos que apresentavam condutas fora das regras. A ordenação acarretava em regularidade e “o isolamento é ao mesmo tempo um ato terapêutico (tratamento moral e cura), epistemológico (ato de conhecimento) e social (louco perigoso, sujeito irracional)” (TORRE & AMARANTE, 2001a, p.75).

O asilo passa a representar não apenas o espaço físico que detinha os internos, mas estabelecia, principalmente, a relação médico-paciente, pois o louco se via submetido ao poder médico

legitimado pelo saber científico ou pela verdade do discurso científico, ou seja, na figura e vontade médica estavam a racionalidade e a ordem asilar para que o alienado aprendesse a se reprimir e domar seus ímpetos.

Nesse cenário o médico passou a deter mais poder, formando, inclusive, um “saber médico-administrativo que serviu de núcleo originário à ‘economia social’ e à sociologia do século XIX”, e sua função, mais que seus prestígios de terapeuta, lhe assegurou uma posição política privilegiada e também econômica e social no século XIX (FOUCAULT, 2012b, p.310). Assim, critérios médicos passaram a guiar a política com o auxílio de asilos e manicômios, em que esses profissionais diziam quem era perigoso para a sociedade. Sob o ponto de vista higiênico agiam de modo semelhante à polícia no controle social, contendo a ameaça à normalidade.

A loucura enquanto doença passou a ser compreendida como alienação mental, como erro, como um estado contrário à razão, resultado de um distúrbio das paixões que influenciava o juízo, a capacidade de julgamento e de interagir socialmente. O louco foi classificado como alienado, posto que “perdeu o atributo mais precioso do homem, a razão” (CASTEL, 1978, p.44). Na história do desatino, a internação assumiu importância econômica e precaução social, designando um evento decisivo em que a “loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começou a inserir-se no texto dos problemas da cidade” (FOUCAULT, 2013a, p. 78). Os loucos passaram a ocupar o lugar dos vagabundos e miseráveis, sendo submetidos aos trabalhos obrigatórios e se diferenciavam dos demais pela incapacidade de seguir os ritmos da vida coletiva.

Nessa tecnologia hospitalar um poder exercido surgiu junto a esse saber que ao mesmo tempo em que produziu o indivíduo tinha autoridade de falar sobre ele. No interior do hospital psiquiátrico foi possível a criação de uma forma específica de discurso sobre a loucura, ao mesmo tempo em que lhe conferiu lugar restrito, o lugar da doença. Todavia, Paulo Amarante (1998, p.21) afirma que:

Se é verdade que este novo modelo epistêmico produziu um saber original sobre as doenças, é verdade ainda que este saber que se constituía era sobre uma doença institucionalizada, isto é, sobre uma doença modificada pela ação prévia da

institucionalização. Em outras palavras, a doença isolada, em estado puro, como pretendia a história natural, era uma doença produzida, transformada pela própria intervenção médica.

Diante dessa constatação, fica claro que a Psiquiatria e seu poder foram formados mediante intervenção médica e concebendo a doença já dentro do isolamento, forjada segundo a separação e a exclusão. Essa percepção e a de que a loucura integra o horizonte social da pobreza, evidenciam a funcionalidade da biopolítica quando da formação da psiquiatria enquanto saber médico, ainda que de modo insipiente, face o exercício do controle social, da seleção de uma raça, exclusão ou não de determinadas pessoas com atribuição de valor e conceito aos classificados como loucos. Percebe-se que essa mesma lógica também se aplica aos usuários, dependentes químicos ou psicológicos de drogas, de determinados sujeitos e sua distribuição por classes.

A psiquiatria nasce de uma reforma do pensamento e da invenção da tecnologia do manicômio, a partir da instalação de relações disciplinares. O alcance desse aparelho sobre a organização da vida da sociedade e dos loucos principalmente, deve considerar a captura da loucura por uma rede de significações científicas

através de uma captura física, pela relação de tutela do manicômio, e de relações de dependência e de contenção, restrição à liberdade e controle do funcionamento, normas e horários internos à instituição; e através de uma captura moral e social, na perda de direitos civis e políticos, na des-historização do sujeito, de seu corpo, seus gestos e seu desejo causada pela institucionalização (TORRE & AMARANTE, 2001b, p. 21).

Portanto, o local que abrigava o louco constituiu-se em relação à sociedade como espaço físico perfeito para tratamento da doença mental e continua destinado à loucura até hoje, demarcando um espaço físico para sua manifestação e para proteção da sociedade e de sua própria periculosidade.

Ressalta-se que, embora houvesse o caráter científico, o higienismo sempre esteve impregnado de valores morais, impondo modelos corretos de sexualidade e de vida cotidiana, considerando normais e morais os hábitos burgueses e estendendo-os aos demais indivíduos. A psiquiatria era permeada por valores morais, predominantemente burgueses e mantinha forte relação com o direito, havendo, inclusive, a crença de que os doentes mentais tinham predisposição criminógena

(ANITUA, 2008, p.244-248) e por isso, era necessária uma solução social daqueles classificados como diferentes, em virtude do progresso burguês no século XIX.

Segundo a psiquiatria enquanto ciência, a loucura tinha uma origem comprovada, conforme métodos das ciências naturais e do que será o positivismo (ANITUA, 2008, p. 249), demonstrando que saber e poder se implicam mutuamente: "não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, e reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder" (FOUCAULT, 2012b, p.28). Nessa seara, a psiquiatria e a medicina legal assentariam as bases da futura criminologia, sendo de grande valia à burguesia para articular o discurso jurídico liberal com as desigualdades próprias do sistema de produção (ANITUA, 2008, p. 249). Desta feita, "sob o discurso médico – tanto o referente à saúde pública ou higiene social quanto à saúde privada ou psiquiatria - o capitalismo seria visto como cura ou como doença, dependendo dos parâmetros ideológicos de julgamento" (ANITUA, 2008, p.254). Quanto à loucura, especificamente, agia de modo a confinar os considerados loucos que não deviam estar integrados ao meio social (ANITUA, 2008, p.238). Embora esse fosse o paradigma vigente e levando em conta o grande número de internações, o controle social era realizado sob a justificativa do 'confinamento terapêutico', proporcionado pela medicina.

Diante desse quadro, a psiquiatria nasceu e caminhou conjuntamente com o discurso justificador da exclusão, bem como era permeada de valores morais, ditando o que era certo-errado, normal-anormal, valores ideológicos e ainda concebendo os acometidos por doenças mentais como perigo à sociedade e seu tratamento asilar como saída aos que padeciam deste mal. O portador de transtorno mental, enquanto ser social era diferente dos demais, levando em conta suas condutas fora dos padrões e por isso tratado de modo diferente, sendo, inclusive, tutelado em oposição aos outros. A prática discursiva psiquiátrica permaneceu atrelada à moral e o internamento como útil instrumento pedagógico, ao mesmo tempo em que a pobreza passou a ser vista como meio mais favorável à propagação da loucura. Segundo Foucault (2013a, p. 376), o conceito médico e psicológico de alienação libertou-se "totalmente da história para tornar-se crítica moral em nome da comprometida salvação da espécie".

Destaca-se que no processo constitutivo da psiquiatria surgiram críticas à eficácia do asilo, todavia, somente a partir da II Guerra Mundial foram intensificados os movimentos civis em defesa dos direitos humanos, que buscaram lutar pela transformação e abolição do hospital psiquiátrico, em meio a um clima de maior tolerância e sensibilidade aos diferentes. Os fatos ocorridos na II Guerra reforçaram a revolta contra o autoritarismo e não é possível negar que o hospital psiquiátrico é um espaço físico autoritário. Além disso, os pacientes internados, face à pobreza deixada pela guerra, se tornaram opções de mão de obra. Desviat (1999, p.23) considerou ainda outros fatores para os movimentos de reforma psiquiátrica:

Junto com essa vontade coletiva de criar uma sociedade mais livre e igualitária, mais solidária, a descoberta dos medicamentos psicotrópicos e a adoção da psicanálise e da saúde pública nas instituições da psiquiatria foram elementos propulsores dos diferentes movimentos de reforma psiquiátrica, desde a desinstitucionalização americana até a política de setor francesa”.

No Brasil, também no período pós Segunda Guerra os questionamentos e movimentos contrários ao modelo e perspectiva psiquiátrica até então adotados, emergiram propondo o modelo de colônia agrícola destinado aos alienados. O nascimento da psiquiatria no país foi num contexto em que os loucos eram vistos como seres que deviam ser separados para resguardar a população, sem a intenção de curá-los ou trata-los (ROCHA, 1989, p. 13/15).

Como se vê, no Brasil repetiu-se a concepção e construção da psiquiatria com caráter excludente e estigmatizante dos portadores de transtornos mentais. No final dos anos 70 surgiu um processo político e social complexo, com diversos atores sociais (profissionais, familiares e pacientes) e importantes instituições estatais e sociais, a chamada Reforma Psiquiátrica.

O movimento reformista criticou de modo veemente o modelo asilar de tratamento aplicado aos doentes mentais até o início da década de 90. A partir de 1992 iniciou-se a segunda fase da reforma, buscando implementar os serviços extra hospitalares dirigidos aos doentes mentais efetivamente. Antes desse movimento social os asilos eram depósitos de doentes, delinquentes e mendigos, com a finalidade de organizar as cidades, disciplinando a sociedade e seguindo o desenvolvimento mercantil de novas políticas do século XIX (MESQUITA, 2008, p.3).

Em dezembro de 1971 a Assembleia Geral das Nações Unidas proclamou a Declaração de Direitos do Deficiente Mental, a qual prevê que o deficiente mental deve gozar de todos os direitos inerentes aos demais seres humanos, tratamento em meio ao convívio social e o desenvolvimento de atividade laborativa:

Art. 2º - O deficiente mental tem o direito à atenção médica e ao tratamento físico exigido pelo seu caso, como também à educação, à capacitação profissional, à reabilitação e à orientação que lhe permitam desenvolver ao máximo suas aptidões e possibilidades.

Art. 3º - O deficiente mental tem direito à segurança econômica e a um nível de vida condigno. Tem direito, na medida de suas possibilidades, a exercer uma atividade produtiva ou alguma outra ocupação útil.

Art. 4º - Sempre que possível o deficiente mental deve residir com sua família, ou em um lar que substitua o seu, e participar das diferentes formas de vida da sociedade. O lar em que vive deve receber assistência. Se for necessário interná-lo em estabelecimento especializado, o ambiente e as condições de vida nesse estabelecimento devem se assemelhar ao máximo aos da vida normal (DECLARAÇÃO DE DIREITOS DO DEFICIENTE MENTAL, 1971).

Dentre os direitos declarados em favor do deficiente e/ou doente mental<sup>8</sup> verificou-se que necessitavam da atenção do Estado, começando pela garantia de sua dignidade, liberdade e cidadania, que apesar de fundamentais, não eram considerados. Os direitos de pessoas carecedoras de cuidados especiais e específicos não podiam continuar sendo negligenciados.

Portanto, a proteção dos doentes mentais e a melhoria da assistência à saúde mental são um marco no campo dos direitos desse grupo social. Apesar do dever do Estado, a partir dos anos 60 com a criação do INPS (Instituto Nacional da Previdência Social), os serviços psiquiátricos particulares oferecidos pelo modelo manicomial brasileiro passaram a ser comprados, iniciando-se a chamada “indústria para enfrentamento da loucura” (AMARANTE, 1995, p.13).

É nesse contexto de rupturas e modificações de inúmeros padrões e práticas sociais, típicas do período pós-guerra que a Reforma Psiquiátrica questionou e se colocou contrária de modo veemente em 1978, na luta por direitos e melhores condições de tratamento não asilares. O

---

<sup>8</sup> Para a Medicina há diferença entre o deficiente mental e o doente mental, uma vez que o primeiro é possui caracterizado funcionamento intelectual significativamente inferior à média, as limitações de funcionamento podem ser na comunicação, autocuidados, vida doméstica e uso de recursos comunitários, ou seja, há uma dificuldade nas atividades do dia-a-dia. Enquanto o segundo além o mal desempenho que o deficiente mental possui, pode apresentar uma alteração na percepção da realidade, caracterizado pelo sofrimento psíquico, como delírios e confusão mental. Um mesmo paciente pode apresentar as duas situações, necessitando então de tratamentos específicos nas duas áreas. A nomenclatura correta para se referir a estes pacientes é portadores de transtornos mentais (DECLARAÇÃO DE DIREITOS DO DEFICIENTE MENTAL, 1971).

movimento toma fôlego, principalmente após as diversas denúncias das péssimas condições hospitalares, irregularidades e violência sofrida pelos internos, bem como relativas à privatização da assistência psiquiátrica pela previdência social, asseverando a necessidade de debater e constituir uma concepção psiquiátrica diversa daquela até então praticada. Assim, tendo em vista as reflexões sobre cidadania e direitos dos loucos o movimento transformou as relações entre sociedade, os loucos, as instituições e a própria loucura, “conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de co-existência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados” (AMARANTE, 1997, p.165).

A Reforma Psiquiátrica ocorreu concomitante à emergência do “movimento sanitário” que apregoava a alteração do modelo de atenção e gestão na saúde de modo em geral. O movimento da luta antimanicomial compunha o cenário nacional de luta em prol dos direitos dos usuários dos serviços e de seus familiares a uma atenção digna dos serviços de saúde, através de ações que se multiplicavam e se pautavam pela criatividade dos protagonistas que buscavam mudar o imaginário social sobre a loucura. Na verdade, foi um movimento social e, como tal “não pode ser pensado fora de seu contexto histórico. Há um processo de socialização da identidade que vai sendo construída” (GOHN, 2008, p.444).

Destaca-se que nessa mesma época houve registros de vários pequenos núcleos estaduais de reforma, com atenção especial aos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais que construíram o chamado Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Além disso, eclodiu o movimento dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) no Rio de Janeiro, o qual pôs em xeque a política psiquiátrica exercida no país até então. Portanto, é a partir desse momento e dessa nova consciência que a questão psiquiátrica tomou notoriedade junto à sociedade que passou a enxergar como “os loucos representavam a radicalidade da opressão e da violência imposta pelo estado autoritário” (ROTELLI, F. *et al.*, 1992, p. 41-55).

O centro da discussão era o processo de desconstrução da lógica e da cultura manicomial, por meio de um movimento amplo baseado na denúncia da ineficácia da concepção de loucura como doença perigosa para a sociedade, fundamentada na soberania do poder médico que ditava a verdade sobre a loucura. Portanto, a tentativa era produzir alterações nas concepções assistenciais, jurídica, política e sociocultural, pelo resgate da possibilidade de vida social e familiar dos portadores de quaisquer sofrimentos mentais.

Segundo Paulo Amarante (2008, p.739), no interior desse movimento surgiu um processo reflexivo acerca da epistemologia do saber psiquiátrico, da “função social da psiquiatria como estratégia de repressão e ordem social e quanto ao caráter de instituição total do hospital psiquiátrico”. Os objetivos contestadores e mobilizadores da sociedade ocorreram durante o período denominado primeira etapa da Reforma Psiquiátrica, entre o final da década de 70 até meados dos anos 90. Essa fase se consolidou com o Congresso de Bauru que repercutiu em vários âmbitos: “no modelo assistencial, na ação cultural e na ação jurídicopolítica. No âmbito do modelo assistencial, esta trajetória é marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção, que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional” (AMARANTE, 1995, p. 82).

Diante das ações e conscientização alcançadas não restam dúvidas que a Reforma Psiquiátrica contribuiu para construção da democracia no país. Assim, com a promulgação da CR/88 que prevê o direito à saúde integral, evidencia-se a necessidade de cuidado da saúde mental no sentido de efetividade dos direitos declarados, permitindo que os doentes possam exercê-los. Na atual ordem constitucional o doente mental é sujeito de direitos no sentido mais amplo possível e eventual exclusão em razão de sua condição, mesmo para tratamento não pode ser vista com naturalidade.

A declaração de direitos como liberdade e cidadania dos portadores de transtornos mentais é resultado de radicais críticas e movimentação social contrárias ao saber construído a partir do objeto “doença mental”, porém é preciso garantir que sujeitos fora da concebida normalidade ou avesso aos padrões culturais e comportamentais exerçam seus direitos, os quais não podem ser violados.

O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira encampou a proposta de desinstitucionalização, inclusive reforçada pela Luta Antimanicomial, resultando num dos mais importantes processos de mudanças culturais da sociedade, revisando os aparatos científicos, administrativos, jurídicos e éticos, relativos à doença mental. Todavia, apesar do incontestável avanço no campo social e da saúde, o fato é que a psiquiatria ainda exerce seu poder, no sentido de determinar condutas e tratamentos aplicados aos portadores de transtornos mentais. E, no que se refere aos usuários de drogas, especificamente, esse poder e aqueles traços morais quando da constituição da psiquiatria ainda são evidentes, obstaculizando a luta e o reconhecimento de direitos por parte desse grupo.

É importante destacar essa particularidade em relação aos usuários e dependentes de drogas, pois o Sistema Único de Saúde – SUS, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, adotou o direito à saúde universal, integral a todos sem qualquer distinção e dever do Estado. Nesse sentido, a ‘saúde’ deve ser compreendida de modo amplo, em termos preventivos, manutenção e recuperação e, por óbvio, inclui-se a saúde mental e dos usuários e dependentes de drogas. Os princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e aos serviços de saúde; integralidade de ações e cuidado do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos pacientes que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação de usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras, embora devidamente declarados, ainda não se efetivaram. No campo da saúde mental e em relação aos sujeitos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas essa realidade é ainda mais grave.

Após a criação do SUS, a Lei 10.216/01, com a proposta específica de regulamentar os direitos dos portadores de transtornos mentais e a extinção progressiva de hospícios no país, foi aprovada, prevendo o redirecionamento e amparo em saúde mental por meio dos serviços ambulatoriais e tratamento de base comunitária (BRASIL, 2001), que conferiu novo ritmo à reforma psiquiátrica. Contudo, não ficaram claras as condições para a extinção progressiva dessas instituições. No mesmo momento da promulgação da referida lei, realizava-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em que “a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes

da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade” (BRASIL, 2005, p.8/9). A partir dessa lei, a segunda fase da Reforma Psiquiátrica foi reforçada, buscando a efetivação de regras constitucionais e a implementação dos aparelhos de saúde, com a inclusão definitiva das pessoas que fazem uso abusivo de drogas no campo da saúde mental, prevendo, inclusive, políticas e tratamentos direcionados a esse grupo específico, muito embora esses serviços sejam muito precários.

As conquistas da Reforma Psiquiátrica são significativas, em especial os relativos à concepção da loucura e a necessidade de um tratamento sem quebra dos vínculos e convívios sociais. No entanto, mesmo com avanços, inclusive no âmbito legal e melhorias no quadro sanitário brasileiro, ainda não foi possível implementar as metas e normas programáticas da política de saúde mental, em especial no que se refere aos usuários de drogas. Sendo assim, é importante destacar que as condições da saúde mental ainda hoje são precárias e, muitas vezes violam os direitos fundamentais à saúde e à liberdade e autonomia (como será visto adiante).

[...] a situação psiquiátrica permanece gravíssima, a associação da loucura com problemas sociais variados é uma constante, a relação de implicação entre a “questão social” e a Saúde Mental se dá em duas direções: os problemas sociais deflagram os problemas mentais e quem é portador de problemas mentais tem agravada a sua problemática social. Decorre daí uma grande população psiquiátrica que precisa de assistência social conjuntamente com a assistência médica (AUGUSTO, 2009. p. 59).

Essa constatação em relação aos usuários de drogas é evidente, pois a problemática social que representam, devido ao não reconhecimento e efetivação de direitos, é agravada pela falta de assistência médica e social, principalmente considerando os usuários de substâncias que vivem nas ruas em situação de vulnerabilidade social e física. Desse modo, a discussão acerca dessas pessoas deve ser colocada como responsabilidade social, considerando a exclusão sofrida por este grupo.

Nesse sentido, percebe-se que a origem estruturada do saber psiquiátrico em relação à loucura é profunda e fundamentalmente produtiva (FOUCAULT, 2013a, p.511), mantendo o conceito social negativo e dominador, sujeitando os indivíduos, apesar das alterações pós Reforma. A psiquiatria, por sua vez, deve exercer seu papel médico no cuidado com os transtornos mentais e sua função social na integração daqueles que a sociedade e ela mesma excluem.

## 2.1 A GENEALOGIA DO ASILO COMO DISCURSO DOMINANTE

Os traços excludentes e seletivos do poder da psiquiatria ainda são vigentes. Desta feita, para enriquecimento do debate, traz-se uma analítica acerca da representação do asilo na perspectiva foucaultiana, para reflexão do modo como a internação compulsória de usuários de substâncias psicoativas em vulnerabilidade vem sendo adotada pelo Poder Público e sua funcionalidade no contexto biopolítico.

A construção genealógica de Michel Foucault em torno do binômio poder-saber tornou-se conhecida principalmente em razão das influências de Nietzsche. A genealogia se opõe ao método histórico tradicional com objetivo de “assinalar a singularidade dos acontecimentos, fora de toda finalidade monótona”. Para a genealogia, não há essências fixas, nem leis subjacentes, nem finalidades metafísicas. A genealogia busca descontinuidades onde desenvolvimentos contínuos foram encontrados. Ela busca recorrências e jogo em que o progresso e seriedade foram encontrados. Ela recorda o passado da humanidade para desmascarar os hinos solenes do progresso. Ela busca a superfície dos acontecimentos, os mínimos detalhes, as menores mudanças e os contornos sutis (DREYFUS e RABINOW, 1995, p. 118).

A genealogia trabalha a partir da diversidade e da dispersão, do acaso dos princípios e dos acidentes, sem o intuito de voltar no tempo para o reestabelecimento da história, mas busca restituir os acontecimentos em sua singularidade. Contudo, não pode ser confundida com empirismo. Ao contrário, por meio desse método, há um desassujeitamento dos saberes históricos, tornando-os capazes de se opor e lutar contra a ordem do discurso (REVEL, 2011, p.69/70). Sendo assim, o questionamento não reside no passado dos acontecimentos, mas na possibilidade desses acontecimentos na atualidade, na possibilidade de conferir o que faz o sujeito ser o que é, de deixar de ser, de não ser mais e o que pode se tornar.

É dessa forma descontínua e desdobrada, com intuito de compreender as possibilidades do poder psiquiátrico que Foucault, ao tratar do internamento ou do asilo, analisou suas práticas discursivas, conferindo a servidão e a funcionalidade que esse poder-saber operava. Verificou-se que a psiquiatria interviu numa posição subordinada em relação a outras instâncias de controle,

como a escola, a família e as casas de correção. Todavia, com medidas bem específicas e articuladas, sua intervenção foi mais poderosa, reiterando e atravessando as outras instâncias de poder e controle (FOUCAULT, 2002, p.189).

Ao se afastar das doenças propriamente ditas, a psiquiatria exerceu maior ingerência sobre a vida dos indivíduos, inclusive dos não doentes, desse poder-saber que, por sua vez, era praticado pelo controle e assujeitamento dos sujeitos com “suas valorizações sintomatológicas e o domínio inteiro de todas as condutas possíveis” (FOUCAULT, 2002, p.201). Em interpretação do pensamento foucaultiano, Dreyfus e Raibow (1995, p. 121) perceberam que sujeição e luta são encontradas em toda parte e onde se fala de significado e valor, virtude e divindade, há estratégias de dominação, relações de força funcionando em acontecimentos particulares.

Essa penetração na vida dos indivíduos não apenas dizendo o que é ou não doença, mas determinando condutas que podem significar sintomas psiquiatrizados, se não forem observadas, permite o enquadramento das pessoas e a criação de dogmas e comportamentos que somados são formalizados no nível do discurso. Isso implica, por exemplo, na concepção de usuários de drogas como portadores de transtornos mentais, viabilizando a intervenção e implementação de medidas como a internação compulsória, muito embora a Reforma Psiquiátrica já tenha questionado e se colocado contrária a tratamentos de caráter asilar, bem como o paradigma constitucional atual impossibilita a supressão de direitos fundamentais, no caso a liberdade (ainda que sem cometimento de ilícito penal).

Sendo assim, verifica-se a aproximação da percepção dos usuários de drogas como loucos, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade social, por não corresponderem ao padrão de conduta determinado pelas normas, ou ainda a percepção enquanto bandido, por fazerem uso de substâncias proibidas e por exporem a sociedade ao perigo.

Foucault (2013b, p.261) alerta que essas paixões e impulsos são introduzidos no coração quase que exclusivamente da classe social mais humilde, cujos membros são estranhos à sociedade. Essa estranheza é clara, se considerarmos as condições de vida e exclusão social em que esses sujeitos estão imersos. Num contexto asilar, essa aproximação entre os conceitos mencionados e

a própria estranheza desse grupo social são agravados, reforçando os preconceitos em relação aos usuários.

A experiência do internado no asilo é marcada pelo poder psiquiátrico e pela onipresença do médico, impondo uma realidade objetiva aos pacientes. A presença do médico implica na submissão do doente. O asilo é o corpo do psiquiatra como se fosse o próprio estabelecimento, a assimilação do corpo do psiquiatra/lugar asilar se manifesta de formas diferentes, impondo-se ao doente como realidade ou como aquilo “através de que vai passar a realidade de todas as outras realidades. É a esse corpo que o doente deve ser submetido” (FOUCAULT, 2006a, p. 227). Assim, tanto o doente como a sua realidade são institucionalizados, forjados dentro e a partir do asilo. “O indivíduo é sem dúvida o átomo fictício de uma representação ‘ideológica’ da sociedade; mas é também uma realidade fabricada”, o poder “produz realidade; produz campos de objetos e rituais da verdade. O indivíduo e o conhecimento que dele se pode ter se originam nessa produção (FOUCAULT, 2013b, p.185).

A realidade a partir da lógica do asilo, principalmente em relação a um poder como o psiquiátrico que atravessa diversas instituições, conferindo valores e sintomas às condutas, o sujeito produzido tende a ser individualizado, segundo um referencial normalizante. Assim, ao louco e ao delinquente voltam-se os mecanismos individualizantes e “todas as ciências, análises ou práticas com radical ‘psico’, têm seu lugar” nos processos de individualização (FOUCAULT, 2013b, p.184), para adequá-los, normalizá-los.

O poder-saber psiquiátrico também é marcado com o indivíduo que ajuda a produzir, por meio de suas práticas e discursos capazes de funcionar normas gerais de saúde, estabelecendo a regularidade de processos e também de produtos. Nesse sentido, há uma tendência a conferir determinado padrão aos sujeitos, produzindo sua realidade e individualidade, inclusive, buscando estabelecer aos usuários de drogas um tratamento padronizado, no caso, a internação compulsória.

Na perspectiva foucaultiana, a técnica médica asilar é vazia de conteúdo científico e de saber baseado nas positivities como das ciências da natureza. Ademais, o asilo é um sistema de

submissão, um “meio fechado, [...] um poder absoluto”. A noção de direção sintetiza o jogo de forças entre o domínio e a luta de médicos e pacientes” (FOUCAULT, 2006, p.217-219).

A resistência por parte dos considerados loucos, muitas vezes, é vencida pela opção de deixar de ser louco, se normalizar, se sujeitar, o que significa “ganhar a vida”, deixando de ser louco (ou simplesmente deixar de ser como é), adaptando-se à realidade construída e institucionalizada pelo “poder-saber médico que não tem outra função além de ser o agente da própria realidade” (FOUCAULT, 2006, p. 206).

Não se encontra na história do poder-saber psiquiátrico uma origem com muita produção positiva de conhecimentos e técnicas de investigação científica, mas sim a validação de uma ação sobre a doença em sua nosografia, em sua etiologia, isolados de um “tratamento moral” e coercitivo. O internamento destinado a corrigir é sempre o tempo moral necessário para que o castigo surta o efeito. Não é de surpreender que as casas de internamento tenham o aspecto de prisões e que ambas instituições sejam confundidas (FOUCAULT, 2013a, p.116). Portanto, não há uma verdade (ou tentativa de buscar a verdade) originada da pesquisa, sem valores morais, ao contrário. As técnicas do regime asilar, as práticas de direção, buscam o tratamento moral do louco. Desse modo, a cura é um processo de sujeição física que produz um indivíduo “sujeitado” considerado recuperado. Não havia cura de doença ou combate às patologias, mas um “processo de sujeição física cotidiana, imediata, realizada no asilo, que vai constituir como indivíduo curado” (FOUCAULT, 2006, p.222).

Michel Foucault (2013a, p.476) aduz que em meio ao movimento de filantropia como libertação dos alienados, o asilo agia como ferramenta de segregação, com a religião representando a natureza de regra, como coerção e coação. “Agora a loucura não mais deverá, não mais poderá causar medo; ela terá medo, sem recurso nem retorno, inteiramente entregue, com isso, à pedagogia do bom senso, da verdade e da moral” (FOUCAULT, 2013a, p.478).

O asilo por intervenção terapêutica organizava o louco ao mundo e o mundo ao louco e, pela culpabilidade o louco se tornou objeto de punição, diminuindo a coação que não significava libertação, mas significava que a loucura há muito estava dominada. Ademais, Foucault (2013a,

p.485) ressalta que a religião não devia ser o substrato moral da vida asilar, mas objeto médico, pois as opiniões religiosas eram consideradas sob o aspecto médico. Nesse contexto, o médico assume o papel fundamental no asilo, transformando-o em espaço médico, garantindo o aspecto científico sobre a loucura, comandando quem se encontrava nesse ambiente.

Portanto, por meio da desconstrução das continuidades percebe-se que o discurso psiquiátrico, na verdade, é um discurso de poder, para o poder e pelo poder, tendo em vista a ausência de base de um saber científico fundamentado. Esse estudo não pretende desqualificar os avanços médicos e psiquiátricos, inclusive na área da saúde mental. Todavia, a intenção é demonstrar que o desenvolvimento do saber psiquiátrico e suas práticas, principalmente as relativas à internação e à suposta noção de sua necessidade precípua como tratamento de loucos, a qual atualmente também é estendida aos usuários de drogas, fazem parte de um discurso de poder. Esse desenvolvimento histórico e, principalmente, a manutenção de valores morais que ainda permeiam a prática do asilo, implicam em seletividade, dominação e sujeição até hoje.

O paciente com problemas mentais ou que faz uso de drogas é estigmatizado em seu tratamento diário, considerado um ser à parte antes mesmo de entrar no hospital psiquiátrico. E, face à estada no hospital, sua estigmatização é agravada, dificultando seu retorno ao local social de onde veio (GOFFMAN, 1999, p.288/289). Desde a história da loucura tornou-se quase impensável não ver as políticas públicas que sugerem o afastamento de um determinado grupo de seu convívio social como um retorno às épocas longínquas nas quais se fazia uso da *Narrenschiff*<sup>9</sup>. O contexto em que esse paciente está envolvido é muito complexo e a atual Política Nacional sobre Drogas propõe compreender esse cenário e atuar de modo integrado. Essa política prevê a necessidade de implantar uma rede de assistência aos indivíduos com transtornos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas, buscando o tratamento, a recuperação e a reinserção psicossocial do usuário, por meio de uma articulação e integração de uma rede de cuidados com diversos dispositivos comunitários sociais e de saúde (ARAUJO, 2013, p.62).

---

<sup>9</sup> *The Ship of Fools*, a nau de loucos, escrito por Sebastian Brant (1494), uma espécie de alegria de um navio carregado com pessoas tolas e pilotada por tolos, rumo ao paraíso. Figura utilizada por Michel Foucault, em *A História da Loucura*, na era Clássica, no início da grande internação, para explicar como “os loucos” eram excluídos do meio social.

Entretanto, a ideia do internamento e de que o hospital psiquiátrico deve proteger a comunidade “do perigo e dos aborrecimentos de certos tipos de má conduta” ainda é vigente. Ao considerar esses pacientes pessoas que a convivência e o relacionamento são difíceis, o papel de custódia do hospital (mais ou menos como a prisão) é compreensível e justificável, segundo a opinião de muitos. Essas instituições asilares acabam prestando serviços à família, à vizinhança ou ao empregador, o que não significa ser um serviço médico ao internado (GOFFMAN, 1999, p.286/287), desenvolvendo um processo de codificação do comportamento que transforma o desviante, individualiza e sujeita o interno.

### 3 A POLÍTICA DE DROGAS

As substâncias psicoativas de modo geral, comumente chamadas de ‘drogas’ possuem caráter antropológico inegável, pois fazem parte de diversas sociedades com várias finalidades culturais, religiosas, alimentares, medicamentosas e sociais, inclusive como integrantes de diversos rituais, busca pelo transcendente, busca da paz ou da excitação (MARTINS, 2007). Além de seu incontestável caráter antropológico, também é evidente que as drogas são utilizadas como agente socializador e recreativo por todas as camadas sociais. Portanto, é impossível viver numa sociedade em que elas não estejam presentes (ESCOHOTADO, 2000), embora haja forte discurso liderado pelos Estados Unidos, justificando as ações contra as drogas, com a pretensão de tornar o mundo livre dessas substâncias.

É interessante destacar que, embora a palavra não tenha uma definição precisa há uma generalização caracterizada pela confusão entre sentimentos, opiniões e fatos, criando “discursos contraditórios que contribuem para distorcer e ocultar a realidade social da ‘droga’, mas que apresentam como modelos explicativos universais” (OLMO, 1990, p.22). O conceito de droga é muito polissêmico, abrangendo tudo que se ingere e que não é alimento. As drogas psicoativas podem agir como remédio ou veneno e seus usos são múltiplos, desde o nascimento à morte, desejo e necessidade, vício e hábito, integrando as sociedades e suas economias e mercados, sendo classificadas como lícitas ou ilícitas (CARNEIRO, 2005, p. 5-8).

O termo é utilizado de modo pejorativo, com alta carga moral. Desconsiderando os aspectos mencionados e reforçando o viés negativo, vários conflitos, desde o final do século XIX e no início do século XX, vem sendo travados em todo o mundo para conter o avanço das drogas e seus derivados, bem como o controle de seu consumo, inclusive com a criminalização de condutas generalizadas relativas às substâncias e suas matérias-primas de modo organizado e estruturado, em função da adoção da política proibicionista com postura e poder de Guerra.

O proibicionismo não é objeto do presente estudo, assim sua discussão não é interessante para a pesquisa. Todavia, optou-se por trazer alguns apontamentos sobre a política proibicionista, em virtude da sua importância e influência na temática trabalhada, pois o controle social exercido

sobre os usuários de drogas decorre dela. Sendo assim, a política proibicionista pode ser compreendida como

posicionamento ideológico de fundo moral, que se traduz em ações políticas voltadas para a regulação de fenômenos, comportamentos ou produtos vistos como negativos, através de proibições estabelecidas notadamente com a intervenção do sistema penal — e, assim, com a criminalização de condutas através da edição de leis penais —, sem deixar espaço para as escolhas individuais, para o âmbito de liberdade de cada um, ainda quando os comportamentos regulados não impliquem em um dano ou em um perigo concreto de dano para terceiros. (KARAM, 2007, p. 181/182).

Essa política vem regulando a vida das pessoas e ainda construiu um paradigma de guerra às drogas ilícitas, aos usuários e aos traficantes. Contudo, a classificação entre lícita ou ilícita sujeita-se à ordem econômica, moral e social que, por sua vez, atribuem carga valorativa às substâncias (BOITEUX; CHERNICHARO, 2012, p. 8). O proibicionismo ainda impulsionou práticas punitivas e criminalizadoras que se desenvolveram pelos dispositivos sociais articulados para a produção: “(i) dos seus próprios objetos de intervenção – o traficante, o dependente químico, a droga; (ii) do modo de intervenção ao tratamento – a abstinência ; (iii) das ações de repressão ao uso e ao tráfico de drogas. Se desenvolvendo nesse sentido, a política de ‘anti-drogas’”, sempre se direcionou massiva e prioritariamente aos pobres, proletários, minorias raciais, grupos marginalizados e aos territórios ocupados por eles (MACERATA, *et al.*, 2014, p.28/29).

É necessário esclarecer que a abordagem da política de drogas não é linear, mas são evidentes momentos em que os processos punitivos são ratificados, por meio de sistemas legais e de discursos propulsores e legitimadores da política proibicionista. A origem do processo criminalizador das drogas é fluido e volátil, pois é “invariavelmente moralizador e normalizador” (CARVALHO, 2013, p. 56).

Segundo Lúcia Karam (2007, p.183), a primeira ação internacional para promover ações concretas de proibições à produção, distribuição e ao consumo de determinadas substâncias psicoativas foi a Convenção Internacional sobre o ópio ocorrida em 23 de janeiro de 1912, em Haia. O Brasil e demais Estados signatários comprometeram-se a fiscalizar o uso de cocaína e ópio, tornando-se parceiros de um processo global no combate às drogas, produzindo leis e

decretos proibitivos e criminalizadores do consumo e comércio no país, com previsão de penas de reclusão aos usuários em prisões e sanatórios (MACHADO, *et al.*, 2007, p.803/804). Além disso, a restrição da produção, da distribuição e do consumo de substâncias psicoativas e matérias-primas tornadas ilícitas com fins exclusivamente médicos e científicos foi explicitada na Convenção para limitação da fabricação e regulação da distribuição de drogas narcóticas de 1931, complementada com a Convenção de Genebra dentre outras nesse mesmo sentido (MARTINS, 2007).

A política proibicionista foi ratificada pela ONU - Organização das Nações Unidas, por meio de três convenções complementares à Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961, a qual revogou as convenções anteriores e foi revista por meio de um protocolo de 1972; o Convênio sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971; e a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988, a chamada Convenção de Viena:

A diversidade de conjunturas, a diversidade de governos, os confrontos político-ideológicos não impediram que os mais diferentes países — a imensa maioria dos Estados membros da Organização das Nações Unidas — se unissem para elaborar e ratificar aqueles diplomas (KARAM, 2007, p. 185).

É no início da década de 70 que o proibicionismo tomou fôlego, enrijecendo seus mecanismos punitivos de combate às drogas, especialmente porque os EUA, durante o governo do presidente Richard Nixon, adotaram uma postura de guerra às drogas em proporção transnacional (OLMO, 1990, 39/40). A partir de então, medidas repressoras e ações e táticas militares de guerra contra o mesmo inimigo foram tomadas e discursos harmônicos de cunho moral, médico e penal, aliados aos meios de comunicação, vem sendo reproduzidos contra às drogas. Nessa época, países da América Latina regulamentaram políticas criminais de drogas, estipulando a partir das orientações estadunidenses, quais as substâncias psicoativas que deveriam ser consideradas lícitas e as ilícitas e, por isso, banidas da sociedade (ROSA, 2014, p.155).

No Brasil, a postura não foi diferente, havendo endurecimento da legislação com aumento da punição e do controle de traficantes, usuários e substâncias. Assim, sob forte influência de políticas externas, o Brasil conferiu o contorno repressor e punitivo à questão. As primeiras intervenções brasileiras para controlar o uso e o comércio de drogas ocorreram no início do

século XX, com a finalidade de preservar a segurança e a saúde públicas, por meio de elementos jurídicos institucionais. Embora o consumo de drogas não representasse problema ou preocupação do governo, as bebidas alcóolicas eram utilizadas com frequência, razão pela qual surgiram sociedades privadas para educação antialcoólica e medidas assistenciais com viés moralista e higienista (MACHADO, *et at.*, 2007, p.803/804).

De acordo com Salo de Carvalho (2013, p.59/60), foi na década de 40 que a política proibicionista emergiu de forma sistematizada e estruturada com criação de sistemas punitivos autônomos que apresentavam certa coerência discursiva, ou seja, “modelos criados objetivando demandas específicas e com processos de seleção (criminalização primária) e incidência dos aparatos repressivos (criminalização secundária) regulados com independência de outros tipos de delitos”. Mas foi durante a ditadura militar, com a aprovação e promulgação da Convenção Única sobre Entorpecentes, pelo Decreto 54.216/64, que o Brasil entrou definitiva e claramente no cenário mundial de combate às drogas (CARVALHO, 2013, p. 61). A política de drogas, à época, adotou a perspectiva da segurança pública, repressora contra traficantes, substâncias e usuários.

Cumprir destacar que, no âmbito da saúde a partir da década de 80 com os dispositivos da Reforma Psiquiátrica, as políticas públicas começaram a tratar das drogas, ainda de modo tímido, tendo o movimento tardado em perceber a especificidade de atenção e tecnologias que as drogas demandam, sendo o espaço ocupado pela abstinência (MACERATA, *et al.*, 2014, p.60). Fica claro que o cuidado com as substâncias e os usuários de drogas foi negligenciado por muito tempo pelo Estado sem nenhuma política de alcance nacional.

Somente em 2002, após as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que o Ministério da Saúde, por entender como prejudicial à saúde o uso de substâncias entorpecentes, iniciou a implementação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Alcool e outras Drogas. Em seguida iniciou a constituição de uma política pública específica para esses grupos, cuja estratégia era a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos (BRASIL, 2005, p. 41).

Finalmente, em 2003, a perspectiva da política de drogas brasileira foi alterada em relação aos usuários, adotando o paradigma da saúde coletiva. Nesse ano, o Ministério da Saúde formulou a política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, a qual estabeleceu a função do SUS na prestação de atenção e assistência à saúde dos usuários, por meio de aparelhos específicos na rede pública de saúde e atenção primária. A política foi alterada para compreender o consumo das substâncias psicoativas como fenômeno contemporâneo, contando com diferentes áreas do saber para lidar com a problemática de modo mais amplo, adequado, efetivo e sem reducionismos, prevendo ações educativas e pedagógicas (BRASIL, 2004, p.06/07).

A política de drogas foi constituída conforme os parâmetros do SUS, por um grupo de trabalho do Ministério da Saúde de composição multissetorial. A portaria GM 457 do Ministério da Saúde, de 16 de abril de 2003, instituiu o Grupo de Álcool e Outras Drogas (GAOD), composto por representação do Gabinete da Secretaria Executiva, Coordenação Nacional DST/AIDs, ANVISA, Secretaria de Atenção à Saúde com as seguintes áreas: Saúde Mental, Saúde do Adolescente e do Jovem, Prevenção da Violência e Causas Externas, Saúde do Trabalhador e Atenção Básica (PASSOS, 2010, p.9).

Todavia, apesar das alterações significativas, conforme demonstrado no capítulo seguinte, os serviços de saúde, os aparelhos específicos para tratamento de usuários de álcool e outras drogas, a qualificação dos profissionais da saúde na rede pública e as ações de cunho pedagógico ainda não se efetivaram de maneira satisfatória.

Em 2006, a nova Lei de Drogas, n. 11.343/06, entrou em vigor e instituiu instrumento para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes, além da repressão à produção e ao tráfico (BRASIL, 2006). Essa lei manteve a criminalização das drogas e dos traficantes, enrijecendo os dispositivos penais e de controle contra eles, ao mesmo tempo em que impossibilitou a imposição de pena privativa de liberdade aos usuários de drogas. A alteração, todavia, não foi suficiente para cessar a lógica do extermínio do ‘inimigo’ da sociedade, as drogas, tendo em vista a continuação da política de segurança militarizada contra os traficantes.

Destaca-se que, a alteração legislativa que impossibilitou a privação da liberdade do usuário é um avanço considerável, principalmente diante do cenário da lei anterior (6.368/76), quando muitos a perdiam por portarem qualquer quantidade de drogas. Por outro lado, a nova lei radicalizou a diferença de tratamento entre o traficante e o usuário. Aquele visto a partir do paradigma do direito penal do inimigo cujas condutas do art. 33 prevêem penas mais rígidas que as anteriores. Já o paradigma destes, impõe a lógica do tratamento, ainda baseado no modelo sanitarista. Nesse ponto, destaca-se a permanência do traço moral do proibicionismo, pois a lógica do tratamento criminaliza uma conduta pessoal que não atinge bens jurídicos nem direitos alheios, por meio da coação de um comportamento (CARVALHO, 2014, p.228/229). Resta evidente a violação de direitos fundamentais, principalmente a liberdade e autonomia.

A alteração da Lei 11.343/06 e a adoção da perspectiva da saúde coletiva, com previsão de promoção da saúde de modo amplo e integral que impôs ao SUS o papel de promover assistência e cuidado ambulatorial e terapêutico, alinhou a política de drogas ao direito constitucional à saúde. Isto porque, a natureza da política de saúde constitucional é a universalização do direito à saúde, alcançando a todos indistintamente.

Nesse sentido, Elda Bussinguer (2008, p.60) afirma que ao “garantir o acesso aos serviços de saúde de maneira plena, independente de qualquer forma de discriminação ou contribuição, [...] a Constituição define sua linha de atuação e os rumos que passariam a vigorar na Política de Saúde”.

Percebe-se a existência de uma certa incompatibilidade entre as duas perspectivas integrantes da política de drogas. A primeira, de conflito militarizado, cujas ações, geralmente voltadas às comunidades mais carentes das cidades, causam mortes de traficantes e de pessoas sem qualquer ligação com condutas criminosas. Já a segunda, da saúde pública, deve desenvolver ações intersetoriais, integradas e contextualizadas, inclusive medidas pedagógicas e preventivas, dirigida a todos para melhoria da qualidade de vida, reduzindo danos à saúde individual e coletiva.

As drogas envolvem diversos interesses e os discursos produzidos pelo proibicionismo e seus reflexos sociais no país devem ser considerados para compreensão da intencionalidade e do efeito que exercem. Como se viu, o proibicionismo tem fortes bases ideológicas e fortes discursos que o legitimam e justificam, a saber: discurso moral religioso, o discurso da segurança pública e da segurança nacional e o discurso da saúde pública, os quais se entrecruzam e se apoiam. Nesse sentido, é importante considerar as relações discursivas estabelecidas pela política que “caracterizam não a língua que o discurso utiliza, não as circunstâncias em que ele se desenvolve, mas o próprio discurso enquanto prática” (FOUCAULT, 2012a, p.56), conferindo as raízes do proibicionismo pela análise desses discursos. Tendo em vista os objetivos da presente pesquisa, será conferida maior atenção ao discurso médico da saúde pública.

### 3.1. OS DISCURSOS DA POLÍTICA DE DROGAS

A compreensão de Direitos Humanos dos usuários de drogas encontra-se imersa num contexto ainda mais complexo que dos demais pacientes, pois ao contrário dos portadores de transtornos mentais, pouco ou quase nada avançou nessa área. Desse modo, é preciso reconhecer e efetivar os direitos deste grupo social, revendo a postura estatal adotada e os discursos justificadores do proibicionismo para o fortalecimento da democracia, para tanto é fundamental o entendimento dos discursos dessa política.

Rosa del Olmo (1990, p.23-25) afirma que são muitos os discursos construídos em volta das drogas, criando estereótipos (melhor expressão do controle social informal) fundamentais para justificar o controle social formal, “cuja expressão máxima no caso das drogas é a normativa jurídica”. A intencionalidade desses estereótipos é servir como fator de coesão, “de consenso em torno da figura de Abel e contra a de Caim”. Isto é, implica no fortalecimento da ideia de uma luta do bem contra o mal, das figuras do doente e do algoz e de um padrão de vida e de valores considerados como certos e errados. Ao colocar o “problema da droga”, por meio de discursos diversos e harmônicos entre si que produzem os mesmos sentidos, são ignoradas as demais e importantes dimensões psicológicas e sociais que o tema envolve.

Os discursos do proibicionismo não representam apenas lutas ou sistemas de dominação, mas aquilo pelo o que e por qual razão se luta, ou seja, o poder do qual queremos nos apoderar (FOUCUALT, 1999, p. 10) e isso não se restringe ao que é dito e manifestado, mas também pelo o que é excluído do discurso.

Esses discursos funcionam de modo coerente e em conjunto, ratificando a funcionalidade repressora, produzindo sentidos que mantêm concepções reducionistas acerca das drogas, dos usuários e dos traficantes. Isto impede que compreensões divergentes venham à tona de modo estruturado por conteúdos concretos e coerentes, em resistência e oposição ao proibicionismo e às relações de poder que os discursos hegemônicos sustentam.

O discurso moral está na base ideológica do proibicionismo e atribui valores morais às drogas e aos atores com sentidos e enunciados eivados de interesses e carga valorativa moral, ratificando os sentidos maniqueístas de certo e errado, bom e mau. Antes mesmo do estabelecimento dessa política, a intervenção moral, organizada ou não, já existia nas relações sociais, identificando o consumo de substâncias psicoativas como hábitos de minorias estigmatizadas. Assim, a busca pela higienização da sociedade e por uma adequação de comportamentos é concretizada por meio da exclusão, implicando na indução de política de controle social sobre grupos considerados perigosos e perturbadores da ordem social.

Para a conservação dessa ordem social é necessária a criação de consensos em torno de valores e normas, inclusive para a ocultação de problemas mais sérios e profundos. É nesse sentido que o discurso moral se fortalece. Mas essa intervenção moral é muito antiga. A relação entre o conceito de delito e pecado abriu espaço para uma intervenção moral desde a Antiguidade. Assim, essa percepção legitima a criminalização tanto do comércio quanto do uso de drogas, demonizando o traficante e enxergando o usuário como um ser amoral, carecedor de tutela e de recondução aos padrões morais (CARVALHO, 2014, p.226/227).

Esse discurso moral, ainda associava as drogas ao sexo considerando-as sinônimo de periculosidade e promiscuidade, iniciando a imposição de um modelo sanitário. Aliado a isso a droga adquire o perfil de demônio que atacava os “filhos de boa família”, sendo os traficantes os

responsáveis por isso (OLMO, 1990, p.30-34), os quais deveriam ser combatidos. Buscava-se a higienização da sociedade, ao associar as substâncias a grupos sociais específicos como intelectuais, músicos e habitantes do gueto, imigrantes e negros que lutavam por seus direitos civis (CARVALHO, 2013). Essa associação não foi à toa e prevalece ainda hoje.

Assim, no combate às substâncias psicoativas, os grupos historicamente alijados dos direitos fundamentais e excluídos socialmente sofreram (e ainda sofrem) os efeitos desse combate, ao mesmo tempo em que foram estigmatizados por não adotarem o mesmo estilo de vida e valores da ordem dominante. No cenário em que a figura dos usuários como desviantes, degenerados e doentes e da dos traficantes como pessoas cruéis, perigosas, destruidores das famílias de bem e da sociedade que precisa ser protegida são reforçadas, outra saída não há, senão a aplicação do remédio moral para controle desses comportamentos.

Na década de 60 as drogas conseguiram visibilidade, devido à popularização do consumo da maconha e LSD por jovens de classe média, vinculados à contracultura e movimentos libertários e contestatórios, que compunham o quadro de manifestações estéticas das políticas de rupturas (CARVALHO, 2013, p.63). Isso criou novas linhas de divisão entre o bem e o mal, o reconhecido e o condenado e o estabelecimento de novas normas na integração social (FOUCAULT, 2013a, p. 83).

A valorização da crença moral que pregava abstinência, a higienização e a proteção social se confunde com as ações policiais, ao mesmo tempo em que ratifica a perspectiva belicista como remédio moral às questões sociais. Não restam dúvidas que o discurso moral surte efeitos nas ações policiais, nas ações de saúde pública e sanitária, bem como de segurança nacional e transnacional. Além disso, obstaculariza enxergar os atores envolvidos com drogas (traficante, traficante de drogas a varejo, usuário recreacional, dependente químico ou psicológico e o usuário em situação de vulnerabilidade social) de maneira diversa do consenso criado pelo discurso moral. Isto implica na incompreensão da drogadição enquanto fenômeno social e antropológico que, certamente, acarretaria em ações e políticas públicas contextualizadas e diversas da solução reducionista que a repressão representa. Nesse sentido, é possível dizer que a internação compulsória de usuários de drogas em situação de vulnerabilidade é uma finalidade

higienista do discurso moral, sem preocupação com o tratamento de saúde dessas pessoas, mas voltada à limpeza das ruas de um grupo que representa a desordem social.

A regularidade do discurso designa o conjunto de condições que a função enunciativa exerce (FOUCAULT, 2012a, p.163), assegurando e definindo a existência dos enunciados (fatores conjugados continuamente como sujeito, domínio associado e sua materialidade, cuja prática produz sentidos contínuos sobre determinado objeto, com regular relação entre palavras, discursos e as coisas). Desse modo, além do moral, o discurso penal está ligado a ele de modo a ratificá-lo, mesmo que pareçam dispersos. As alterações e recorrências envolvendo seus sujeitos e fatores com regular relação entre si, produzem sentidos uníssonos e contínuos que, na verdade, implicam na absorção e repetição do consenso desejado pelo proibicionismo de que a drogadição deve ser combatida.

Isso pode ser verificado quando da alteração da legislação penal de drogas, a Nova Lei n. 11.343/2006, segundo a qual, ao usuário não se aplica mais pena privativa de liberdade, bem como, juntamente com a lei da psiquiatria, estabelece ações programáticas no cuidado em relação aos usuários de drogas, o que é muito positivo. Já em relação ao traficante, houve significativo endurecimento das penas aplicáveis ao inimigo, justamente em razão da ideia de que ele representa perigo à sociedade e precisa ser banido. A pena prevista atualmente é semelhante ao homicídio consumado, “por motivo de relevante valor social e moral” (BRASIL, 2006). Por outro lado, não houve efetivação das normas programáticas estabelecidas de caráter educativo e pedagógico, evidenciando o forte viés higienista praticado pelo discurso.

No Brasil, mesmo após a consolidação do regime democrático, o sistema de controle social, inclusive o midiático, convergiu para a confecção do estereótipo de seu próprio inimigo, alvo das ações policiais, qual seja, o jovem traficante dos bairros pobres (BATISTA, 2003, p. 40).

Pode-se concluir que a pretensão não é colocar as drogas como substâncias perigosas, mas os sujeitos como perigosos, inclusive diminuindo a diferença entre consumidor e traficante, enquanto legitima o bem e o mal e assim pode justificar as ações bélicas. A intervenção punitiva demonstra uma ligação clara entre a proibição das drogas e a implementação das estratégias

penais sobre classes e grupos estigmatizados e considerados perigosos (CARVALHO, 2014, p.227).

Há ainda a figura do inimigo externo, contra quem o discurso penal legitima suas ações militarizadas em âmbito internacional. As medidas repressoras de controle jurídico-policial, que no decorrer do século XX se tornaram políticas estatais subordinadas às determinações da guerra contra as drogas dos governos estadunidenses, tentam suprimir os mecanismos de controle autônomos, individuais e comunitários antes das legislações internacionais proibitivas e de erradicação de determinadas plantas (CARNEIRO, 2005, p.16).

Portanto, essa repressão em escala global que busca combater a criminalidade, na verdade, pretende combater quaisquer sujeitos e países envolvidos com drogas que representam perigo. Essa tendência mundial de combate militarizado chegou ao auge com a Convenção de Viena de 1988 que enfatizou a luta contra o tráfico ilícito de entorpecentes e substâncias psicotrópicas, por meio de dispositivos expressos e criminalizadores dirigidos aos produtores, distribuidores e consumidores das substâncias proibidas e suas matérias-primas, explicitando a tendência expansionista do poder punitivo (KARAM, 2007, p. 184). Após a Guerra Fria, o tráfico surgiu como ameaça à segurança nacional, tornando-se ponto fundamental da “agenda diplomático-militar” dos EUA, momento em que os combates aos países andinos foram intensificados (RODRIGUES, 2005, p. 298).

Esse discurso penal geopolítico dividiu o globo entre os países vítimas e os vitimários e criou a concepção do narcotráfico ou narcoterrorismo como inimigo, uma praga que deveria ser exterminada, estabeleceu o estereótipo político-delitivo latino-americano, com efetivas ações militarizadas fora dos estados nacionais (OLMO, 1990, p.69).

O discurso penal, por meio da repressão e uso de táticas de guerra, promete a proteção dos indivíduos e fornecimento da segurança. Porém, a intervenção do sistema penal é a manifestação do poder que serve sobremaneira como instrumento para controle social e disciplina, com intuito de manutenção de uma ordem determinada e reprodução de comportamentos. O discurso da

segurança, em nível nacional e internacional oculta e seleciona seu caráter e interesses políticos, por meio da criminalização das condutas relativas às drogas.

Cumprido ressaltar que o aspecto econômico referente às drogas não pode ser desconsiderado, pelo contrário. O ‘mercado’ das substâncias ilícitas movimentam grandes quantias em dinheiro em todo o mundo, implicando em fortes relações de poder e interesses. As organizações criminosas transnacionais, principalmente os cartéis, são resultados da globalização desse mercado e de que o tráfico atende um grandioso número de consumidores.

Esse contexto econômico serve como instrumento legitimador do endurecimento das ações penais, pois as condutas relacionadas a ele são identificadas como “‘perigo econômico e social para a humanidade’ [...] ou como algo que estaria afetando negativamente as bases econômicas, culturais e políticas da sociedade, como um ‘perigo de incalculável gravidade’”, como uma ameaça à estabilidade, à segurança e à soberania dos Estados (KARAM, 2007, p. 187). Os cartéis, especialmente, são associados à violência, ao terrorismo, ao controle de bancos (reforçando o estereótipo financeiro de lavagem de dinheiro), construindo um consenso em torno de políticas e estratégias de cooperação internacional, principalmente na América Latina, interferindo na legislação nacional de combate (OLMO, 2003, p.133/136).

Tal cooperação internacional, por sua vez, fez com que esse milionário mercado se expandisse, se ramificasse e se tornasse um negócio vultoso do ponto de vista econômico e nefasto ao mesmo tempo pelas suas consequências sociais e políticas. Isso porque, as ações policiais custam caro aos Estados, o dinheiro movimentado não é convertido em impostos e serve para consolidar um sistema penal que também retira lucro desse meio por seus elementos ilegais, “mas manejáveis por sua organização [...]. Este é um instrumento para gerir e explorar as ilegalidades” (FOUCAULT, 2013b, p.265).

Portanto, as organizações internacionais acabam por corromper as estruturas da administração pública, as atividades comerciais e financeiras lícitas e a própria sociedade, além de fomentar a indústria bélica que precisa ser alimentada, em virtude da guerra às drogas. Outra consequência nefasta dessas ações militarizadas é o fato de que, apesar do tráfico movimentar quantias cada

vez mais altas em dinheiro e das ações policiais serem cada vez mais fortes, elas se voltam contra o traficante de droga a varejo nas comunidades humildes, o qual não representa ameaça à continuidade e ao poder dessas organizações ao ser preso ou morto.

As relações econômicas desse mercado inserem o ser humano num instrumento, ou capital produtivo, tal como as demais atividades formais e regulares do sistema econômico tradicional, inclusive com escala de hierarquia e operacionalidade própria, sendo um “ramo” atrativo.

Assim e diante da sua grande capacidade econômica, os narcotraficantes foram redescobertos enquanto inimigos, considerando a estrutura, organização, hierarquia e formação de milícias armadas, repetindo a “(ir) racionalidade beligerante, mobilizando as agências de segurança à nova cruzada”, com a finalidade de maior controle, mais pressão econômica nas nações andinas, a criação e manutenção da indústria bélica dos países centrais (CARVALHO, 2013, p. 116).

Nesse contexto, Foucault (2012b, p.20) afirma que o objetivo do poder é gerir a vida dos homens, o que, diante do cenário descrito é alcançado, uma vez que cada um ocupa um lugar determinado, cumpre sua utilidade econômica, tendo o controle penal diminuído a capacidade de resistência.

Sendo assim, as relações de poder exercidas pelo proibicionismo com ações policiais aumenta o controle sobre as pessoas (ligadas direta ou indiretamente à drogadição) e sobre as nações, principalmente consideradas produtoras ou rota de escoamento do tráfico. Desse modo, os países centrais mantêm seu poder político e econômico, enquanto fazem dos demais alvos de ações militares, com intuito de dominar e aproveitar suas possibilidades econômicas, com a justificativa de proteção e combate às drogas.

A política proibicionista e suas relações são tão poderosas quanto sutis e não revelam seus verdadeiros objetivos e efeitos negativos, inclusive são encampados por diversos Estados e pela população, essa levada a crer nas promessas de segurança, por meio da repressão ao tráfico e consumo de drogas, desconsiderando seu aspecto antropológico e as peculiaridades de cada sociedade. No Brasil, a nova lei de drogas, n.11.343/06, consolidou a lógica beligerante e o “discurso jurídico-político no que tange à repressão ao tráfico de entorpecentes. Mesmo assim,

não houve aumento na segurança, diminuição do consumo, nem melhorias significativas na atenção à saúde e tratamento de usuários de drogas, contra o qual permanece o preconceito moral. O proibicionismo se mantém, conservando a lógica de guerra contra traficantes que resulta em violações constantes de direitos fundamentais da população, principalmente das classes mais humildes.

Os setores populares, sobretudo os grupos nativos mais débeis, apesar de em sua imensa maioria não participar do comércio e do plantio ilegal, acabaram sofrendo os efeitos perversos da política beligerante pelo simples fato de residir em zonas de conflito, comungando o processo de vulnerabilização deflagrado contra a população dos morros do Rio de Janeiro quando da experiência brasileira de intervenção militar. (CARVALHO, 2013, p. 116).

O Estado abandona os setores mais pobres que disputam o mercado de drogas, travando conflitos locais, enquanto a polícia tenta exterminá-los, cumprindo o papel da guerra. Em consequência disso os direitos fundamentais não podem ser realizados, em que pese estarmos num Estado Democrático de Direito.

Diante desse panorama, fica claro que os discursos da política proibicionista, embora apresente argumentos para justificá-la, na verdade, não se desenvolve racionalmente no sentido científico-empírico. Isso porque, após mais de meio século de proibicionismo, o mercado da droga continua expandindo, se ramificando e se tornando um negócio muito rentável no âmbito econômico e trágico, sob o prisma de suas consequências sociais. Ademais, a partir de uma simples observação, é possível verificar que, apesar da repressão a toda cadeia produtiva (plantio, colheita, distribuição, transporte, venda e uso), tanto consumo, quanto tráfico aumentaram. Enquanto o debate sobre as drogas permanecer com discursos reducionistas em termos de verdade e erro, amigo inimigo, como se fossem questões ou fatores opostos ou que se encontrem em lados opostos, não será possível avançar no debate do tema e buscar sua melhor compreensão e efetividade do regime democrático e, conseqüentemente, a realização dos direitos fundamentais.

### **3.1.1 Discurso Médico**

Considerando os objetivos do presente estudo, voltamos especial atenção ao discurso médico-jurídico do proibicionismo, tendo em vista que a internação compulsória (tratada no capítulo seguinte), instrumento integrante da política de drogas brasileira, é justificada por um viés científico e para o fornecimento de tratamento, muito embora a prioridade do compromisso firmado na atual política seja o tratamento ambulatorial, por meio dos CAPSAD's na rede pública.

É importante esclarecer que esse discurso emerge e se justapõe com os demais, principalmente o moral, posto que a partir do consenso de que o usuário é um doente, o discurso médico caminha no sentido de que é preciso tratá-lo de qualquer maneira.

O discurso médico se iniciou com modelo sanitário, tentando qualificar as drogas como problema de saúde pública, fundamentado em opiniões de especialistas (OLMO, 1990 p.30). Sob a ótica sanitaria, o usuário é um doente e deve ser ministrado um tratamento para sua reabilitação. “O discurso médico (produto da difusão do modelo médico-sanitário), ao considerar o drogado um ‘doente’ e a droga um ‘vírus’, uma ‘epidemia’ ou uma ‘praga’, serve para criar o estereótipo médico’, mais especificamente o estereótipo da dependência” (OLMO, 1990, p.23/24). A conotação não poderia ser mais pejorativa, enquanto a intenção era resgatar o drogado para torná-lo como as pessoas ‘normais’ e saudáveis, ou seja, útil e produtivo como os demais. Daí percebe-se, o viés moral sendo reforçado e a necessidade de reenquadramento do indivíduo que não se molda às normas.

Com a chegada das diferentes drogas às camadas sociais que não eram associadas ao seu consumo, a quem se tentava proteger, o discurso médico coloca a droga como sinônimo de dependência, mas em termos de luta ‘entre o bem e o mal’ e a ser vista como um vírus contagioso (OLMO, 1990, p.78), o que implicou numa postura ainda mais excludente, pois percebeu-se que as substâncias, maconha, cocaína ou heroína, eram capazes de chegar à classe média alta e branca norte-americana que, por sua vez, precisava ser protegida.

No final da década de 1960, mais precisamente, aumentou a polêmica em relação ao caráter da doença, discutindo-se se era ou não biológica ou social e, na psiquiatria, essa relação estava

voltada à definição de diagnósticos e condutas terapêuticas na área da saúde mental. Em linhas gerais, a dependência de drogas foi classificada como uma doença crônica, um dos transtornos psiquiátricos que acompanha o indivíduo. Atualmente, diante dos contornos que a questão desenvolveu, percebeu-se a importância dos processos psicossociais na promoção da saúde, sem, contudo, descartar o caráter de doença (PRATES, *et al.*, 2014, p.324).

A compreensão da doença é ratificada tanto pelos discursos morais e de segurança pública, porém, esses discursos traduzem um conceito natural, definindo-a genericamente como se todos os usuários em todos os lugares padecessem da mesma doença, a qual ainda é percebida por eles como algo relativo a uma degeneração ou praga. Apesar da mudança da percepção pelo discurso médico, o valor moral e preconceituoso do modelo sanitarista ainda permanece, favorecendo a ignorância e a confusão existentes em relação às drogas, “inclusive seus condicionantes estruturais e político-econômicos” produtores dessa conduta e a reação a ela (OLMO, 1990, p.26).

Maria Rita Kehl (2003) afirma que a toxicomania é uma espécie de denúncia e problematização das relações sociais em geral. Ela destaca que o consumo de drogas (seja recreativo, social ou em razão do vício) é comum a todas as classes sociais, embora seus efeitos sejam mais nocivos sobre os estratos sociais mais vulneráveis. Quanto ao vício, especificamente, a psicanalista afirma também que cada toxicômano é único e cada um se vicia por razões e caminhos singulares, inexistindo um tipo clínico de toxicômano. De acordo com Kehl (2003), há consumidores ocasionais que não são dependentes (que desempenham as funções sociais normalmente), bem como os dependentes (químicos ou emocionais de drogas lícitas ou ilícitas). Essa confusão e a falta do devido esclarecimento entre consumo/adicção, potencial lesivo das substâncias sobre cada indivíduo, além das questões sociais e emocionais, com a percepção generalista de uma degradação física e psíquica do usuário dificultam o debate necessário e a compreensão acerca do tema para seu adequado enfrentamento.

Diante dessa afirmação, não é possível compreender todos os usuários da mesma forma e aplicar um tratamento padronizado sem considerar suas particularidades e especificidades. É sabido que

há diferentes tipos de usuários de drogas e o uso não significa dependência química<sup>10</sup>. Se considerarmos os usuários que se encontram nas ruas, cuja realidade denuncia problemas múltiplos com inúmeras razões e padecem de alta vulnerabilidade social e física, as quais, quando do tratamento, devem ser levadas em consideração, não cabe compreendê-los da mesma forma, tampouco padronizar seu tratamento.

Embora o posicionamento da psicanalista não seja isolado, diante das relações de poder estabelecidas pelo proibicionismo, especialmente por força dos valores morais, ele não ganha espaço no debate sobre drogas, sobre usuários e os possíveis tratamentos. Ao contrário, pelos dispositivos legais e a afirmação de valores morais como a abstinência, percebe-se a ‘criação’ de um universo de doentes maior que o número real, devendo ser tratados em hospitais psiquiátricos, em centros especializados de tratamento, públicos ou filantrópicos, ou ainda nas chamadas comunidades terapêuticas. Com esses dispositivos pretendem salvar, recuperar, tratar e até punir os drogaditos, pois a punição se refere à aproximação entre delito e pecado e o higienismo social, que não se importa para onde essas pessoas serão levadas.

Nesse contexto, é bom ressaltar que o poder não é apenas repressor, mas produtivo, pois ele controla suas consequências, suas verdades, subjetividades e lutas, enraizando “os fenômenos de resistência no próprio interior do poder” (REVEL, 2011, p.121). Ou seja, o poder proibicionista produz e controla eventuais resistências contrárias a ele, ao mesmo tempo em que estabelece verdades e subjetividades, o que explica porque é tão difícil perceber e dissociar-se do paradigma estabelecido e dos efeitos produzidos.

O reforço do estereótipo do usuário como doente/dependente, como se todos eles não pudessem falar por si só, carecedores de tratamento e tutela, por lhes faltar capacidade para discernir e decidir o que é melhor ou correto, cria-se também a crença de que o tratamento é salutar aos usuários e a própria sociedade, bem como sua ministração deve ser decidida por terceiros. Essa, evidentemente, é uma forma de silenciar qualquer fala ou prática discursiva por parte dos usuários e os excluir de eventual debate e do próprio convívio social. Ao considerar o drogadito

---

<sup>10</sup> Segundo Dartiu Xavier (2013c), há basicamente dois tipos de usuários de drogas, o usuário recreacional e o dependente. A diferença entre eles é que o primeiro é capaz de determinar qual a substância que ele usa, quando usa, com quem e a quantidade que usa. Enquanto que o dependente faz uso abusivo, pois perdeu essa capacidade de estabelecer uma relação com seu objeto de consumo.

doente, alienado ou louco, seu “discurso não pode circular como o dos outros: pode ocorrer que sua palavra seja considerada nula e não seja acolhida, não tendo verdade nem importância” (FOUCAULT, 1999 p. 10-13). Porém, apesar de usuários e sua capacidade de decisão serem desqualificados, uma pesquisa realizada pela Fiocruz (2013) revelou, dentre outros fatores, que 78,9% (setenta e oito vírgula nove por cento) dos mais de 7000 (sete mil) usuários de crack em situação de rua desejam se tratar, sem, contudo, haver serviços públicos disponíveis a eles.

Isso quer dizer que os drogaditos podem escolher pelo tratamento (opção mais adequada, principalmente segundo o proibicionismo e a sociedade), bem como compreendem que não há serviços públicos necessários satisfatórios para tanto. Como se vê, a capacidade de percepção, escolha e decisão desses ‘doentes’ não se encontra tão abalada quanto o proibicionismo afirma. Um discurso falacioso e moralizante se fortalece e cumpre a lógica do biopoder, fomentado pelo proibicionismo, no sentido de que os marginalizados precisam de um tratamento emergencial para dependência. A intencionalidade desse discurso é a manutenção das relações de poder e a gestão e controle da população excluída.

Percebe-se o exercício de uma forte interdição sobre os drogaditos por parte da política proibicionista corroborada pelo discurso médico, mesmo que a maioria não se enquadre nos casos de doenças e de uma eventual internação. Como um sistema de exclusão, eventual prática discursiva desse grupo é interdita antes mesmo de ser pronunciada efetivamente, posto que ela é esvaziada e desqualificada. Na verdade, trata-se de uma poderosa maneira de exclusão sem imposição de força física, de violência, o que evita revolta e oposição à referida política, ao mesmo tempo em que acarreta maior adesão ao consenso estabelecido por ela acerca dos loucos, incapazes e doentes.

A Nova Lei de Drogas repete o modelo de vigilância e controle dos indivíduos, prevendo punições a usuários que devem submeter-se a tratamentos ao invés de penas privativas de liberdade no âmbito penal. Apesar dessa impossibilidade de restringir a liberdade dos usuários, por meio de imposição de pena, a estrutura conferida pelo proibicionismo foi mantida, conservando, inclusive, mecanismos penais de controle relativos ao consumo. Nesse mesmo sentido, a imposição da lógica do tratamento volta a ser respaldada pelo modelo sanitário,

imposto pela nova lei que assume o paradigma da intervenção moral ao criminalizar uma conduta (CARVALHO, 2014, p.229). Ou seja, os usuários são diagnosticados de modo mais suave que o tratamento penal puro, aplicando-lhes cuidados terapêuticos, dos quais o mais dramático é a internação compulsória, na tentativa de cura por meio da abstinência.

Ao adotar a perspectiva da saúde coletiva e, uma vez que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo políticas sociais e econômicas [...]” (CR/88, art.196), não há dúvidas que aos usuários devem ser garantido o acesso universal e integral aos serviços de saúde. Porém, a nova lei de drogas protege a saúde pública em geral em que o perigo de lesão é presumido em caráter absoluto. É uma criminalização antecipada e violação ao princípio da lesividade, impossibilitando a efetivação do próprio direito à saúde.

A existência de delitos de perigo abstrato, sem danos efetivos ou concretos, justificado pela proteção à saúde pública de modo geral, cria inúmeros criminosos, sem que eles tenham causado qualquer lesão a outrem. Conforme a lei 11.343/06, a fabricação, a distribuição e a venda são atos considerados lesivos à saúde pública, maximizando o poder punitivo do Estado, o que contraria a própria democracia, ao antecipar o momento criminalizador e considerar fato típico uma conduta de perigo abstrato, em detrimento aos direitos fundamentais, em especial à liberdade e autonomia.

Nesse ponto, percebe-se uma contradição estrutural da política criminal e as ações de saúde pública (BASTOS, 2014, p.85), pois a integração e fornecimento dos serviços de atendimento clínico, ambulatorial e terapêutico são dificultados pela criminalização do consumo. E segundo a perspectiva da saúde pública, os princípios que regem o SUS e o que a CR/88 estabeleceu, a saúde não é apenas ausência de doença, mas um conjunto de ações para a qualidade de vida, o que o proibicionismo impede que seja efetivado.

Outro fator relevante que merece destaque é a imposição à clandestinidade da produção e da qualidade das substâncias ilícitas consumidas, uma vez que as mesmas não podem ser fiscalizadas, aumentando a possibilidade de serem adulteradas. A intervenção sobre o consumo reflete nas condições que o mesmo se efetiva, sendo realizado às escondidas, sem qualquer

assistência de saúde, sem condições de higiene e o devido cuidado, “cujas consequências aparecem de forma mais dramática na difusão de doenças transmissíveis como a Aids e hepatite”. Ademais, ainda há empecilhos para o emprego das substâncias psicoativas ilícitas para fins terapêuticos, impedindo que portadores de sofrimentos físicos tenham melhor qualidade de vida, expondo-os a riscos iminentes e contradizendo, mais uma vez, a justificativa do discurso médico de defesa da saúde, segundo alerta Maria Lúcia Karam (2007, p. 191/192).

É possível afirmar que a perspectiva da saúde coletiva, cujas ações devem voltar-se à integralidade da saúde das pessoas, falha nesse ponto, pois as substâncias são preparadas e distribuídas sem qualquer controle e qualidade, enquanto o consumo em si expõe os usuários a riscos de doenças e de eventuais ações policiais. Prevalecem os valores morais e a lógica belicista que expõe o usuário ao risco de morte em nome da proteção social, seja por meio de táticas de guerra, ou pelas perigosas substâncias que não se sabe exatamente o que são.

Como se vê, a reprovação moral de certa conduta corresponde à sua criminalização, a tutela da saúde torna a mesma conduta reprovável, legitimando sua criminalização ou reprovação no âmbito penal, convenientes ao proibicionismo, pois possibilitam a manutenção de suas práticas. Assim, a colocação do bem jurídico penal das drogas ilícitas na saúde pública encobre sua legitimidade. Complementando tal assertiva, a afetação da saúde pública somente seria possível se adstrita aos mandamentos de uma política criminal democrática, isto é, o tipo só poderia ser de perigo concreto ou de dano a um bem jurídico abraçado pela Constituição e leis internacionais de direitos humanos.

O viés higienista ainda permeia o discurso médico e fundamenta a proibição criminalizadora das condutas relativas às drogas ilícitas. Embora pretenda a prevenção geral e preservação da saúde física e moral, resta claro que o proibicionismo produz uma disparidade entre os objetivos declarados e os reais efeitos alcançados (o que é diferente). Ele promete que por meio da repressão a sociedade terá ordem, será livre das drogas e seus efeitos maléficos, a violência e consumo irão diminuir. Por outro lado, essa política, da simples observação, alcança efetivamente a morte em massa de pessoas em áreas de conflito policial, encarceramento em massa, limpeza social por meio de medidas interventivas e supressão de direitos fundamentais.

Desse modo, mesmo mantendo-se as estruturas formais do Estado de Direito, em verdade há reforço de um Estado policial que sobrevive, por meio do controle e vigilância permanentes das condutas dos cidadãos indistintamente, instituindo-se “espaços de suspensão de direitos fundamentais e de suas garantias” (KARAM, 2007, p. 194).

Portanto, é evidente a fragilidade do regime democrático no Brasil e a necessidade de rever as posturas e percepções da política e das ações estatais relacionadas às drogas. A compreensão do consumo de drogas como um fenômeno multifacetado, ou seja, com fatores genéticos, ambientais, psicológicos e emocionais e, principalmente, afeto a qualquer pessoa, pode indicar o início da superação da visão e do discurso dominante para o fortalecimento da democracia e efetivação de direitos fundamentais, em especial a saúde e a liberdade e autonomia.

## 4 A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E A PRÁTICA DO BIOPODER

### 4.1 INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: ACESSO À SAÚDE?

A internação compulsória de usuários de substâncias psicoativas está fundamentada na Lei nº 10.216/01. A lei é a base da Reforma Psiquiátrica, cujo projeto tramitou por onze anos no Congresso Nacional e, após algumas alterações no seu texto original, foi aprovada e entrou em vigor com o propósito claro de pôr fim aos manicômios e proteger os direitos dos portadores de quaisquer transtornos mentais.

Apesar das discussões acerca da inconstitucionalidade da Lei nº 10.216/01, por falta de previsão legal para aplicação da internação compulsória aos dependentes químicos, esse trabalho não discute este tema, mas analisa a medida tal como vem sendo implementada para favorecer interesses econômicos e políticos, na lógica do biopoder, que, da simples leitura da referida lei, não é difícil perceber a sua distorção.

O artigo 6º da Lei 10216/01 (BRASIL, 2001) prevê 3 possibilidades de internações psiquiátricas:

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

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

- I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Todas as três modalidades de internação devem estar acompanhadas de laudos médicos que atestem a necessidade da medida. A modalidade de internação que interessa nesse estudo é a compulsória determinada por decisão judicial, mediante pedido formulado pelas famílias dos usuários de álcool e outras drogas e pelo próprio Ministério Público:

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

Diante do que estabeleceu o dispositivo legal, a única exigência para a compulsória é a instrução do laudo atestando a necessidade da medida e a análise sobre o estabelecimento, sem, contudo, qualquer exame mais profundo e pormenorizado do paciente. Ou seja, da simples consideração de um laudo prévio, por meio de uma decisão do poder judiciário, um sujeito titular de direitos perde sua liberdade, ao ser submetido a um tratamento pelo qual não optou.

O laudo, geralmente fornecido num momento de crise, não é elaborado por uma junta médica ou por um profissional que acompanhou o paciente e o avaliou de modo mais seguro, conforme sua evolução. Ao contrário, é um laudo simples, atestado por um profissional que não conhece o paciente, que não sabe sobre suas necessidades, tampouco sobre outros aspectos relativos à saúde ou as suas condições de vida e relações familiares é capaz de garantir a necessidade da medida.

Outro ponto a ser destacado é o paciente, maior interessado no processo, não se manifestar acerca do pedido formulado contra ele. O interrogatório será a primeira oportunidade em que o juiz, o Ministério Público e o usuário terão contato.

Desse modo, é conferida muita importância ao laudo médico, pois somente ele é suficiente para fundamentar a decisão na fase inicial da demanda judicial. Essa constatação nos remete aos tempos em que Foucault, na História da Loucura, nos alerta sobre as experiências da loucura na era Clássica, no reconhecimento da loucura no direito canônico e no direito romano ligado ao diagnóstico médico. Desse modo, “apenas o médico é competente para julgar se um indivíduo está louco, e que grau de capacidade lhe permite sua doença” (FOUCAULT, 2013a, p.125).

Todavia, o poder médico não acaba com o que é atestado pelo laudo, pois a vida do paciente segue conforme o que é atestado nesse documento. Embora o processo judicial continue e o paciente possa ter a medida suspensa ou cessada definitivamente, o período em que foi privado de sua liberdade não é devolvido, a violação de seu direito fundamental à liberdade e autonomia não se desfaz. Nesse sentido, é imperioso destacar que a lei 10.216/01 constituiu as bases da reforma psiquiátrica brasileira e um de seus objetivos era a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais, o que, neste caso, não ocorre.

As cenas divulgadas amplamente pela mídia das chamadas cracolândias<sup>11</sup> geram uma espécie de pânico e reacendem o desejo de proteção social, bem como provoca a discussão do acerto ou não da internação forçada dos usuários de drogas pelas ruas. Para Coelho e Oliveira (2014, p. 363), as classes média e alta, se sentindo acuadas, defendem as ações de internação forçada dessas pessoas, sob o argumento de que representam perigo em potencial para o seu livre trânsito. O poder público, por sua vez, afirma está preocupado com a saúde daquelas pessoas e para tanto, precisam retirá-las das ruas para tratá-las.

Assim, a escolha política para a promoção da saúde dos usuários de drogas e para proteger a população foi a internação contra a vontade para fins de tratamento, nos remetendo mais uma vez ao papel selecionador da psiquiatria e a lógica biopolítica, em que a vida de uns vale mais do que a dos outros, sendo cabível até a morte (no caso, a internação) para que a sociedade sadia e normal sobreviva de maneira ordeira.

A atitude da burguesia, referencial de vida e comportamento, diante da internação compulsória é individualista, querendo seu direito de ir e vir garantido sem as cenas promovidas pelos usuários nas ruas, tampouco quer correr risco de vida, pois enxerga na dependência química um problema de violência exclusiva contra eles, sem, contudo, refletir sobre a violência causada ao submeter o dependente ao tratamento forçado. Sob a ótica das autoridades públicas, o argumento da proteção à saúde não convence, pois fica claro o objetivo de ‘higienizar’ a cidade (COELHO e OLIVEIRA, 2014, p.364).

Portanto, é questionável a postura do Ministério Público ao pleitear e atuar em processo em que a internação compulsória é solicitada e do Poder Judiciário ao ratificar uma medida evidentemente higienista, uma vez que a internação sequer significa acesso à saúde. A medida significa a pretensão de pôr fim à questão sem encará-la e enxergá-la a partir da ótica do usuário para compreender sua complexidade e assim conseguir realizar alguma ação mais adequada.

---

<sup>11</sup> Fenômeno de cenas abertas, visíveis aos olhos do público em geral e da grande imprensa, definido como cracolândias. Mas tal conceito e formato correspondem a uma vertente minoritária, das cenas de uso de crack em todo país (BASTOS, 2014, p.81/82). Além disso, nesses locais a incidência do uso de álcool, muitas vezes, é maior.

Além disso, outro ponto a ser questionado é o requerimento da alta do paciente internado compulsoriamente. O artigo 8º, §2º da Lei 10216/01 (BRASIL, 2001) afirma que:

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

Como se vê, a exclusão da fala do paciente permanece até a alta do tratamento. O usuário, agora reabilitado (portanto, capacitado para responder pelos seus atos) não pode sequer solicitar sua alta, ou seja, mesmo após passar pelo tratamento imposto, ele continua com o estereótipo do doente, dependente e por isso não pode solicitar alta junto ao juiz que determinou sua internação. Esse dispositivo legal evidencia que a manutenção do estigma de doente sobre o reabilitado também é violador de direitos, especialmente a liberdade e autonomia e dignidade humana.

Nesse sentido, o internamento torna-se uma prática disseminada de tutela que, associada ao paradigma da abstinência, não considera os usuários e dependentes pessoas autônomas e de direitos (MACERATA, *et al.*, 2014,p.37). A autonomia só é legitimada em casos de normalidade e isso não se aplica aqueles que passam ou passaram pelas experiências com drogas e nas ruas. Essas intervenções de usuários de drogas nas ruas criam e ratificam a figura do estereótipo do dependente químico, geralmente pobre, inserida no contexto de governo do biopoder.

O tempo da internação é outro elemento a ser destacado, pois a internação compulsória ‘condena’ (juridicamente não é condenação penal, mas, na prática, a privação de liberdade é semelhante à prisão) o dependente químico à reclusão em determinada instituição, por tempo indeterminado contra sua vontade. Assim, se torna mais grave que a própria prisão penal, em que o condenado penalmente sabe quando começa e termina sua pena e quando terá direito à progressão de regime prisional. Por outro lado, o usuário internado não sabe quando lhe darão alta. Violados, portanto, os princípios do devido processo legal, contraditório e ampla defesa e da razoabilidade.

Na base do dispositivo da internação compulsória estão articulados dois paradigmas implicados no que diz respeito à questão da droga na sociedade moderna: o paradigma da abstinência e o paradigma de guerra às drogas; e a ainda, ligado a esses paradigmas, uma certa concepção de

cidade e ordenamento do espaço público: a cidade como empresa e o espaço público limpo daqueles considerados degradados (MACERATA, *et al.*, 2014, p. 25).

As intencionalidades do biopoder são devidamente percebidas e efetivadas a partir da implementação da internação compulsória, que protege a raça que merece viver e a que pode morrer. A vida que pode ser internada, recolhida, excluída, alijada de seus direitos e garantias fundamentais longe dos olhos da sociedade ‘sadia’ e sem representar perigo à ela.

Não se trata apenas de limpeza, mas da justificação do recolhimento de pessoas, cujas vidas são consideradas indignas ou desvalorizadas e, por isso pode-se submetê-las às medidas de exceção (AGAMBEN, 2010, p.149).

As experiências da rua e das drogas aparecem como desvios que é (sic) preciso reordenar. A distância que a sociedade mantém com esta realidade das ruas – sua própria realidade – gera um recorte na sociedade onde são identificadas vidas sem qualificação. Vidas que podem ser recolhidas como quem recolhe o lixo, potencial vetor de doenças, inimigo da saúde da cidade. O contexto que envolve o dispositivo da internação compulsória está diretamente relacionado ao que Foucault chamou de biopoder (MACERATA, *et al.*, 2014, p.46).

A medida da internação compulsória se direciona aos sujeitos vulneráveis e aos territórios ocupados por eles para reordená-los, articulando proteção social e segurança pública. Estão presentes o dispositivo da guerra, da abstinência e da ordem pública associados para intervir na vida, na gestão do espaço e do corpo, coagindo os sujeitos alvo dessa internação a reproduzirem um tipo de vida de uma determinada norma e, a partir desta estabelecer a separação e morte da vida da raça inferior, do anormal que vai deixar a vida em geral mais sadia (FOUCAULT, 2005, p. 305).

Cumprir destacar ainda que o direito à saúde por certo não é garantido por meio da internação compulsória, tampouco o fora antes que os usuários chegassem ao ponto de serem alvos da medida. Na verdade, essas pessoas são carecedoras de outras políticas e serviços públicos. Mas no que se refere à saúde, especificamente, são carecedores da atenção primária de saúde na rede pública, de serviços ambulatoriais e terapêuticos oferecidos nos CAPS e nos CAPSAD, acompanhamento para as famílias dos usuários e ações pedagógicas (conforme previstos na

política de drogas), dentre outros. Antes da compulsória todas as demais medidas de tratamento devem ter sido efetivamente esgotadas sem êxito. A necessidade da internação denuncia a falha no sistema de saúde que não foi suficiente e eficaz para evitar que o problema chegasse ao ponto de internar. Portanto, caso a política de drogas e seus aparelhos fossem implantados e efetivos, a justificativa da internação ou o que a desencadeia não seria necessária.

Nesse ponto é importante lembrar que o foco da pesquisa é a internação compulsória voltada aos usuários de drogas, maiores de 18 anos e em situação de vulnerabilidade, pois é uma medida extrema que vem sendo adotada, sem que as demais opções de tratamento previstas na política de drogas e na lei 10216/01 sejam efetivadas e acessíveis a esse grupo marginalizado e excluído socialmente. Ademais, não se pretende ignorar os pacientes psiquiátricos com transtornos mentais graves com necessidade de internação. A internação compulsória tem o seu lugar, em casos extremos como pacientes em crises ou com surtos psicóticos. Ainda assim, sua aplicabilidade é restrita aos casos raros em que as demais tentativas falharam. O prazo deve ser o mais curto possível e/ou enquanto durar a crise e a continuidade do tratamento na rede de atenção e nos CAPS. Esses pacientes tem direito à saúde, por isso a previsão da medida compulsória, bem como os demais serviços de saúde mental da rede pública precisam ser implementados.

O direito à saúde é amplo e se refere a todas as pessoas indistintamente, nem se restringe às ações restritas à saúde, mas ações de outras áreas do conhecimento e do governo. Elda Bussinguer (2008, p.86) afirma:

Devem as políticas públicas trabalhar no sentido de prever e implementar ações garantidoras desse direito, tendo como base seu conceito mais amplo e que envolve, no caso, não apenas as ações diretamente ligadas à saúde e de responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, mas de todos os demais Ministérios e Secretarias de outras áreas que possam ter vinculação com esse direito, tais como: Ministério do Meio Ambiente, Ministério das Cidades, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Ministério da Cultura, Ministério do Desenvolvimento Social, etc.

Isso significa que muitos problemas de saúde, inclusive os atrelados à drogadição podem ser tratados e resolvidos não apenas sob a ótica e responsabilidade das políticas de saúde, mas numa articulação de setores e interesses diversos na promoção e garantia ao direito à saúde que não podem ser ignoradas.

Outra questão de saúde que a internação compulsória denuncia é, mais uma vez, a falha na atenção e cuidado específicos aos usuários de álcool e outras drogas. Embora a política de drogas tenha determinado, dentre outras coisas, a qualificação de profissionais da saúde para lidar com os usuários de drogas, essa determinação não foi devidamente observada. Os profissionais que realizam a abordagem dos drogaditos nas ruas não tiveram a qualificação determinada por lei de modo satisfatório:

[...] o recolhimento é feito, via de regra, por agentes sem nenhum tipo de formação na área da saúde ou da assistência social e que não tem nenhuma relação de vínculo ou mesmo qualquer tipo de contato prévio com a pessoa a ser recolhida. O critério avaliativo para a escolha de quem deve ser recolhido se dá por estereótipo: aparência pessoal, local onde mora, classe social, etc (MACERATA, *et al.*, 2014, p.44).

Desse modo, a chegada à medida extrema demonstra a total falha do sistema de saúde e seus processos e atendimentos anteriores à ela. E, a essa falha os órgãos fiscalizatórios do estado, inclusive o Ministério Público devem estar atentos para exigí-los.

#### 4.2 A APLICAÇÃO DA METODOLOGIA

Antes de adentrar na verificação do campo prático acerca da implementação da internação compulsória com a contribuição das entrevistas realizadas durante a pesquisa, é importante abordar a metodologia utilizada e apontar as categoria analíticas identificadas no desenvolvimento do estudo, a partir das entrevistas realizadas e das análises teóricas levantadas.

A metodologia utilizada foi a análise de discurso, tendo em vista o intuito de construir conhecimentos de aplicação e conferência no campo prático para melhor compreensão da problemática proposta, afastando-se das metodologias tradicionais, instituindo-se um novo espaço epistemológico produzido no âmbito dos estudos da linguagem, um processo de rupturas de continuidades. Orlandi (2007, p.91) afirma que na análise de discurso (AD) não é por meio do conteúdo que se chega “à compreensão de como um objeto simbólico produz sentidos”. Assim, o que se pretende pela análise de discurso, é desvendar significados, buscando compreender a maneira como os cenários e as forças atuantes nos discursos produzem sentidos. A presente pesquisa qualitativa implica na interpretação dos sentidos e significações conferidos (TURATO,

2003, p. 168) aos fenômenos, com natureza exploratória, descritiva, explicitando a temática proposta de modo a aprimorar seu conhecimento, por meio de levantamento bibliográfico.

Na verdade a análise de discurso não se trata de uma metodologia de pesquisa propriamente dita, embora alguns autores a tratem como tal, mas “uma disciplina de interpretação fundada pela inserção de epistemologias distintas, pertencentes às áreas da linguística, do materialismo histórico e da psicanálise” (CAREGNATO e MUTTI, 2006), aproximando-se da hermenêutica crítica que avalia a função da linguagem na construção do mundo social, estabelecendo identidades, relações e sistemas de conhecimentos e crenças. A análise de discurso também pode ser vista como uma teoria que tem como objeto de estudo o próprio discurso em que reconhece a dubiedade de sentido de uma mesma palavra ou construção linguística. Mais do que isto, faz aparecer e desaparecer as contradições dialéticas, mostrando o jogo que elas desempenham no texto, dando acesso aos sentidos produzidos pela “inscrição socioideológica e histórica dos sujeitos envolvidos” (FERNANDES, 2008, p.60), exatamente como pretendido nesse estudo.

Segundo Maingueneau (2006, p.1), a pesquisa em ciências sociais que utiliza a abordagem de discurso não se apoia na Linguística, apesar de ter uma forte ancoragem nesta, sua abrangência é maior. A análise de discurso foi empreendida como construção de um olhar sobre as práticas languageiras e o redimensionamento do objeto de análise, apresentando diversos atos de sua fundação, como correntes pragmáticas, linguística textual e ainda as problemáticas de Michel Foucault. A escolha dessa metodologia também levou em conta o fato de que, o referido filósofo, marco teórico desse estudo, utiliza a análise de discurso em seus apontamentos teóricos e construções analíticas. Sendo assim, adotou-se a análise de discurso filiada à tradição francesa, utilizando-se esse método como um “espaço de pleno direito dentro das ciências humanas e sociais, um conjunto de abordagens que pretende elaborar os conceitos e os métodos fundados sobre as propriedades empíricas das atividades discursivas” (MAINGUENEAU, 2006, p.2). Isso, por certo, não significa que referida metodologia se reduz a uma disciplina empírica.

Ressalta-se que a noção de formação discursiva ganhou destaque com a Análise de Discurso de tradição francesa. Enquanto Michel Foucault (2012a, p.39/40) recusou a noção de ideologia, que para ele seria demasiado carregada de “condições e consequências” e inadequada para dar conta

dos sistemas de dispersão dos discursos, para Michel Pêcheux (1983, p.160), a formação discursiva se associa ao mecanismo revolucionário da luta de classes. Segundo ele, a formação discursiva é, numa formação ideológica, determinada pelo estado da luta de classes, estabelecendo-se o que pode e deve ser dito (PÊCHEUX, 1983, p.160). Apesar das diferentes abordagens dos autores, tentou-se por meio da análise de discurso conferir os sentidos dos discursos, sua produção e reflexos.

De acordo com Foucault (2012a, p.131) o discurso constitui uma série de acontecimentos que o situa na dimensão histórica e se materializa na linguagem em forma de enunciados. É “um conjunto de performances [...] um conjunto de sequências de signos”, um conjunto de enunciados que se apoiam na mesma formação discursiva. Assim, verifica-se as regras de formação (desconstrução) e o acesso às condições de existência que lhes dão sentido.

A análise de discurso “trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido; pode-se afirmar que o *corpus* da AD é constituído pela seguinte formulação: ideologia + história + linguagem” (CAREGNATO e MUTTI, 2006), por isso volta-se a atenção às contradições para mostrar o jogo que elas desempenham no discurso e dar acesso aos sentidos produzidos pela sua “inscrição socioideológica e histórica dos sujeitos envolvidos” (FERNANDES, 2008, p.60).

Desse modo, quanto ao tema proposto buscou-se compreender as condições de possibilidade do discurso que estabelecem ou legitimam a necessidade marcada na memória social (corpo sócio-histórico-cultural compartilhado), entrecruzado pela interdiscursividade (várias vozes sociais que se expressam na fala do sujeito) (FOUCAULT, 2012a, p.142/144). É por meio desse recorte que se identifica fragmentos dotados de sentido (associações semânticas) e sua trajetória. O objetivo principal dessa abordagem metodológica é interrogar o verdadeiro sentido de um discurso que envolve, além dos significados das palavras em uma estrutura sintática, os papéis sociais de cada interlocutor. Esses papéis sociais, por sua vez, são frutos de construções históricas e de disputas de/por poder.

Sendo assim, é preciso verificar o que leva ao discurso da necessidade de implementação da internação compulsória sobre drogaditos em vulnerabilidade social no cumprimento de certa função dentro de um sistema estratégico que não se reduz a fala e às práticas, mas faz parte de um contexto histórico, social e de procedimentos de exclusão contínuos. Portanto, pela contribuição dessa forma teórico-metodológica pode-se conferir a imposição do discurso sobre a internação compulsória, analisando sua condição de possibilidade, os efeitos do poder e os direitos de liberdade e autonomia dos usuários de drogas em situação de vulnerabilidade, especialmente.

#### **4.2.1 A Constituição do *Corpus***

Após a definição da temática e objetivos da pesquisa passou-se ao levantamento do material que viesse a constituir o *corpus* do trabalho. Assim, o presente estudo qualitativo de natureza exploratória e descritiva foi desenvolvido por levantamento bibliográfico de obras do filósofo Michel Foucault e bibliografias pertinentes ao tema proposto, bem como utilizou-se entrevistas abertas em profundidade na busca de dados, proporcionando reflexão acerca das condições de produção do discurso, apreendendo seu sentido real referente à medida interventiva sobre usuários de drogas. Considerando os objetivos traçados na pesquisa, analisou-se a política de drogas do governo Federal e a internação compulsória, em particular, com uma vertente crítica que, por meio da abordagem de discurso desvelou seu contexto de desenvolvimento e o modo da ação estatal no mundo concreto. Tentou-se compreender um evento discursivo e uma prática social que refletem as relações de poder.

Dessa forma, levantou-se o material para a constituição do *corpus* do trabalho. Além da pesquisa bibliográfica e com vistas ao enriquecimento e complementação da análise, teve-se a preocupação de delimitar o *corpus* por meio de material oriundo de entrevistas abertas e semi-estruturadas focadas no tema proposto junto aos promotores de justiça, conferindo o trato e as ações junto aos usuários de drogas sobre os quais são impostos a internação compulsória.

A pesquisa de campo realizada por meio de entrevistas para coleta de dados aprofundados da realidade do tema conferiu as atitudes, valores e opiniões dos entrevistados em relação ao objeto de estudo. As entrevistas foram feitas pessoalmente pela pesquisadora, junto aos representantes

do Ministério Público estadual que atuam na primeira instância, com atribuições específicas da saúde das Comarcas da Capital, além de um promotor de uma Comarca do interior, com idênticas atribuições.

A escolha desses promotores como sujeitos entrevistados foi devida, principalmente, às atribuições constitucionais conferidas à instituição ministerial, nos termos do art. 127 da CR/88, cabendo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Ademais, tendo em vista que a internação compulsória coloca em xeque direitos e garantias fundamentais, principalmente, liberdade, autonomia e saúde, entendeu-se relevante verificar o modo de agir da instituição para compreender o discurso acerca da medida, a legitimação de sua necessidade, os critérios adotados para seu requerimento e manutenção, seus efeitos práticos e, o posicionamento efetivo adotado por aqueles que devem proteger os princípios constitucionais diante de intervenções como a internação compulsória.

Para a escolha da área específica da saúde, considerou-se a organização interna do Ministério Público Estadual, segundo a qual, cada promotor é nomeado responsável por determinada matéria e em determinada Comarca, com o dever de acompanhar, fiscalizar e cobrar judicial ou extra judicialmente a implementação dos aparelhos de Estado, em observância à lei. Cabe esclarecer que somente as Comarcas da Capital do Espírito Santo (exceto a de Viana) possuem promotores específicos para a saúde. No interior, somente as Comarcas de São Mateus, Colatina e Cachoeiro de Itapemirim têm promotores específicos da saúde. Nas demais Comarcas do Estado, os promotores acumulam atribuições de matérias diversas. Em razão da organização da instituição, um promotor do interior, com atribuição específica da saúde também foi entrevistado, para conhecer seu discurso, prática e o contexto do interior, bem como conferir a se há ou não diferenças em relação aos promotores da Capital.

Foram ouvidos 06 (seis) promotores da saúde ao todo, por meio de entrevistas semi-estruturadas, com predeterminação das perguntas, as quais nenhum deles teve conhecimento prévio, possibilitando que os entrevistados discorressem livremente sobre o tema, inclusive com obtenção de dados e indagações que não foram originalmente previstas. Em razão da liberdade conferida aos sujeitos entrevistados, percebeu-se seus descontentamentos e as dificuldades

enfrentadas no desempenho de suas funções, bem como seus reais posicionamentos diante da internação compulsória. Consequentemente, foi possível desvelar o discurso e o modo de atuação efetiva desses membros do Ministério Público Estadual. As entrevistas não buscavam conferir apenas o cumprimento ou não dos deveres institucionais ministeriais, mas analisar de forma aprofundada o discurso e seu reflexo nas ações desses profissionais, em relação à temática. As entrevistas possibilitaram a análise de discurso de todo o contexto social, ideológico, histórico e linguístico dos entrevistados.

Cabe ressaltar ainda que as entrevistas mostraram-se ricas no que tange à diferença entre o que estabelece os dispositivos legais atinentes à internação compulsória e a política de drogas, bem como em relação às atribuições dos promotores de justiça. Isso porque, apesar das determinações e possibilidades legais, há inúmeras e significativas limitações no campo prático que impedem a ação e participação ativa desses promotores de modo a garantir e preservar a liberdade e autonomia dos drogaditos. Durante as entrevistas, os promotores da saúde demonstraram suas ideias e valores, inclusive, deixaram claro suas insatisfações, especialmente em relação à omissão do Estado, a qual, por sua vez, influencia negativa e diretamente nos trabalhos relativos à saúde.

Após a realização das entrevistas e suas transcrições na íntegra foi feita uma primeira leitura de todas elas na procura de identificar as unidades de significado nas falas dos *corpus*. O objetivo era encontrar os núcleos de sentido do discurso proferido que permitiu construir categorias analíticas de como a internação compulsória se efetiva, a existência de violação de direitos, o desempenho dos entrevistados na defesa dos direitos fundamentais dos indivíduos submetidos à medida, em especial a liberdade e autonomia. Em seguida, concluídas as leituras bibliográficas e das entrevistas, analisou-se as unidades de sentido que se mostraram mais significativas, na verdade, unidades de análises mais afetas aos usuários de drogas em situação de vulnerabilidade, passando-se a um processo de articulação dessas unidades.

Os trechos mais importantes das entrevistas, que remetem às unidades de análises identificadas e pertinentes com a temática proposta, foram utilizados diretamente no texto. Eles se encontram recuados à direita ou no desenvolvimento do texto entre aspas, como é feito nas citações diretas.

Todavia, os referidos trechos destacados não são citações propriamente ditas, por essa razão, muitas vezes foram usados conjuntamente e sem comentários entre cada um desses trechos.

Foram identificadas inco unidades concretas de significados. Todas as unidades de análises<sup>12</sup> encontradas foram transcritas e identificadas a partir das falas dos entrevistados indicados pela letra E (entrevistado), seguidas do número ordinal da entrevista da qual foram retiradas. As unidades de análise mais importantes identificadas foram:

1. Drogaditos;
2. Exclusão social;
3. Vulnerabilidade;
4. Subjetivação; e
5. Liberdade e autonomia.

Segundo Kientz (1973, p.157), a unidade de análise trata-se da “verdadeira unidade de significação, o átomo da análise [...]. É uma das unidades mais preciosas de que dispõe o pesquisador”. Essa análise qualitativa, por meio das mencionadas unidades, possibilitou não somente a busca pelo sentido e significação do discurso, mas a conferência detida de cada categoria, por meio de um exercício interpretativo do marco teórico estabelecido e a temática proposta, desvelando como cada uma delas identificadas influencia na implementação da internação compulsória de drogaditos.

#### 4.3 O PROCESSO ASSOCIATIVO DAS UNIDADES DE ANÁLISE E A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

As unidades de análise foram levantadas a partir da decomposição do *corpus*, ou seja, após leitura das obras do marco teórico e demais textos pertinentes, bem como a transcrição e análise detida das falas dos entrevistados nesse estudo. Os critérios utilizados para a escolha dessas unidades foram: a frequência nos textos e nas entrevistas; o processo associativo entre diversos termos que

---

<sup>12</sup> No presente trabalho unidade de análise e unidade de significação tem o mesmo significado.

remetem às mesmas unidades; e a análise qualitativa, ou seja, na busca de maior significação ao discurso, além dos significados devidamente mencionados.

A frequência não foi tomada enquanto quantidade estatística, mas na ampla acepção daquilo que se repete, o que permitiu medir a intensidade e a importância de determinada unidade. Esse critério possibilitou identificar as palavras “chaves”, os temas principais e os centros de interesses.

O processo associativo utiliza frequência, lhe conferindo sentido ao tratar das relações existentes entre elementos do *corpus* e associações em outros espaços, inclusive incidência de determinados significados e sua organização entre si. Foi nesse sentido que as escolhas foram realizadas.

A expressão “drogadito” foi escolhida por ser um termo com alta carga valorativa incompatível com a base teórica, razão suficiente para seleção, bem como pelas citações pelos entrevistados e por parte dos textos bibliográficos. A “exclusão social” foi selecionada, pois todos os entrevistados, pesquisas empíricas utilizadas durante a pesquisa e bibliografias consideram essa unidade como fator importante em relação aos estudos sobre drogas e os usuários. A categoria “vulnerabilidade”, embora citada apenas uma vez, foi selecionada como unidade de análise, devido à importância para o tema proposto, bem como a partir da interpretação de sentido de todo o contexto descrito pelos entrevistados e demais fontes bibliográficas utilizadas. Assim, face à metodologia aplicada, AD, e da relevância dessa categoria ela foi selecionada. A subjetivação foi escolhida em razão do processo que todos os indivíduos passam, implicando na sua forma de ser, ver, ser visto e se colocar no mundo. Considerando os fatores psicossociais que envolvem a temática e os delineamentos teóricos de Foucault essa unidade mereceu ser analisada. Finalmente, a liberdade e autonomia é um direito fundamental atingido frontalmente pela internação compulsória e por quaisquer outros tipos de controle social, bem como é o direito fundamental central analisado pela problemática proposta e, especialmente pela percepção garantista adotada por parte dos entrevistados, essa unidade de análise mereceu especial atenção. Desse modo, ao mesmo tempo que a análise de frequência nos aponta a incidência de determinados significados em um texto, a análise associativa nos permite determinar como eles estão organizados entre si. (BUSSINGUER, 1988, p.76). Essa associação coloca no centro da

pesquisa os elementos isolados dos *corpus* e as relações que eles mantêm mutuamente, para conhecer os conceitos, valores e estereótipos de uma mensagem, assim como se pretende com as unidades selecionadas.

Segundo Kientz (1973, p.170-172), o processo associativo é indicado para estudos de modelos, sistema de valores, imagens e estereótipos, sendo definido como “a descrição das estruturas de associação num sistema”. Pela pesquisa bibliográfica e as entrevistas realizadas foi possível compreender os conceitos, percepções, posicionamentos e valores atinentes à internação compulsória e sua implementação.

Após a análise de todo o material escolhido, retirou-se a amostra mais representativa, submetida ao agrupamento a partir de características comuns ou aproximações. Estes agrupamentos e análises visaram identificar categorias representativas e apropriadas ao *corpus*. Para Elda Bussinguer (1988, p.70), o agrupamento das unidades é um processo de análise que ocorre durante as etapas da pesquisa, culminando na “construção de um corpo de categorias adequado ao material analisado”. Da mesma maneira ocorreu na presente pesquisa, chegando-se às unidades de análises: drogadito, exclusão social, vulnerabilidade, subjetivação e liberdade e autonomia. É importante ressaltar também que, durante esse processo, foram verificadas mais categorias analíticas, porém, considerando a problematização e os objetivos da pesquisa em questão, voltou-se a atenção às referidas unidades de significação, as quais foram analisadas pormenorizadamente adiante.

Na análise proposta não houve pretensão de esgotar a interpretação e as possíveis compreensões acerca do tema, pois de acordo com Capalbo (1984, p.140) a compreensão verdadeira jamais é plena, totalmente clara ou transparente, sendo impossível conhecer o fenômeno na sua totalidade, pois ele se mostra em perspectivas e seu sentido faz-se a partir de diferentes lugares. Pretendeu-se, pois, compreender melhor o tema, considerando os discursos falados e escritos, as práticas e os efeitos produzidos por eles.

### 4.3.1 Drogadito

Essa unidade de análise foi encontrada em diversos textos da bibliografia utilizada e pelos entrevistados, quando da pesquisa de campo, para designar usuários de quaisquer drogas e dependentes sem diferenciá-los. Durante as entrevistas, especificamente, o termo foi utilizado 3 vezes sem atribuição pejorativa, no sentido de indicar alguém, cuja vida seja desqualificada ou sem valor.

Michel Foucault (1999, p.15), ao falar sobre a submissão ao discurso verdadeiro, aduz que as possibilidades de verdades permitidas pelo discurso e o poder que o envolve foram deslocadas do ato ritualizado, eficaz e justo, de enunciação “para o próprio enunciado: para o seu sentido, sua forma, seu objeto, sua relação a sua referência”.

‘Drogadito’ de algum modo faz remissão a um enunciado e sentido possibilitados anteriormente pelo discurso, assim, a esta unidade de análise é conferida uma carga valorativa normalizante inerente e inegável, representando um modo de controle social por meio do próprio discurso.

As drogas tiveram participação na história da humanidade de diversas formas, agindo como remédios ou venenos, alimentos ou bebidas, analgésicos, cujos usos abrangem desde o nascimento até a morte, “o prazer e a dor, o desejo e a necessidade, o vício e o hábito [...]. Abrem o apetite ou tiram a fome. São atiçadoras da sexualidade ou anuladoras da excitação. Seus usos múltiplos alimentam e espelham a alma humana”. Elas também têm importância econômica, enquanto mercadorias e, finalmente, razão de desejo incontrolável. Essa última característica, a compulsão desejante que elas despertam “contrariou a moral ascética tradicional do cristianismo e obrigou a rediscussão dos critérios morais para explicar e justificar certas formas de consumos alcóolicos e condenar outros” (CARNEIRO, 2005, p.6-9). A partir daí, as substâncias e as pessoas associadas a elas passaram a ser diferenciadas. Essas diferenças se acirraram à medida que a intolerância e distâncias dos grupos sociais associados às drogas aumentaram. Enquanto o champanhe se tornou sinônimo de *status* e requinte social de consumo muito tolerado, o uso do cânhamo foi reprovado, cujo consumo no Brasil foi considerado ameaça física e moral à raça

branca pelo discurso médico-sanitário, ao interpretar as manifestações da cultura negra como patologias perigosas e contaminadoras (CARNEIRO, 2005, p. 76).

O consumo de drogas era visto como algo que afrontava à sociedade, em especial a sociedade branca americana que, com o proibicionismo, acabou por combater os grupos sociais indesejados. Nesse processo de distinção entre classes e pessoas por meio do consumo, as drogas receberam conotação negativa e, quanto mais determinada substância se ligava a grupos marginalizados, pior eram a carga moralizante recebida e o controle social exercido.

Assim, de modo geral, a percepção dos usuários enquanto doentes, dependentes, era uma tentativa de controlá-los e proteger a sociedade. Na América Latina, essa percepção foi mais perversa, pois não dispunham de serviços de assistência para tratamento do consumidor de drogas, o que implicou na conversão do usuário em inimputável penal e sua consequente privação de liberdade e capacidade de escolha, sob controle ainda maior (OLMO, 1990, p.37/38). No Brasil, a internação compulsória é a atual forma de maior controle sobre as classes marginalizadas, as quais são associadas ao uso de crack<sup>13</sup> e cachaça.

Nessa mecânica de poder o processo de moralização e seletividade colocou os usuários de drogas numa situação em que são portadores de perigo e de doença, em razão do consumo. Percebe-se que o mesmo processo em que a loucura foi codificada como doença e perigo social e, a partir de um discurso médico, uma série de perigos foi codificada e relacionada à loucura (FOUCAULT, 2002, 149), vem ocorrendo com os usuários de drogas, os chamados drogaditos.

Essa assertiva pode ser percebida nas falas dos entrevistados em que o termo drogadito não foi utilizado propositalmente de modo a designá-los como perigosos ou mesmo incapazes, mas intuitivamente e até pela própria circunstância do consumo, eles são associados com situações perigosas:

Quando a gente se depara com casos em que o drogadito está envolvido com alguma atividade ilícita, como a venda de drogas mesmo, por exemplo, aqui a gente tende a minimizar isso, quer dizer... não sei se esse seria o termo certo. Mas a gente tende a

---

<sup>13</sup> O crack é uma forma de cocaína por meio de sua transformação mediante reações químicas que atinge um nicho de mercado junto aos setores mais pobres e marginalizados (CARNEIRO, 2005, p.157).

enxergar o uso abusivo de drogas como uma questão de saúde, enquanto doença mesmo e esquecemos a prática do delito em si. A gente avalia o conjunto biomédico e social que envolve a pessoa (E 1).

Até porque o drogadito que descamba para a criminalização, porque as duas coisas caminham às vezes em paralelo, ele acaba encontrando ou apresentando uma outra solução que é a prisão, que é a repressão, da percepção criminal que o afasta do meio social por outro caminho. Na maior parte das vezes, o que permeia é o discurso higienista que a gente não quer mais conviver com isso, não quer mais ver nas ruas, que não quer parar o carro e ver o drogadito debaixo da ponte. Esse discurso da limpeza, da limpeza social é ainda muito forte. Ele tem uma grande capacidade de impregnar as decisões. E eu acho que tem outra coisa que é determinante, que também perpassa essa discussão. A fragilidade do vínculo familiar, da família enquanto instituição em dá conta desse recado que não é um recado fácil (E 5).

Somente os entrevistados E 1 e E 5 mencionaram a referida unidade de análise. Nessas falas o drogadito é o indivíduo envolvido com drogas que está associado a contextos e circunstâncias perigosas e que, de alguma forma, também representa perigo social. Essa associação se aproxima daquilo que Foucault ressaltou ao retratar da loucura em *Os Anormais*, afirmando ter sido preciso, “ao meso tempo codificar a loucura como perigo, isto é, foi preciso fazer a loucura aparecer como [...] essencialmente portadora de perigos” e a psiquiatria funcionar como higiene pública (FOUCAULT, 2002, p. 149).

Sendo assim, embora à designação de perigo ou de perigoso não seja diretamente apontado ao drogadito, o perigo está apontado a tudo que o envolve, ao seu universo, mais especificamente direcionado ao crime, a violência e a degradação da saúde e da moral que permeiam a questão.

Foucault ressalta que a organização de um saber médico em torno dos indivíduos designados como loucos está ligada a uma série de processos sociais, de ordem econômica e às instituições e práticas de poder. Isso não abala a validade científica ou a eficácia terapêutica da psiquiatria (FOUCAULT, 2004, p. 281). Este ramo do saber funcionou como uma ciência da higiene pública e da proteção social, intervindo de forma autoritária na vida dos indivíduos, impondo padrões hegemônicos e eugênicos. Segundo Foucault (2002, p.150), ela tentou demonstrar o caráter “especificamente perigoso, do louco como louco”, funcionando como saber e poder no interior do domínio geral da higiene pública e da proteção social. Isso pode ser percebido em relação aos drogaditos, associados a um sério perigo iminente, razão pela qual o controle é necessário.

O viés higienista da sociedade e a característica da biopolítica, mais especificamente do racismo de estado, com finalidade de proteção e segregação estão expressos no trecho da fala de E 5: “Na maior parte das vezes, o que permeia é o discurso higienista que a gente não quer mais conviver com isso, não quer mais ver nas ruas, que não quer parar o carro e ver o drogadito debaixo da ponte”. Essa afirmação reforça a ideia do incômodo provocado pelo anormal, desregrado e do perigo que a sociedade percebe com sua presença, além da desqualificação e desvalorização das vidas desse grupo.

Outro termo utilizado pelos entrevistados que cabe nessa mesma categoria analítica é o uso de “drogado”. Drogado foi mencionado apenas por E 4 quando se referiu ao laudo médico que atesta a necessidade da internação compulsória:

Eles [os laudos médicos] falam assim: "necessita de internação em ambiente adequado para tratamento de drogas". Então aí seriam as comunidades ou até outra forma, uma clínica específica de drogados. [...] essa postura é igual em relação aos usuários de drogas. Se tiver um lugar para colocar o usuário, para despejar o drogado, colocar lá e eu só aparecer para visitar seria o ideal. Isso é a grande maioria. A minoria é que é diferente. A minoria é que corre atrás, que busca, que leva, tenta fazer, enfim. Mas a maioria quer mesmo é se livrar dos seus usuários [...] (E 4).

Embora essas foram as únicas vezes que “drogado” foi mencionado pelos entrevistados, elas foram suficientes para mostrarem que os usuários ainda são vistos de forma preconceituosa, como uma classe de pessoas diferenciada. Por meio dessa fala pode-se verificar a dimensão da segregação do louco, no caso do drogado, a partir das considerações acerca do diferente, do anormal, como um mal a ser eliminado.

A abordagem sobre as formulações da “verdade ou da moral, têm ascendência direta sobre o corpo”, nessa linguagem a loucura se desenrola num domínio em que deve ser tratada “em todos os sentidos do termo” (Foucault, 2013a, p.326).

Ou seja, por meio da linguagem sobre usuários, dependentes, drogaditos e/ou drogados (independente do termo utilizado), suas qualidades e características são atravessadas pela carga valorativa moralizante inerente, as quais são compreendidas por meio do discurso e os sentidos produzidos.

Michel Foucault (1999, p.37), em *A Ordem do Discurso*, afirma que o discurso exerce seu controle dentro daquilo que ele mesmo possibilita, ele “determina as condições de seu funcionamento, de impor aos indivíduos que os pronunciam certo número de regras”.

Desse modo, a repetição indefinida de comentários acaba por reproduzir o que havia dito inicialmente. Portanto, a utilização de termos diversos para designar os usuários de drogas acabam mantendo o controle social, conferindo o juízo de valor imputado anteriormente.

#### **4.3.2 Exclusão Social**

Nessa unidade de significação, assim como a unidade de vulnerabilidade é preciso especial atenção ao chamado racismo de estado e os efeitos que ele provoca, sem desconsiderar os demais dispositivos do biopoder. Tendo em vista caber ao Estado, a instância focal de gestão das políticas públicas relativas à população, no contexto biopolítico, ele se vale das mais variadas e amplas formas de racismo para justificar o exercício de seu direito de matar em nome da purificação e da preservação da vida. É atribuição do Estado soberano a decisão acerca de fazer morrer determinada raça considerada perigosa e a decisão de deixar viver a raça sadia e normal.

A exclusão social é percebida quando os entrevistados informaram o perfil das pessoas submetidas à internação compulsória:

muitas vezes, essas pessoas não têm familiares ou não tem estrutura familiar, elas não conseguem ter acesso a nada, nem aos serviços que são oferecidos.[...]. No que se refere ao perfil dos internos, tem de tudo, mas sua grande maioria é uma população de família humilde, jovens, que estão envolvidos em violência, as vezes se tornam traficantes ou mexem com venda de substâncias para manterem o vício (E 1).

Geralmente são pessoas que fazem uso de álcool e crack e, às vezes cocaína também. Mas ultimamente muito crack. O crack hoje está demais. Geralmente são homens jovens, entre 19 a 25 anos, apesar de ter outras faixas etárias também, mas a maioria é bem jovem. São de famílias humildes, dependência de crack, e que furta, na verdade, para o seu consumo, para manutenção do vício. Começa pegando as coisas em casa mesmo, qualquer coisa que tenha valor e que possa ser trocado por droga. Contexto de agressão doméstica, tanto o viciado com vítima ou como algoz, mas a violência não deixa de está presente. Escolaridade baixa. E até em processos de tráfico de drogas você percebe que há esse mesmo panorama e perfil dos envolvidos (E 2)

Olha, são pessoas que estão inseridas em classes sociais mais baixas, que não tem acesso à informação. Até pra chegar num nível crítico de se cogitar uma internação

compulsória, é porque são famílias totalmente desassistidas e, nesses casos, em face do desespero, realmente, ter uma pessoa doente em casa, agressiva, na maioria das vezes é desesperador, né? [...] O perfil delas é de total desassistência que culminou em tamanha gravidade dentro do lar. A drogadição é mais um problema em que os usuários estão inseridos. A desestruturação dessas famílias não é só financeira, mas emocional, com contexto de violência social e doméstica. [...] (E 3).

Normalmente eles estão em famílias marginalizadas, cujo chefe de família sequer dá conta de si mesmo, com uma infinidade de filhos, numa realidade sócio econômica difícil de lidar. E aí, quando esse problema (das drogas) se apresenta isso (a interdição compulsória) é um caminho de sobrevivência. Ou de entrega ou de repasse de responsabilidade. E desse ponto entra também uma omissão estatal tanto do que deveria ter sido feito antes de chegar nesse nível, quanto do que deve ser feito no curso que é da um suporte real, para aquela família conseguir trabalhar isso (E 5).

A maioria dessas pessoas tem dificuldades familiares, alguns não tem o registro do pai em sua certidão de nascimento. Esse é um fator que tem uma implicação também. Outros em função de não terem empregos, em função de abandono familiar e a própria questão da ausência de oportunidades e de assistência que as pessoas não têm. E, um outro fator que a gente também não pode ignorar, é a ausência de espiritualidade [...] (E 6).

Essa realidade da maioria das pessoas submetidas à privação de sua liberdade, por meio da internação compulsória, é evidenciada também pela pesquisa realizada pela Fiocruz<sup>14</sup>, em 26 capitais e o Distrito Federal, sobre os *usuários de crack e/ou similares*, divulgada em setembro de 2013 que apontou:

78,9% dos usuários da droga desejam se tratar; predomínio de drogas (não apenas crack) é entre segmentos sociais menos favorecidos, com baixa ou nenhuma capacidade de inserção social; 90% dos usuários manifestaram interesse por serviços associados à assistência social e demais serviços de saúde diversos do tratamento de dependência química.

Esses dados mostram que o grupo social alvo da internação compulsória é aquele que padece de problemas sociais mais complexos que as drogas apenas. Assim, as ações sobre ele devem ser diferentes e com uma perspectiva diversa da exclusão e tratamento, mas a efetivação de seus direitos fundamentais e a promoção da cidadania e de possibilidades para superação de tais condições, sem violação de sua liberdade e autonomia.

É importante destacar ainda que o perfil apontado pelos entrevistados deixou claro que o referido grupo antes de se envolver com drogas e ocuparem os espaços públicos nas cidades já

---

<sup>14</sup>Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil

experimentavam os efeitos perversos da omissão do Estado. A implementação do racismo de estado, escolhendo uma determinada raça que merece viver, fica evidente quando analisamos o modo que a política de drogas funciona efetivamente.

Quanto ao dispositivo da internação compulsória dos anormais, incapazes de discernir ou realizar escolhas, face à dependência, o racismo de estado escolheu os aliados dos direitos fundamentais para intensificar o gerenciamento de suas vidas, uma vez que, anteriormente à compulsória esse grupo social já era considerado a sub-raça perigosa e excluída.

O racismo balizador do direito de viver de uns e de morrer de outros, justificados em nome da vida, possibilita um poder político de “matar, pedir a morte, mandar matar, dar a ordem de matar, expor à morte não só seus inimigos, mas [...] seus próprios cidadãos” (FOUCAULT, 2005, p. 304). O discurso de que é preciso proteger a sociedade do mal provocado pela raça inferior é fortalecido, desencadeando os enunciados discursivos com identidade e persistência em seus temas para afirmar e reafirmar possibilidades de “jogos de verdade”<sup>15</sup> utilizados no campo político. Isso implica que determinada temática possa unir e funcionar num conjunto de discursos “a partir de uma escolha fundamental transformado em saber discursivo o que fora esboçado como hipóteses ou como exigência” (FOUCAULT, 2012a, p.44). Os jogos de verdades ligados às relações de poder mantêm à margem as classes mais humildes e residentes em locais onde a força policial é truculenta, demonstrando que este grupo social é inferior e ameaçador da ordem e da própria vida.

Considerando a intencionalidade do poder psiquiátrico e a necessidade de higienização pública, em razão da associação da loucura à pobreza e ao perigo, não só a cura de eventual doença, mas as medidas de prevenção são necessárias no combate de um mal social.

Nesse contexto, o poder e o direito caminham conjuntamente e a verdade é reproduzida nesse sistema, pois “o direito deve ser a própria forma de poder e de que o poder deveria ser sempre exercido na forma do direito”. A análise das instituições políticas no século XIX mostra que “o

---

<sup>15</sup> Jogo é a referência a um conjunto de regras de produção da verdade. Não um jogo no sentido de imitar ou de representar...; é um conjunto de procedimentos que conduzem a um certo resultado, que pode ser considerado, em função dos seus princípios e das suas regras de procedimento, válido ou não, ganho ou perda (FOUCAULT, 2004, p. 282).

sistema do direito, nada mais era do que uma forma de exercer a violência, de anexá-la em proveito de alguns e fazer funcionar, sob a aparência da lei geral, as dissimetrias e injustiças de uma dominação” (FOUCAULT, 2014, p.97). O direito se torna um componente determinante na formação da verdade e com cunho científico determinado enunciado e funcionalidade tomam forma e força.

Assim, a lei 11.343/06 mantém a ideologia e lógica estabelecida anteriormente, no sentido de que os usuários são doentes e os traficantes criminosos, os quais devem ser excluídos, os primeiros por meio do tratamento e os segundos por meio de rígidas leis e longas penas. Apesar do avanço formal que a referida lei representou em relação aos usuários, os drogaditos do “Posto Nove”<sup>16</sup> foram os mais beneficiados, pois foi mantida a criminalização daqueles que se encontram maciçamente na periferia, segundo Vera Malaguti Batista (2003, p.30).

Portanto, o problema não estava (ou está) nas drogas em si, mas numa estrutura de poder que viabilizou a possibilidade o uso de medida diversa da pena privativa de liberdade, a qual os usuários elitizados não se submetiam. Enquanto a criminalização do consumo pelos mais humildes persiste em virtude do contexto que os cerca, do tipo de vida que vivem e, especialmente por sua inserção em territórios onde o traficante perseguido pela força policial também está.

A descriminalização representaria um começo positivo para uma legislação mais adequada e coerente, mas a perversidade permaneceu, uma vez que na periferia estão os excluídos sociais (BATISTA, 2003, p.30), sejam usuários, traficantes ou moradores, os quais sofrem com as ações repressoras do Estado.

É possível perceber que a política proibicionista e a Nova Lei de Drogas não se voltam contra as substâncias em si, mas a determinados setores da população associados a elas de modo criminalizante. Nos EUA, por exemplo, voltou-se contra as minorias e grupos de imigrantes: o ópio aos chineses, a maconha aos mexicanos e a cocaína aos negros, o combate sempre voltou-se

---

<sup>16</sup> Ponte de encontro na praia de Ipanema, onde se concentram usuários de substâncias ilícitas das classes média e alta.

contra os grupos que o Estado pretendia controlar (DELMANTO, 2010, p. 35), justificando suas ações e aumento da exclusão social.

É nítida a associação da pobreza às más condições gerais, à influência profunda desmoralizadora exercida pela miséria, a falta de instrução, de previdência, o abuso de bebidas alcoólicas, os excessos venéreos, bem como a alimentação precária, sem, contudo, haver noção das complexas circunstâncias que contribuem com os temperamentos da classe pobre (MOREL, *apud* Foucault, 2013a, p. 375).

Essa política, cuja ideologia influencia a consciência referente às drogas ilícitas, também adotada no Brasil, é reflexo do biopoder que possibilita de modo natural a existência de diferenças entre os grupos e a exclusão de uns para a sobrevivência de outros, o que impede ainda o desenvolvimento de críticas afetas à drogadição a partir do âmbito da liberdade.

Além disso, a própria lei 10.216/01, após os onze anos de tramitação no Congresso Nacional, foi aprovada com texto diverso do original e sem a clareza necessária para por fim às instituições psiquiátricas asilares. Isso, de certo modo, contribuiu para a lógica da exclusão e do isolamento dos pacientes permanecessem. Embora a lei represente grande avanço, ela mesma permitiu que o discurso praticado anteriormente continuasse, bem como a perpetuação do desrespeito aos direitos dos pacientes que tentara proteger.

Nelson Moreira (2010, p.133) afirma que a sociedade brasileira é esquematizada socialmente e isso reflete nos rumos do Estado, o qual favorece a classe dominante e ignora a realidade dos dominados. No âmbito jurídico, especificamente, “as escolhas feitas a cada momento, entre interesses, valores e visões do mundo diferentes ou antagonistas”, em geral, não desfavorecem os dominantes (MOREIRA, 2010, p.133).

A partir dessas considerações, é possível dizer que as referidas leis são exemplos dessa esquematização da sociedade e seu reflexo no campo jurídico que, por sua vez, é caracterizado por obedecer a uma lógica dominante inerente e justificá-la conforme os dominantes, podendo ser entendida a partir da exclusão social. No contexto biopolítico e com uma população de excluídos

tão grande como no Brasil, sempre há motivos para o uso de ações intervencionistas e extremas, reforçando a fragmentação das raças.

Numa sociedade biopolítica, portanto, a lei é uma realidade de dupla face: triunfo de uns e submissão dos outros (FOUCAULT, 2005, p.81). Esse tratamento desigual e desproporcional aos drogaditos é até natural dentro dessa sociedade e em nome de sua proteção, legitimando a fragmentação das raças e o uso de instrumentos legais que segrega e mantém “os outros” à margem.

A evidente capilaridade do poder, independente dos aparelhos ou instituições em que se apoie, age uniforme e maciçamente, funciona com as engrenagens simples e infinitamente reproduzidas desde a dominação social até às estruturas constitutivas do próprio sujeito, em escalas diferentes. “Essa forma é o direito, com o jogo entre o lícito e o ilícito, a transgressão e o castigo” (FOUCAULT, 2014, p.93).

A lei 11.323/06 é vinculada a um discurso de esforço humanitário, mas oculta dogmas da instrumentalidade no exercício de poder (KARAM, 2007, p. 185), acentuando ações segregacionais, de seleção de pessoas, ratificando a ideia de racismo de estado. Inclusive porque, embora não esteja prevista pena privativa de liberdade por uso de drogas, as demais ações afetas às drogas estão sob total controle e vigilância permanentes.

A ação da justiça torna-se então, a inteligibilidade do ilegalismo. Trata-se da nítida normalização do estado de exceção em relação a um determinado grupo social, historicamente excluído, desqualificado e desvalorizado, Ou seja, sobre a vida sem direitos nem valor age o biopoder, cujo resultado é a morte da vida, a morte da vida nua<sup>17</sup> (AGAMBEN, 2010, p.137).

Portanto, apesar de não ser mais possível restringir a liberdade de alguém devido ao consumo de substâncias ilícitas, há outro instrumento legal, as internações involuntárias, que servem como

---

<sup>17</sup> Vida nua, ou vida sacra, cuja qual é abandonada à própria sorte e por isso uma vida matável e insacriável do *homo sacer*, posto que sua morte não significa sacrifício, nem homicídio. Já o Homo Sacer é indivíduo sem definição de leis positivas, nem portador de direitos humanos anteriores às normas jurídicas (AGAMBEN, 2010, p.17).

meio de segregar, excluir e privar da liberdade o “anormal”. No caso da internação compulsória, especificamente, a exclusão vem legitimada pelo Poder Judiciário.

Fica evidente que reforçar o funcionamento da hierarquização de raças, atribuindo a elas tratamentos diferentes ainda são percebidos hoje, posto que esse enunciado discursivo é reafirmado e funciona muito bem por meio do processo de exclusão social constante experimentada pelos considerados perigosos. Pode-se verificar que uma camada expressiva da população sofre sobremaneira com os dispositivos regulamentadores da biopolítica, mantendo-se excluída, segmentada da sociedade, em nome daqueles que merecem viver e viver melhor.

As falas dos entrevistados sobre a exclusão sofrida pelos drogaditos mostram que tanto a sociedade quanto suas famílias tentam resolver o problema pela ótica da exclusão:

a drogadição quanto a saúde mental, são problemas que a sociedade não quer se meter, ela não se envolve. Ela quer excluir. Ela tem esse perfil de exclusão. E isso também acontece na família que também exclui. Nessa clínica mesmo tem cerca de 100 internos com alta, mas a família não vai buscar, não vai lá. Aí estão criando uma comissão de desinstitucionalização, junto com o Conselho de Psicologia, Conselho de Estadual de Direitos Humanos, para pensar junto conosco para tratar desses casos também e encontrar um meio para desinstitucionalizar essas pessoas. Porque além de tudo a gente não pode só colocar na rua. Esse problema de exclusão é muito sério (E 2).

É complicado porque nem sempre temos para onde mandá-las. Eu vejo que elas são recambiadas para outras instituições, às vezes sem necessidade, quando a família não se reaproxima. É um problema social muito sério (E 3).

o grande problema aqui no município é que as famílias que tem uma pessoa com transtorno mental a família quer abandonar [...] Elas acham que é melhor deixar no hospital, eu vou lá e visito.[...] E hoje em dia essa postura de excluir, de querer um local para internar é muito comum em qualquer classe. Desde o mais humilde à classe mais alta, em qualquer faixa de nível social, ninguém quer ficar. Essa postura é muito comum. Eles não querem, porque é muita responsabilidade. Eles queriam mesmo é um local para despejar o paciente e ir lá só para visitar o parente. Mas ninguém quer, é um problema que ninguém quer e muitos se negam [...] é igual em relação aos usuários de drogas. Se tiver um lugar para colocar o usuário, para despejar o drogado, colocar lá e eu só aparecer para visitar seria o ideal. Isso é a grande maioria (E 4).

quando esse problema se apresenta (usuário de drogas) é mais dos problemas com que eles se deparam e que não estão preparados pra isso, não sabem o que fazer. E aí ele se apresenta como caminho de sobrevivência ou de entrega ou de repasse de responsabilidade (E 5).

A postura adotada pelas famílias reflete o que muitos pensam sobre os drogaditos, bem como seu desespero diante do fato de ter uma pessoa com problemas com drogas em casa, “agressiva, na maioria das vezes.[...] É uma coisa que... é compreensível a atitude da família” (E 3).

Mas mesmo diante dessa delicada situação familiar, E 5 é enfático em afirmar que o Estado também é responsável, pois a omissão do Estado é determinante “tanto naquilo que devia ter feito antes da gente chegar nesse nível e não foi feito, quanto naquilo que deveria fazer no curso que, é dá um suporte real para aquela família conseguir trabalhar isso” (E5).

A omissão na saúde mental é maior que na saúde pública, pois os aparelhos de saúde específicos de prevenção e tratamento em si, pertencem a uma lacuna histórica na política pública de saúde, trazendo ainda mais descaso e marginalização (BRASIL, 2005, p.41).

A exclusão promovida pela demonização das drogas e dos grupos relacionados a elas é tamanha que o Estado, ao não conseguir lidar com as demandas sociais, estabeleceu a internação compulsória “tratamento para dirimir a ferida social, retirando os usuários de seu convívio” (FERRAZ, *et. al.*, 2013, p.37).

Outro fator demonstrado pela exclusão social é a perspectiva higienista dessa ação estatal que, apesar de justificada como meio de tratamento e acesso à saúde, sem considerar as questões sociais envolvidas, fomenta esse estado de exclusão no meio do corpo social e reproduzida por ele. A “sociedade ainda é essa, pragmática mesmo, ignorando as complexidades que envolvem a questão. A sociedade vai tender nesse momento a encampar essas propostas de solução dos sintomas” (E 5).

Outra forma de exclusão apontada pelos entrevistados é referente ao próprio tratamento disponibilizado pela rede pública de saúde, em que o município mais rico dentre os pesquisados é capaz de oferecer serviços em melhores condições, enquanto os demais, cujas arrecadações são bem menores, os municípios padecem com a insuficiência de serviços, de aparelhos e de profissionais:

Olha só, como aqui [...] os serviços são muito bem estruturados, não é 100%, mas é bem estruturado...porque a gente... um problema muito grande que é a falta de psiquiatras, uma especialidade da medicina que não é só aqui no Estado, mas que falta no Brasil todo. Então essa falta atrapalha muito o andamento desse serviço. Mas assim, o município de [...] tem todos esses serviços estruturados, desde as equipes de saúde, CAPS, residências terapêuticas, e algumas vagas dentro de hospitais, com leito de hospitais gerais para saúde mental (E 4).

Um dos municípios com grande demanda de usuários de drogas que necessitam da atenção prevista na política de drogas não há sequer estrutura física para os serviços. Por essa razão, o Ministério Público firmou um TAC junto ao município para reestruturação da rede e disponibilização dos serviços de saúde mental. Mas até a data da entrevista não fora cumprido.

Bom, quanto à saúde mental, existe um TAC junto ao município [...], para implementação das políticas públicas de saúde, assinado ainda quando a promotora anterior atuava no município, porque ela percebeu que a rede de saúde que disponibilizava os serviços à população é ínfimo diante da demanda e da determinação e exigência legal. Por isso foi necessário estabelecer o TAC para que as políticas fossem implementadas. Mas tudo a partir da própria promotora anterior responsável. [...] Misturavam crianças, adolescentes e adultos, sexo feminino e masculino, o que, segundo a literatura médica não é indicado. Então a estrutura física do próprio CAPS era muito precária. E diante disso o município se comprometeu fazer um CAPS infantil, porém, dependia de verba para isso. E a verba não veio, então o CAPS não foi construído (E 1).

Cabe esclarecer que durante as 6 entrevistas percebeu-se o esforço por parte dos promotores da saúde na fiscalização, cobrança e acompanhamento para a estruturação da rede e prestação dos serviços de modo satisfatório. Contudo, os entrevistados (inclusive o promotor da Comarca melhor estruturada) reconheceram que o orçamento direcionado à saúde mental é reduzido, o que obstaculiza a prestação da assistência devida. Durante as falas dos promotores era evidente seus pesares diante de tal situação e da impotência na realização de suas atribuições:

Na saúde mental a gente tem os CAPs que aqui [...] eles não funcionam da forma ideal, porque a gestão é estadual, eles estão num processo de transição, pois a atribuição é do município [...]. A gente acompanha porque esses programas têm que ser oferecidos pelo SUS e é uma grande dificuldade, pelo menos aqui [...] que carece de profissionais capazes de atuar. Sempre têm vagas ociosas, por falta de pessoal, salários baixos, não são atrativos. O psicólogo vai preferir trabalhar na iniciativa privada ou ter seu próprio consultório porque o serviço público desestimula. E é a estrutura também. Essa é um grande problema, uma dificuldade enorme, profissionais qualificados não querem vir trabalhar com o que a rede pública oferece. Por isso é uma preocupação em ter uma carreira da mesma maneira que tem no ministério público, no judiciário é ter uma carreira nacional na área de saúde, para que sejam bem remunerados e a gente tenha um quadro permanente, pelo menos. Um dos grandes problemas que a gente tem é a rotatividade, porque os profissionais saem e o programa é interrompido porque muda o atendimento, afeta a relação médico - paciente, o que nessa seara é fundamental. A rotatividade de psiquiatra e psicólogo tudo recomeça, tem que fazer tudo do zero,

prejudicando bastante. Acho que isso é um grande problema da área da saúde mental (E 3).

Tem essa ampliação, um plano de ação, a gente discutiu durante 2013 todo para conseguir aprovação do aumento no número dos CAPS e aumentar a assistência fornecida no Estado. Agora a gente está aguardando as verbas para por em prática todo o trabalho discutido, tudo o que foi traçado para tentar ampliar a cobertura e a estrutura do CAPS. Houve um comprometimento, mas aí estamos aguardando o ministério da saúde liberar as verbas para partirmos para uma estratégia junto aos municípios para se comprometerem e assinarem um termo, com o objetivo de cada promotor se incumbir de no seu município ter um CAPS, uma rede de assistência, ou forçar a isso, buscar isso. É como a gente trabalha politicamente na instituição. Até porque a saúde mental não é uma área que as pessoas priorizam, então tem que ser ouvido, mostrado a necessidade, tem que ser trabalhado (E 2).

Percebe-se que a exclusão social daqueles que vivem em municípios com receitas mais baixas é ainda maior. A omissão do Estado é um vetor de exclusão muito importante e não pode ser negligenciada, pois impossibilita a implementação dos aparelhos e o acesso aos serviços de saúde na rede de atenção e assistência básica. No caso do Espírito Santo, especificamente, um dos entrevistados afirmou de modo categórico que a falta de repasse de verbas aos municípios é o maior obstáculo para efetivação da saúde mental e do direito à saúde por parte dos usuários de drogas aos aparelhos de saúde pela rede pública:

O maior impedimento para a rede expandir? Se tem um impedimento para a expansão da rede? Tem sim!! O estado não co-financia o custeio. Só financia a estrutura e pronto. O custeio dos serviços da rede não, pelo contrário. O Estado se limita a investir na construção de estrutura, na construção dos CAPS, mas não investe nos serviços. Pra mim esse é o grande impedimento para expansão da rede de assistência de saúde mental do estado do ES. O estado, enquanto ente que teria uma condição maior de aporte financeiro, ele se limita a investir em construção de CAPS, mas na hora que o CAPS fica pronto ele não repassa valores para financiamento do custeio, ou seja, para pagamento do pessoal que trabalha que tem que ser contratado pelo município, porque é um equipamento municipal. Mas que se tivesse um incentivo financeiro significativo, em termos dos valores eu acho que isso seria fundamental (E 5).

Essa falta de investimento por parte do Estado na rede primária de atenção à saúde demonstra que a internação compulsória é consequência do descaso e omissão dos gestores, causando maior exclusão. Nesse sentido, cabe ressaltar que cinco entrevistados são promotores de justiça da saúde que exercem suas atribuições nas comarcas da Região Metropolitana, cujas receitas costumam ser mais altas que nos municípios do interior. A Comarca do interior escolhida para entrevista, por sua vez, não é um município pequeno e conta com receita significativa, especialmente se comparado à maioria dos municípios do interior Estado. Isso mostra que a

população mais carente dos demais entes municipais capixabas, que não fazem parte da amostra dessa pesquisa, encontra-se em situações mais delicadas.

Resta evidente o produto da articulação entre o evolucionismo reforçado pelos discursos e tecnologias de poder, ratificando a inferioridade dos doentes, anormais, os quais para o bem da sociedade, devem desaparecer. Esse evolucionismo colocou o discurso biopolítico em termos biológicos e científicos e se constituiu como maneira de refletir as relações de colonização, a necessidade de guerras, a criminalidade, os fenômenos da loucura e da doença mental, a história da sociedade com suas diferentes classes, segundo afirma Foucault (2005, p. 307).

Diante dessas considerações, apesar da importante alteração formal ocorrida na política de drogas e a herança da Reforma Psiquiátrica, ainda há o reforço da diferença entre grupos sociais, permitindo que a força interventiva recaia sobre os grupos excluídos, embora a negação de direitos seja o fator determinante para essa exclusão. Portanto, as relações de poder permeiam o próprio Estado e o submetem, acarretando na adoção de posturas e políticas excludentes.

#### 4.3.2.1 A Doença do uso Abusivo de Drogas

Além da exclusão social e considerando a repercussão que a internação compulsória tem tomado na sociedade, por meio da mídia principalmente que aponta para uma suposta doença do abuso de drogas, em razão do crescimento do número de usuários nas ruas, emergiu um discurso de que essa situação seria uma epidemia, “a epidemia das drogas”.

Em razão da penetrabilidade desse discurso e do seu modo dissociado da complexidade inerente ao tema e da delicadeza que ele exige, optou-se por tratá-lo de maneira específica. Porém, ligado a uma unidade maior (exclusão social), uma vez que a suposta doença que se alastra advém de um contexto de pobreza e exclusão que tomou visibilidade. Tendo em vista que as entrevistas realizadas eram abertas com liberdade aos entrevistados, essa categoria analítica surgiu apenas durante a quinta entrevista, especificamente, sendo abordada novamente pelo sexto entrevistado.

Assim, os entrevistados cinco e seis discordaram com a suposta epidemia. Segundo eles, o uso abusivo de drogas não é doença contagiosa, tampouco estamos diante de uma questão apenas de saúde e reduzir o tema a esses termos impede o seu enfrentamento adequado:

Eu acho que o conceito de epidemia não se encaixa, porque se refere à doenças contagiosas. E droga, uso, enfim, não é doença contagiosa. Eu não usaria esse conceito. O problema da drogadição é um problema social grave. Um problema social grande que está se alastrando e que está se alastrando porque a pobreza está se alastrando, porque a marginalização está se alastrando. E porque principalmente, existe uma questão da desumanização que é a perda do valor, enquanto um referencial social. Eu não acho que o enfrentamento direito da drogadição, enquanto algo segmentário vá trazer uma solução. [...]. Eu não acho que a droga é a grande culpada (E 5).

Concordando que o crescimento de usuários de drogas é um fator social, E 6 foi categórico ao afirmar que não se trata de epidemia, tampouco uma questão de saúde isolada:

é uma questão muito mais complexa e não pode ser vista como uma questão de saúde, plenamente. Saúde é um dos fatores. Não se trata de uma epidemia ou endemia, porque o que cresce não é uma doença, mas o contexto social favorável para que as drogas tenha espaço [...].\_Esse é um pensamento que a gente tem que superar, é uma questão cultural. Em Vitória, durante o período em que estive trabalhando lá não permiti essa limpeza [...] não adianta retirar as pessoas das ruas para solucionar o problema visual, apenas, ou até social, no sentido de ficar a cidade aparentemente mais bonita e colocar essas pessoas num depósito (E 6).

Os problemas decorrentes do convívio social intenso em espaços urbanos que provocaram demanda da ação estatal, culminando em políticas de regulamentação e proposta de higienizar a cidade. A partir do século XVIII, os problemas como as doenças e a morbidade, enquanto fenômenos da população que, no caso das doenças atingem brutalmente a vida (a epidemia) foram, na verdade tratados como endemia, “a morte permanente, que se introduz sorrateiramente na vida, a corrói perpetuamente, a diminui e a enfraquece” (FOUCAULT, 2005, p.291). Essa morte permanente refletia no campo econômico e político, enfraquecendo a população e o próprio Estado. A preocupação com a morte permanente é uma forma de qualificar ou desqualificar as raças. As endemias, portanto, são as doenças

difíceis de extirpar, e que não são encaradas como as epidemias, a título de causas de morte mais frequente, mas como fatores permanentes – e é assim que as tratam – de subtração das forças, diminuição do tempo de trabalho, baixa de energias, custos econômicos, tanto por causa da produção não realizada quanto dos tratamentos que podem custar (FOUCAULT, 2005, p. 290).

Diante desse panorama, as políticas de saúde do Estado foram elaboradas e direcionadas e o discurso biológico como discurso de poder acabou estabelecendo o evolucionismo, entendido de modo amplo, não apenas a própria teoria de Darwin (a hierarquia das espécies sobre a árvore comum da evolução, luta pela vida entre as espécies, seleção que elimina aqueles que menos se adaptam). Em alguns anos do século XIX, tornou-se natural a transcrição de termos biológicos em discurso político não só como maneira de ocultar este sob uma vestimenta científica, mas e realmente como conferir uma forma de pensar a criminalidade, os fenômenos da loucura e da doença mental, a história das sociedades com suas diferentes classes, etc (FOUCAULT, 2005, p.307). Sendo assim, quando houve algum “enfrentamento, condenação à morte, luta, risco de morte, foi na forma do evolucionismo que se foi forçado, literalmente, a pensá-los” (FOUCAULT, 2005, p.307).

No contexto que envolve o uso de drogas não foi diferente. Pelo contrário, pensá-lo segundo o evolucionismo foi natural e, em consequência disso percebeu-se certo consenso no sentido de que os usuários são doentes, fracos, degenerados morais e mentais, portadores de um caráter desviado, face à sua fraqueza e à torpeza, perigosos e força de trabalho inapta.

Essa ideia do uso abusivo de drogas para enquadrar os usuários como doentes e anormais, mais fracos e debilitados é ratificada pelo discurso moral-religioso do proibicionismo, que utilizando valores judaico-cristãos, em especial as vertentes protestantes do cristianismo, fomenta o absenteísmo e apóia-se no preconceito em relação às substâncias que, por sua vez, são vinculadas às minorias étnicas rotuladas como criminosas, violentas e agressivas (OLMO, 1998, p. 13).

Além disso, a temática das drogas e usuários tomou conta dos noticiários em todas as mídias e sua veiculação reforça a ideia de epidemia, contribuindo à implementação de medidas extremas e imediatistas para a resolução do problema. Segundo Paulo Amarante (2014), recentemente o tema tomou uma enorme dimensão, devido ao crescimento do uso de crack, sem, contudo, haver uma pesquisa detida sobre o fato. “Tenho notado que o processo na mídia tem distorcido a questão – para mais ou para menos – de acordo com interesses de mercado jornalístico ou outros mercados afins”.

Destaca-se que o Poder Público e o próprio Poder Judiciário não são imunes à pressão e influência exercida pela mídia, a qual, por sua vez, é operacionalizada segundo outros poderes e interesses que desempenha e se submete, defende e também disputa poder. Elda Bussinguer (2008, p.198) afirma que “a mídia funciona a partir de pressupostos condicionados pelo poder econômico, que lhe sustenta a máquina e a torna uma das mais poderosas indústrias hoje existentes em todo o planeta”. Inclusive, influencia parcela significativa da população.

Nesse mesmo sentido, ela continua:

Não estão os juízes e nem os profissionais de saúde imunes a essa influência. O poder de penetrabilidade é inegável, causando impacto em processos decisórios não apenas daqueles com menor poder de análise, mas, também, daqueles que deveriam, por dever de ofício, submeter suas decisões a processos mais aprofundados de análise crítica, teórica e científica (BUSSINGUER, 2008, p. 200).

Humberto Vernona (2014), presidente do Conselho Federal de Psicologia, ao falar sobre a suposta epidemia em relação às drogas, foi enfático ao afirmar que ela é uma falácia e ainda ressaltou o perigo que essa prática representa:

Epidemia de crack é uma ficção. O problema das drogas, principalmente do uso abusivo de álcool, é sério e demanda cuidados no Brasil. O crack é mais uma droga que circula nas ruas das cidades e seu uso elevado ao status de epidemia serve para justificar políticas higienista e autoritárias contra os usuários. Veja o que acontece em São Paulo, Rio e Minas, por exemplo. Os governos desses estados e de outros também, agora respaldados pela presidenta, estão promovendo uma verdadeira limpeza das cidades em nome do cuidado aos usuários e da dita epidemia. Quem conhece um pouco de história sabe o que isso significa.

A criação de um consenso de que há um crescimento de doença que deve ser contido não leva ao cuidado da saúde dos doentes, mas à realização de uma limpeza social bem justificada. Portanto, o pânico criado em torno das drogas, em razão do crescente número de drogaditos nas ruas e do consumo, inclusive entre as classes altas, deve ser pensado no sentido de que não basta tratar o problema como doença isolada e específica, ou como uma causa, ou ainda como um único fator de outros problemas gerados a partir dele, pois os efeitos continuariam sendo produzidos. Não cabe centrar forças e técnicas especificamente sobre o tratamento do usuário isolado, sem antes tratar das vertentes que incidem diretamente sobre essa problemática.

Segundo E 5, o aumento do consumo e do número de usuários nas ruas, “é o sinal vermelho do desvirtuamento social, daquilo que uma sociedade tem por escolha política e econômica. Ele é um sintoma de um grave mal e não de um mal propriamente dito”. E 6 corrobora afirmando que “o que cresce não é uma doença, mas o contexto social favorável para que as drogas tenha espaço”.

O pânico criado pelo discurso proibicionista, de aumento de criminalidade, de necessidade de higienização fomenta o medo e a emergência de respostas cobradas pela sociedade:

[...] a sociedade ainda tem uma leitura muito pragmática, né?! De que a solução é aquilo ali. Ela tem um problema para resolver e tem que ser resolvido e pronto. E quando a gente tem um problema, o ser humano e os corpos sociais vão ter sempre uma tendência às soluções imediatistas. As soluções imediatistas são aquelas que resolvem o problema da drogadição que implicam internamento, que dão uma satisfação momentânea às famílias e à sociedade também (E 5).

Diante da força que o discurso proibicionista e sua capacidade de penetração e convencimento, é difícil uma proposição diversa da concebida como correta e verdadeira ser levada em conta para que, ao menos, o debate sobre o tema seja realizado de modo mais claro e, principalmente afastado dos dogmas impregnados em todo o tecido social.

Para isso, Foucault (1999, p.34) alerta que é preciso “preencher exigências complexas e pesadas” para que determinada proposição pertença àquilo que é considerado como “no verdadeiro” discurso. Somente a partir do momento em que as proposições aparecem “no verdadeiro”, novos fundamentos teóricos, instrumentos conceituais e novo objeto podem impregnar como o discurso verdadeiro.

Francisco Inácio Bastos (2013), epidemiologista da Fiocruz, é contrário à suposta epidemia, principalmente a “epidemia de crack”, a qual é uma justificativa de medidas extremas e urgentes, como as internações compulsórias e involuntárias que vêm ocorrendo na prática:

O crack é uma droga muito estigmatizada e marginalizada, ao contrário do álcool. É costume usar o termo ‘epidemia’ para caracterizar um comportamento em massa, uma difusão social. Mas as séries temporais que a gente tem no Brasil sobre o uso de drogas estão na sexta edição e estavam sendo feitas com estudantes, nos domicílios. Nós sabemos que a maioria dos usuários de crack não está estudando e muitos estão em situação de rua. Então não temos essa comprovação efetiva do aumento de uso do crack.

Foi a partir do “boom” do crack e das chamadas cracolândias que as atenções se voltaram contra eles e ao seu combate. Isso porque o problema de uso abusivo de drogas sempre existiu em todas as camadas sociais, com as substâncias características a cada uma delas. Contudo, nos últimos anos percebeu-se que uma classe social marginalizada tem ocupado os espaços públicos das cidades, inclusive suas áreas nobres e turísticas, fazendo uso de uma droga que também é reflexo de pobreza, o crack. Portanto, essa percepção da “questão das drogas” se realizou a partir da ótica de exclusão, quando o excluído começou a tomar locais que, até então, não eram frequentados por ele.

Uma pesquisa sobre a saúde dos usuários de drogas e crack, em especial, mostrou que os drogaditos não morrem em razão do uso excessivo de drogas como alardeado pelo discurso da epidemia “Entre as principais causas de morte dos usuários de crack estão os homicídios e o HIV, sendo que menos de 10% deles morrem por overdose [...]”. (ZANOTTO, BUCHELE, 2013, p.15). Na verdade, esses números indicam que os usuários padecem de muitos outros problemas de saúde, inclusive decorrentes da não regulação e vigilância da qualidade das substâncias e das condições de uso que colabora na propagação de doenças.

Outro fator a ser considerado é que o combate às drogas é voltado às substâncias ilícitas, porém, o álcool é a substância mais consumida, inclusive de modo abusivo no Brasil, mas seu consumo é extremamente tolerado. Ele é a droga mais utilizada, inclusive entre os ‘craqueiros’, mas o combate acintoso para conter a epidemia que se alastra está ligado “a um contexto de pobreza extrema, marginalização e ocupação de espaço público” (MONCAL, *et. al.*, 2013).

Embora o álcool não seja combatido pelo Estado nem haja cobrança social nesse sentido, o prejuízo causado por ele é enorme e, se comparado aos danos causados pelo próprio crack é ainda mais considerável e muito mais preocupante:

o álcool – droga lícita – continua sendo o que mais problemas causa: foi responsável, em 2007, por 83% das mortes (6.500) e por 69% das internações (95 mil) decorrentes de transtornos mentais e comportamentais pelo uso de drogas. No mesmo período, a incidência do crack sobre esses índices, de tão pequena, não mereceu menção na pesquisa da Senad (MONCAL, *et. al.*, 2013).

Estudos epidemiológicos sobre drogas realizados pela Cebrid<sup>18</sup> mostraram que, no Brasil, a taxa de dependência ou uso que indique dependência de álcool é na ordem de 10% a 15% da população em geral. Enquanto que a taxa de dependência de cocaína e crack gira em torno de 0,4%. Ou seja, o problema de dependência em relação à droga lícita é muito mais alarmante, não sendo possível afirmar com certeza a existência de epidemia em relação à cocaína ou ao crack, mesmo com o crescimento de usuários nas ruas. (XAVIER, 2013c).

Outra avaliação realizada pelos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de São Paulo em epidemiologia dos transtornos mentais de modo geral, mostrou que dentre todas substâncias psicoativas apenas o alcoolismo emergiu, enquanto causa de incapacitação: “depressão responsável por 13% das incapacitações, o alcoolismo por 7,1%, a esquizofrenia por 4%, o transtorno bipolar por 3,3% e o transtorno obsessivo-compulsivo por 2,8%” (ANDRADE, 2010).

Essas pesquisas trazidas para corroborar com o posicionamento de que a suposta epidemia é uma falácia mostram que o álcool é um problema de saúde muito maior. E 6 afirmou que ele também está presente entre os sujeitos submetidos à internação compulsória, sendo, inclusive a substância de “entrada” para o uso das demais:

E outro fator também que acabo de lembrar é o próprio consumo de álcool também que, como não é proibido, as pessoas podem comprar em qualquer barzinho, botequim e tem acesso fácil, inclusive cada vez mais cedo, é a porta de entrada para uso de outras drogas.

Não é possível dizer com segurança que há uma epidemia de dependência de drogas, embora o crescimento do consumo nas ruas é evidente. Esse fenômeno que o Poder Público deve se preocupar. Por outro lado, pode-se afirmar com segurança que os danos causados pelo álcool são bem maiores que as drogas ilícitas combatidas, mas em razão dos inúmeros interesses e das relações de poder, especialmente o poder econômico da indústria de bebidas alcóolicas, não é formulado um discurso acintoso contra o álcool ou contra uma epidemia do álcool.

---

<sup>18</sup> Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, que funciona no Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP

Outra ideia difundida pelo discurso hegemônico é a de que os drogaditos têm uma expectativa de vida curta, devendo a droga ser combatida para evitar a morte dos usuários. Porém, uma pesquisa realizada com usuários de drogas verificou que o tempo de uso é considerável, variando entre 3 a 19 anos (ALMEIDA, *et al.*, 2013, p.54):

Dos 12 entrevistados apenas 4 tinham menos de 5 anos de uso do crack, o que, de certa forma, vai de encontro ao que é divulgado na mídia: os usuários de crack têm pouquíssimo tempo de vida. Alguns relataram um tempo significativo de controle no uso do crack, outros trazem a compulsão precocemente. Em seus relatos, é nítido um uso prejudicial do crack, mas não, necessariamente, um uso que leve à morte.

O período apontado na pesquisa é significativamente longo se considerarmos a existência de uma epidemia ou até uma endemia de drogas. Portanto, não há dúvida que o problema não é médico propriamente, não é a droga apenas, mas o problema é social, cuja solução alteraria as estruturas e as relações da biopolítica.

O déficit de recursos financeiros do SUS impede que o tratamento baseado na intersetorialidade se efetive, tornando o quadro ainda mais delicado, pois os excluídos sociais não podem contar com serviços particulares, ao mesmo tempo que contribui para a compreensão de que a internação compulsória é adequada para controlar a epidemia.

A anulação, neutralização e segregação dos excluídos sociais são ratificadas devido à necessidade de reestabelecer a ordem nos espaços públicos e evitar a proliferação de uma doença. Apesar de não haver epidemia comprovada o discurso reacionário serve para manter o grupo social excluído à margem e inferiorizado, uma vez que passou a incomodar a sociedade. Assim, a resposta dada aos usuários de drogas mesmo com a adoção de uma política de drogas positiva pelo Brasil, é um tratamento compulsório estabelecido no contexto biopolítico que obedece suas funcionalidades.

O estabelecimento da relação guerreira e do corte biológico pelo racismo de estado ratificado e reforçado pela psiquiatria eugenista contribui com uma guerra

contra pessoas – os produtores, comerciantes e consumidores das substâncias proibidas, especialmente os mais vulneráveis dentre eles, os mais pobres, marginalizados, desprovidos de poder, que são as maiores vítimas da violência causada pela irracional

insistência na proibição das selecionadas substâncias psicoativas tornadas ilícitas (KARAM, 2012).

A lógica do biopoder apoiado pela psiquiatria tornaram-se muito claros na ideologia proibicionista, em especial no que se refere ao consumo compreendido como doença que se alastra ou mesmo desvio moral. A partir daí, o foco a ser combatido é a população esquadrihada onde a doença tem seu foco, aquela submetida à internação compulsória com maior frequência, a saber: negra, jovem, de baixa escolaridade, alijada dos direitos fundamentais e marginalizada, segundo entrevistados e demais bibliografias e pesquisas pertinentes trazidas nesse estudo. Essa conduta estatal impede uma reflexão mais crítica e sob o ponto de vista do acesso à saúde e da liberdade e autonomia, obstaculizando eventual processo de tratamento diverso da segregação, da internação e exclusão, inclusive porque os serviços de saúde mental não são acessíveis a quem precisa de assistência.

#### **4.3.3 Vulnerabilidade**

Essa categoria analítica foi retirada do contexto apontado pelos textos utilizados durante a pesquisa, bem como pelas falas dos promotores de justiça da saúde que, no exercício de suas atribuições deixaram claro o quão delicado são os serviços especializados de álcool e drogas fornecidos pela rede pública de saúde.

Embora o termo tenha sido mencionado apenas uma vez foi possível perceber que o cenário em que os usuários de drogas sujeitos à internação compulsória estão imersos é permeado pela vulnerabilidade social e física, inclusive a insuficiência dos serviços públicos de saúde acentua essa situação. Vulnerabilidade, a grosso modo, como uma condição ou relação social, cultural, política e econômica desigual que implica, necessariamente, numa situação desproporcional e pode se manifestar individual ou coletivamente, entre os indivíduos e grupos com diferentes posições. Pode-se dizer que a limitação da capacidade ou da liberdade é um aspecto fundamental nesse contexto.

Além disso, considerando os excluídos sociais tratados anteriormente, a vulnerabilidade merece atenção. Nesse sentido, segundo Macklin (2003, p.61), vulneráveis ou grupos vulneráveis são:

[...] membros subordinados de grupos hierárquicos como militares ou estudantes; pessoas idosas com demência e residentes em asilos; pessoas que recebem benefícios da seguridade ou assistência social; outras pessoas pobres desempregadas; pacientes em salas de emergência; alguns grupos étnicos e raciais minoritários; sem-teto, nômades, refugiados ou pessoas deslocadas; prisioneiros; e membros de comunidade sem conhecimento dos conceitos médicos modernos.

E 1 mencionou “vulnerabilidade” se referindo à rede de saúde mental insatisfatória, bem como à situação delicada que os usuários abordados pelos serviços públicos se encontram:

nós buscamos o coletivo, a ampliação das redes da saúde mental, na fiscalização de toda uma rede que faz a captação dessas pessoas que estão em situação de vulnerabilidade. E, muitas vezes, essas pessoas não têm familiares ou não tem estrutura familiar, elas não conseguem ter acesso a nada, nem aos serviços que são oferecidos. Então, a gente trabalha com a rede de saúde mental e sua efetivação em si.

A não efetivação de direitos e a não promoção da política de drogas no âmbito preventivo e pedagógico e nos tratamentos ambulatoriais e terapêuticos pela rede pública fomenta o contexto de vulnerabilidade física e social do usuário que se encontra nas ruas, principalmente. Além dele, não se pode descartar os usuários pertencente às classes altas, uma vez que sua família pode recorrer ao Judiciário mais facilmente requerendo sua internação compulsória, bem como ele também é exposto a riscos quando vai adquirir as substâncias para consumo.

A política de drogas prevê atenção integral e intersetorial aos usuários de drogas pelo SUS e implantação dos CAPSAD que, por sua vez, devem fornecer atenção à saúde e assistência ambulatorial, encaminhamento terapêutico, sem abandono ou rompimento do convívio familiar e das atividades sociais. Esse aparelho possibilita o controle de informações e demais dados acerca da população e suas necessidades para melhoria e manutenção dos serviços. Todavia, essa rede de atenção com autonomia de gestão ainda não se efetivou, tampouco houve a devida integração entre as instituições governamentais e não governamentais do setor de saúde e assistência social, como as unidades básicas de saúde, ambulatórios, comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda, hospitais gerais e serviços de emergência. No Espírito Santo apenas os municípios de Anchieta, Cachoeiro do Itapemirim, Colatina, São Mateus, Serra, Vila Velha e Vitória, contam com unidades de CAPSAD (LEAL, 2014, p.36), demonstrando a distância entre o que foi estabelecido e a realidade da saúde mental.

Os entrevistados confirmam a incapacidade por parte dos instrumentos disponibilizados nos poucos municípios que dispõem da rede de assistência de saúde mental no Espírito Santo, destacando a carência de verba e de recursos humanos para viabilizar a política:

Bom, quanto à saúde mental, existe um TAC junto ao município [...], para implementação das políticas públicas de saúde mental, assinado ainda quando a promotora anterior atuava no município, porque ela percebeu que a rede de saúde que disponibilizava os serviços à população é ínfimo diante da demanda e da determinação e exigência legal [...] o próprio CAPS do município estava irregular na maneira de operar. Misturavam crianças, adolescentes e adultos, sexo feminino e masculino, o que, segundo a literatura médica não é indicado. Então a estrutura física do próprio CAPS era muito precária. E diante disso o município se comprometeu fazer um CAPS infantil, porém, dependia de verba para isso. E a verba não veio, então o CAPS não foi construído, não cumpriu o TAC (E 1).

Sempre tem vagas ociosas, por falta de pessoal (da área médica), salários baixos, os salários não são atrativos.[...] E é a estrutura também, a má estrutura. Essa é um grande problema, uma dificuldade enorme, profissionais qualificados não querem vir trabalhar com o que a rede pública oferece (E 3).

a gente tem um problema muito grande que é a falta de psiquiatras, uma especialidade da medicina que, não só aqui no Estado, mas que falta no Brasil todo. Então essa falta atrapalha muito o andamento desse serviço (E 4).

Assim, mesmo com adoção de uma perspectiva diversa da política de drogas anterior, quanto ao tratamento aos usuários, o Estado ainda encontra-se preso ao antigo modelo, uma vez que, por meio de suas práticas e omissões reproduz o discurso e referencial anteriores. Ao falar sobre a prática discursiva, Foucault aduz que o discurso se refere apenas ao que é dito, mas o que é manifestado por palavras, pensamentos e ações (FOUCAULT, 2012a, p.66).

Portanto, as ações (e omissões) do Estado representam seu discurso efetivo, aquilo que ele pratica e defende. Esse discurso aumenta a vulnerabilidade das pessoas que carecem desses serviços não efetivados, cuja consequência é o agravamento de todo o contexto de vulnerabilidade física e social, inclusive, aumentando a distância e cesura entre as raças. Mais uma vez, o Estado, por meio do discurso que pratica mantém a lógica biopolítica.

No Espírito Santo, a assistência de saúde mental, de modo geral, é ruim e possui dificuldades de implementar as ações determinadas pela política de drogas, mas não se restringe a isso. A estrutura do próprio Ministério Público, inclusive com as poucas promotorias especializadas na saúde é precária, mas segundo a amostra, melhorou nos últimos anos. Um dos promotores, apesar

de atuar na Comarca melhor estruturada, foi enfático ao descrever a estrutura disponibilizada aos promotores da saúde:

Hoje nossa estrutura ainda está caminhando, tem muito o que caminhar. Nossa estrutura ainda é muito precária, já foi muito pior. Mas ainda continua precária. Então os promotores da saúde, você trabalha com um assessor, estagiários e o apoio dos centros de apoio que conta com um promotor, um procurador que coordena e alguns funcionários para ajudar com algumas atividades, ligações, pesquisas. Essa é a estrutura hoje dentro do Ministério Público. Então, é bem precária e pequena, mas já algo que se iniciou. Nem podemos reclamar porque antes era muito pior (E 4).

Desse modo, fica evidente que sem profissionais, nem instrumentos suficientes para realizar todo o trabalho fiscalizatório, de acompanhamento junto às instituições, burocrático e processual os serviços não são desenvolvidos de maneira muito efetiva:

Então, o promotor de saúde, com atribuição de saúde ou às vezes só na área da saúde, tem em Cachoeiro, Linhares, Colatina, São Mateus e a Grande Vitória. Só essas comarcas maiores com promotores exclusivos da saúde. Os municípios menores que não tem promotor exclusivo, ele atua na nível toda [...] (E 2).

Existe um programa na rede de atenção à saúde que todas as unidades de saúde que tem esse programa dão toda a assistência, em tese. Em tese porque na prática as coisas não acontecem assim. [...] a estrutura é precária [...] porque eles (os programas) tem que ser oferecidos pelo SUS e é uma grande dificuldade porque nem tudo o SUS oferece. O Centro de Apoio da Saúde está sempre nos subsidiando. Mas é um trabalho carente porque o quadro é pequeno, são pouco servidores. Acho que são três para o Estado inteiro [...] não sei se é verdade, que há um médico perito do Conselho Regional de medicina para todo o Estado. Só por aí você já vê que é uma fiscalização e uma vistoria por amostragem, ilusória mesmo. Quando consegue fazer alguma coisa a situação já agravou. Não tem como desenvolver um trabalho de qualidade e efetivo dessa forma. De qualquer forma, sendo essa informação verdadeira ou não, a verdade é que, infelizmente, ainda temos um longo caminho pela frente a ser percorrido. Longo e árduo (E 3).

aqui não somos especializadas, essa promotoria é de saúde, defesa do consumidor, idoso, deficiente, loas, minorias, direitos sociais e temos processos que falam sobre vários assuntos como usucapião, medidas de indenização por danos morais. Então, quer dizer, como não temos ainda um corpo técnico para poder nos auxiliar nesse acompanhamento, a gente vê que ainda precisa muito ser feito nesse sentido. Aqui em [...] já tive a oportunidade de conhecer uma casa de recuperação, a oportunidade de conhecer a Rede Abraço em Vitória e a gente percebe o seguinte: hoje o Ministério Público poderia, se tivesse instrumentos, ter uma atuação mais pontual no que se refere à saúde e, principalmente à saúde mental e a questão dos usuários. E a gente vê que infelizmente muitos colegas ficam impossibilitados de atuar mais ativamente, em função do serviço burocrático [...] Temos é que trabalhar na origem, de modo preventivo e não no sentido de remediar ou ficar, como se diz no popular, apagando fogo [...] o Estado não é capaz de suprimir toda a demanda (E 6).

Além do quadro descrito, os promotores demonstraram certa tristeza em não dispor de ferramentas suficientes para exercer suas atribuições, principalmente porque isso afeta no tratamento da população que necessita de assistência pela rede pública de saúde mental.

Essa descrição de como o trabalho desses promotores se desenvolve deixa claro que a falta de estrutura não se limita apenas aos serviços de saúde. Ao contrário, o Estado negligencia um aparelho enorme que impossibilita a efetivação dos direitos fundamentais. A pequena e má estrutura disponibilizada aos promotores da saúde é mais um exemplo evidente que essa área não é prioridade, pois impede até que os agentes que, por dever de ofício, devem atentar-se e agir de modo a cobrar do Poder Público, propor ações, fiscalizar e defender o direito fundamental à saúde, dentre outras atribuições, encontram dificuldades promovidas pelo próprio Estado.

Diante dessa realidade, verifica-se o enunciado discursivo por parte do Estado não se aproxima da nova política de drogas, com os princípios do SUS, nem com os objetivos da Reforma Psiquiátrica. Ou seja, sua materialidade de ordem institucional, no sentido de estrutura de poder, sua função de existência, que cruza um domínio de estruturas as faz aparecer com conteúdos concretos, no espaço e no tempo são diversos dos referidos dispositivos. “O enunciado não é, pois, uma estrutura [...] é uma função de existência que pertence exclusivamente, aos signos, e a partir da qual se pode decidir, em seguida, pela análise ou pela intuição”, se eles fazem ou não sentido, conforme que regra se sucede ou se justapõe (FOUCAULT, 2012a, p.105).

Assim, diante do que o Estado torna concreto com suas ações e funções, são reforçadas as vulnerabilidades dos usuários de drogas, física e social, e é ratificada a perspectiva da política de droga anterior e a necessidade de medidas emergenciais.

A estratégia de saúde da família é um serviço que desempenha importante papel na identificação e acompanhamento dos casos de transtorno mental e de usuários de drogas com os profissionais da atenção básica de saúde, face à proximidade com as famílias e comunidades. Este compromisso é uma forma de produção da saúde, de buscar a eficácia das práticas e a promoção de equidade, da integralidade e da cidadania por meio dos serviços de saúde com as comunidades (BRASIL, 2005, p.33).

Contudo, essa estratégia também é negligenciada pelo Poder Público, pois não a estrutura, nem a amplia, não investe em seus profissionais e permite que famílias que sofrem com a carência de atenção de saúde voltada ao membro envolvido com drogas se agrave.

Nesse sentido, E 5 destaca que a inoperância desse serviço permite a transferência de um problema da atenção da saúde básica para a internação compulsória:

...a internação compulsória é uma coisa muito séria que não pode ser utilizada como uma medida de solução de um problema que não é um problema da internação compulsória. É um problema da retaguarda hospitalar, do acesso aos serviços ambulatoriais, da qualidade desse acesso e desse serviço, da capacidade e da capilaridade do agente de saúde da estratégia de saúde da família e do CAPS, de ter verdadeiramente essa interação com o paciente no retorno dele. E eventualmente até da existência, de estrutura do Poder estatal que garanta a política de assistência social naquilo que ela tem que dar.

Assim, não há dúvidas que a omissão estatal em não efetivar suas próprias políticas agrava o estado de vulnerabilidade social que, não apenas os usuários de drogas, mas toda a sua família estão inseridos, além da vulnerabilidade física por falta de assistência.

Não bastasse a falta de estrutura e investimento na atenção básica de saúde, o que já é um impeditivo para a realização de suas atribuições, a equipe de saúde da família, na maioria das vezes, não se sente preparada para atender esses casos e a falta de capacitação impossibilita a realização de intervenções eficazes (ARAÚJO, 2013, p.63).

Esse quadro de desestruturação se repete no Espírito Santo:

a gente tenta fazer a lei prevalecer para ampliar e estruturar os CAPS [...] O grande problema é a estrutura precária. Não tem como atender a todos aqueles que precisam.[...] não é só o usuário de drogas que precisa de assistência, geralmente a mãe também. Na verdade, a família precisa de uma assistência[...] A falta de investimento e a falta de profissionais especializados são outros fatores importantes (E 1).

Essas circunstâncias demonstram a clara vulnerabilidade física e social por parte dos usuários que não encontram apoio nem cuidados adequados e humanizado, bem como a família não tem acesso a qualquer assistência e, muitas vezes, não sabe lidar com o problema e tende a transferir a

responsabilidade e encampar propostas de medidas interventivas, face seu desespero. São violados, portanto, os direitos da família e dos usuários.

É assim, com o cumprimento de conteúdos concretos que cruzam as estruturas e cumpre uma função que o discurso enquanto prática (FOUCAULT, 2012a, p.105) do Estado se afasta do que é previsto na nova política de drogas e se aproxima dos moldes de tratamento anteriores à Reforma Psiquiátrica, mantendo a ideia do internamento sempre no imaginário e ainda observa as intencionalidades do biopoder.

A distância entre o que foi estabelecido pelo Ministério da Saúde e a realidade da política de drogas reforça a possibilidade de que a verdade de determinado objeto é “produzida e transmitida sob o controle dominante de alguns grandes aparelhos políticos e econômicos [...]; ela é o motivo de um embate social e de um debate político violento, sob a forma de lutas ideológicas” (REVEL, 2011, p.148/149). Isso porque, com a situação se agravando e tornando o problema maior, parece como insolúvel e desagua na compreensão de que a abstinência e o internamento são necessários.

Outro efeito negativo da ineficiência da política de saúde mental é percebido no retorno do paciente para casa após eventual internação. Isso porque o contexto social não se altera com a internação e o tratamento ambulatorial não é mantido por insuficiência dos serviços.

A gente, na verdade quer ampliar a rede de acesso à saúde mental. A gente quer melhorar a estrutura, fazer valer a lei, efetivar os direitos mesmo. Apesar de ser muito difícil. [...] E quando esse interno sai, quando ele volta pra casa também. A gente, ao tentar fazer valer a lei para ampliar e estruturar os CAPS a gente tenta fazer com que esse paciente tenha acesso ao acompanhamento de saúde que ele tem direito. O grande problema é a estrutura precária e a falta de profissionais especializados. Às vezes também a própria rotatividade de profissional não permite que os ex internados continuem sendo assistidos, o que, claro, reflete no tratamento (E 1).

Ele vai voltar à liberdade e vai voltar à mesma condição, porque ele não tem amparo, apoio psicológico, acesso à informação e a própria saúde. É como um círculo vicioso. A rede de assistência deveria fornecer o tratamento ambulatorial dele após a internação, mas o que a gente percebe é que esses serviços, por serem ineficientes não atendem a demanda. Ou seja, o retorno pra casa se torna muito complicado pelo contexto que o paciente vai encontrar e pela assistência de saúde inapropriada. Então aquela família vai viver de internações periódicas? (E 3).

Essas declarações dos entrevistados mostraram a precariedade da rede assistencial e os difíceis e vários obstáculos a serem enfrentados para que a saúde mental integral alcance os usuários de drogas.

Outro ponto a ser destacado é a adoção da redução de danos como estratégia para eficácia no tratamento, “promovendo o aumento de superfície de contato, criando pontos de referência, viabilizando o acesso e o acolhimento, adscrevendo a clientela e qualificando a demanda, multiplicando as possibilidades de enfrentamento ao problema da dependência” (BRASIL, 2004, p.10/11). Todavia, em razão do discurso moralizante aliado ao quadro de ineficiência da saúde mental essa estratégia encontra obstáculos para ser efetivada.

Embora o Ministério da Saúde tenha se declarado favorável às políticas de redução de danos, “a gente não vê elas (sic) acontecendo na prática. Elas aconteciam muito mais na década de 90”. Apesar do favorecimento da estratégia de redução de danos seja o mote oficial, “o que prevalece é o modelo proibicionista, que já comprovadamente é ineficaz. O discurso é um e a prática é outra” (XAVIER, 2013b).

Portanto, as alterações no âmbito formal da política de drogas ainda não são realidades práticas. O discurso reproduzido por ações e omissões estatais sem criar as condições necessárias para descentralização e humanização efetivos do novo modelo mantém o discurso anterior. Nesse sentido, Foucault (2012a, p.131) afirma que o discurso passa por um conjunto de regras que determina uma função enunciativa a partir de um marco temporal e espacial e para uma determinada área social, econômica, geográfica e linguística. Ou seja, o discurso relativo aos usuários de drogas, mantém seu sentido e perspectiva anteriores às alterações ocorridas, cumprindo regras e funções e prejudicando as rupturas necessárias.

Para uma melhor compreensão sobre a questão há que se enfrentar a lógica manicomial que permanece presente nas concepções de gestores, profissionais de saúde e da própria sociedade em geral. É preciso encarar a força de um enunciado pejorativo formado e assimilado acerca do uso abusivo de drogas, seu tratamento e os próprios usuários para que a política de drogas e suas

metas sejam implementadas e as concepções alteradas, efetivando positivamente os direitos das pessoas envolvidas.

Paulo Amarante (2014) afirma que quanto às modalidades de tratamento, seria importante o Ministério da Saúde formular melhores condições de viabilizar os CAPSAD, os quais, “muitas das vezes apontados como ineficazes, mas a verdade é que muito pouco se investiu neles”. Essa rede de assistência, portanto, carece de todo o tipo de investimento:

...não apenas na implantação de mais unidades, mas na formação de profissionais, na remuneração adequada dos mesmos, na supervisão e na garantia de recursos e insumos básicos, existe um bom caminho. Um caminho coerente, avaliado e apoiado pelos atores que atuam na área da saúde mental no Brasil (AMARANTE, 2014).

Outra questão importante constatada durante as entrevistas e que merece especial atenção é a fiscalização realizada pelos entrevistados junto às instituições de tratamento. Segundo as informações fornecidas, a fiscalização contínua e rotineira também é insuficiente, sendo realizadas individualmente, por iniciativa própria de cada promotor da saúde, sem equipe especializada, nem apoio de qualquer outro aparelho do Estado. Embora essas ações sejam fundamentais para proteger os drogaditos, em especial aqueles em estado de maior vulnerabilidade física, mental e social e conferir a efetivação da política de saúde mental, o Estado não contribui com elas, sequer disponibiliza aparelhos ou recursos para a fiscalização. Ainda de acordo com os entrevistados, no Espírito Santo não foram verificadas violações graves aos direitos humanos, mas é preciso realizar inúmeras ações, desde regularizar as instituições até estruturar seus serviços, corpo físico e pessoal para que essas violações não ocorram:

Aqui na promotoria da saúde a gente fiscaliza as instituições que recebem as pessoas que foram internadas compulsoriamente. Tem uma fiscalização forte sobre essas instituições. Nós aqui estamos, junto com os centros de apoio, nós estamos fazendo um mapeamento que, se Deus quiser, até o meio do ano que vem, sobre todas as comunidades terapêuticas que cuidam dessas pessoas viciadas em drogas. Os centros de apoio visitam com equipe de assistente social psicologia, conselho regional de farmácia, enfim, com uma equipe multidisciplinar e vem as práticas aplicadas, e se há uma conformidades com as normas e leis em direitos humanos e com a legislação pertinente ao tema.[...] Projeto arquitetônico, vazamento nas paredes, rede de esgoto, tudo mesmo nessas instituições até exigir implementação de tratamento ambulatorial. E nas instituições a gente ainda tem que ficar atento aos funcionários também. Rotina dos funcionários e dos próprios internos. Não só a estrutura física do local com condições mínimas, mas a estrutura de pessoal mesmo, de gente que trabalha nas instituições (E 1)

Cada promotor de cada comarca e matéria específica que irá acompanhar cada caso. Inclusive é o promotor do caso que faz a fiscalização rotineira. Quando tem denúncia é ele que vê isso. O juiz do processo tem um relatório geralmente mensal ou quinzenal da clínica onde a pessoa está internada, informando como ela está, como está o tratamento, a evolução e os problemas.[...] Se tiver alguma suspeita, se os próprios familiares falarem alguma coisa, que a clínica tem algo estranho, vai encaminhar uma equipe para fazer uma fiscalização, a vigilância sanitária também acompanha. Vai acompanhando pelo próprio processo, por meio de relatórios, ou denúncias, de familiar, interno, ou outros órgãos públicos que tenham qualquer notícia a gente vai verificar (E 2).

Sim, eu procuro está sempre mantendo contato com os coordenadores da saúde mental, mas lá eles não ficam internados. Eles só vão praticar atividades terapêuticas durante o dia. Agora aqui em Cariacica nós temos um hospital, o antigo Adatao Botelho e lá tem uma ala, uma área onde as pessoas ainda permanecem internadas, né?! Mas eles tentam humanizar esse atendimento. Eu já visitei e vi que os profissionais procuram, dentro daquilo do que é possível o sistema oferecer, dá um tratamento digno às pessoas que estão ali. E há casos também de idosos que são abandonados pela família, muitos já não estão mais lúcidos e continuam lá, porque não tem para local para ir (E 3).

Foi possível perceber que os promotores investigados vêm se mostrando agentes ativos na implementação dos serviços de saúde mental nas Comarcas onde atuam. Um deles, E 5 iniciou uma ação que mobilizou vários profissionais multidisciplinares com intuito de implementar a rede de atenção, porém, sem qualquer apoio ou participação por parte do Estado:

A promotoria da Saúde desenvolveu um programa em conjunto com outros profissionais da área da saúde, com conselhos e entidades de saúde, após lidar com vários casos isolados, ligados às instituições. Após várias denúncias referentes às clínicas de tratamento de doenças mentais, percebendo a demanda e a necessidade de resolver os problemas ligados às denúncias recebidas, resolver convocar diversos profissionais para desenvolverem um trabalho em conjunto (E 1).

Nós conseguimos, por meio de mobilização de várias áreas, nós agregamos várias instituições para trabalhar junto. Chamamos representantes e, a partir de uma reunião iniciamos um trabalho em conjunto. O que é muito interessante, né?! Quando a gente agrega parceiros, a gente traz olhares diferentes para uma discussão que não é nem pode ser de um expert apenas [...] ao trazer os diferentes olhares, a gente consegue enxergar melhor, possibilita uma contribuição maior. E é também, fazer algo que eu acho que é fundamental na política que é engajar os demais atores ou os diversos atores sociais na discussão (E 5).

Os demais promotores demonstraram muito afinco e preocupação na realização de suas atribuições no sentido de efetivar a política de drogas e os serviços de saúde mental. Mas destacam que a inércia do Estado é o maior obstáculo para efetivação das políticas públicas de saúde e o acesso aos serviços estruturados.

...embora multidisciplinar, o trabalho é feito isoladamente.[...] as autoridades com poder de polícia se omitem e pedem ao MP para atuar, mas não se comunica, não troca informações, não aciona outros órgãos em que as informações estariam disponíveis e juntos poderiam resolver os problemas, de maneira orquestrada [...] Isso tudo é um exemplo de falta de uma interlocução, até para saber até onde pode ir sem receio de agir, porque isso também prejudica o trabalho e nos sobrecarrega (E 3).

O ministério público fiscaliza as condições de saúde tanto municipal quanto estadual.[...] Fiscaliza se está implementado, se tem profissional para atender a população, a demanda do município.[...] se faltar, a gente fiscaliza no sentido de cobrar, a gente cobra a solução. E até se for o caso ajuizar ações para que se faça, se estruture, se construa esses centros de apoio, enfim. E, no caso das unidades de saúde, que são as equipes de saúde mental, de responsabilidade do Estado, a gente também cobra, fiscaliza a implementação dessas equipes, profissionais competentes.[...] Então, a nossa fiscalização é no sentido de implementar as condições de desenvolvimento das políticas públicas. Tanto dentro dos hospitais para criar leitos suficientes de tratamento em hospitais gerais, quanto par criação do CAPS junto aos municípios (E 4).

O nosso acompanhamento hoje se dá muito mais no nível processual e levando em consideração o acompanhamento médico feito junto aqueles que estão fazendo um tratamento, do que um acompanhamento pessoal.[...] O que pode e deve fazer é inspecionar esses locais, verificar o que realmente eles oferecem e desenvolvem seu trabalho, inspecionar as instalações. Ir até lá sem avisar para que a gente possa flagrar qualquer irregularidade, o que realmente ocorre. Agora, fazer um acompanhamento individual, infelizmente nós não temos condições de fazer isso, porque faltam aparelhos, falta pessoal [...] não existe essa articulação do Estado e seu poder executivo não [...] nós também trabalhamos muito por meio de denúncias que são feitas, seja no disque MP, na ouvidoria, disque direitos humanos, pela polícia também. Então a gente conta com esses instrumentos (E 6).

Outro ponto levantado foi relativo às clínicas privadas que atendem aos drogaditos nas comarcas dos promotores entrevistados que não possuem qualquer estrutura para receber paciente acometido por qualquer problema de saúde. A RDC 29 (BRASIL, 2011) democratizou os tratamentos oferecidos aos usuários de drogas, mas não fez exigências nesse sentido.

Se tiver alguém com algum outro problema de saúde que precise de atenção hospitalar eles encaminham para o Hospital porque eles não tem estrutura não. Essas clínicas são mais tratamentos terapêuticos. A RDC 29 não exigiu tanto, democratizou muito os tratamentos das comunidades terapêuticas e a internação. E, tecnicamente, inclusive, se fosse verificar o único lugar que teria internação compulsória mesmo seria a Clínica Santa Isabel que também não é local que seria adequado, porque lá é lugar de tratamento de diversas outras doenças mentais e não é bom misturar. Então, nesse caso seria encaminhar para hospitais, porque não é possível oferecer tratamento nenhum nessas clínicas, elas não tem estrutura para tratar nenhuma doença crônica, tuberculose, ou qualquer outra que teriam que ser tratadas em hospital mesmo. O Estado está comprando alguns leitos psiquiátricos dentro de hospitais gerais, que tá dentro da política. Esses leitos seriam o local adequado quando houver alguma doença assim. Esse tipo de paciente deveria ser encaminhado para esses leitos. Mas hoje as clínicas não tem estrutura não (E 2).

As instituições não têm estruturas para tratar de outras doenças além de dependência química, então, nesses casos, a pessoa vai se tratar inicialmente num hospital geral e depois ela é encaminhada às clínicas para tratar a dependência química ou o transtorno mental. A maioria das clínicas que a gente fiscaliza aqui no município conta com pelo menos um médico, por que? Porque essas clínicas são as clínicas regulares. [...] O grande problema é chegar naquelas clínicas que não estão regulares, que são administradas por pastores e que além de não terem estrutura para cuidar de doença nenhuma, também não conta com nenhum médico. É por isso também nossa fiscalização, porque é uma forma de garantir o direito à saúde e ampliar o acesso à saúde mental (E 1).

A falta de condições de assistência médica primária aos usuários mostra que a saúde não é uma prioridade nesses locais, o que pode aumentar as vulnerabilidades físicas de determinados pacientes que carecem de cuidados específicos, mas as instituições não tem capacidade para oferecer nada. Confere-se que o direito à saúde não pode ser efetivado desse modo.

A política ainda conferiu autonomia aos municípios da federação para que os cuidados com os usuários fossem mais próximos e adequados à realidade local. Todavia, esse objetivo não foi atingido em razão dos escassos recursos financeiros da maioria desses entes, os quais, por sua vez, necessitam de repasses de verbas para estruturação da rede.

No Espírito Santo a falta de repasses de financiamento do Estado aos municípios é, segundo E 5, o maior obstáculo para a expansão e estruturação dos serviços de saúde mental da rede pública. Isso porque, em razão da falta de vontade política, o Estado não custeia nenhum serviço. Os valores financeiros necessários para o fornecimento dos serviços de saúde não tem qualquer participação do Estado, o que leva os municípios à míngua, principalmente os mais humildes e, conseqüentemente, aumenta a vulnerabilidades dos usuários que necessitam desses serviços:

O Estado não co-financia o custeio. Só financia a estrutura e pronto. O custeio dos serviços da rede não, pelo contrário. O Estado se limita a investir na construção de estrutura, na construção dos CAPS, mas não investe nos serviços. Pra mim esse é o grande impedimento para expansão da rede de assistência de saúde mental do estado do ES (E 5).

Essa realidade descrita por E 5 deve ser ainda mais dura nos municípios do interior, onde as verbas são menores, aumentando a vulnerabilidade do município, das famílias e, principalmente dos drogaditos que, pela distância, muitas vezes, ficam impossibilitados de se dirigirem aos serviços da região Metropolitana.

Ratificando com o exposto por E 5, uma pesquisa recente<sup>19</sup> sobre a política de atenção aos usuários de drogas no Estado revelou a ineficácia da implementação da referida política. No que tange à rede de assistência no Estado apenas 46 municípios, no total de 78, contam com algum tipo de serviço, enquanto os demais 32 não possuem acesso à qualquer atenção específica na área de drogas e os outros 23 municípios possuem tão somente Grupos de Mútua Ajuda. Já as instituições não governamentais, elas somam 252 instituições, num total de 268, representando 94% dos serviços, em detrimento dos serviços governamentais. Dentre as instituições governamentais (apenas 16 contribuíram com a pesquisa), a maioria é vinculada à esfera municipal, ou seja, 09 instituições, enquanto que 04 instituições são vinculadas à esfera federal e 03 à estadual. Das instituições municipais, 08 são CAPSAD e apenas 01 é projeto de prevenção. As instituições federais se referem aos 02 serviços de ensino/pesquisa verificado; 01 serviço de tratamento ambulatorial; e 01 projeto de prevenção. Já as de âmbito estadual, 01 é hospital psiquiátrico, 01 hospital geral e somente 01 programa de prevenção (LEAL, *et.al.*, 2014, p.34-36).

Ficou claro que o descaso produz uma vulnerabilidade tão grande entre aqueles que necessitam de atenção pela rede que, mesmo quando há necessidade de internar os serviços são insuficientes. No CAPSAD da Cracolândia de São Paulo supervisionado por Dartiu Xavier (2013a), quando há um paciente com necessidades de internação, mesmo na modalidade voluntária, não há vagas. “É muito mais um jogo político e midiático o que algumas pessoas fazem com a internação compulsória do que um problema”, afirmou.

Só é possível “haver certos tipos de [...] ordens de verdade [...] a partir de condições políticas que são o solo em que se formam o sujeito, os domínios de saber e as relações de verdade” (FOUCAULT, 2012c, p.27). Portanto, o verdadeiro discurso do Estado mantém a observância à lógica biopolítica que cria segregações e justifica ações totalitárias sobre determinada parcela da população, no caso, os vulneráveis. Inclusive, a ordem de verdade possível é a própria manutenção dos vulneráveis nesse estado diante das determinações políticas.

---

<sup>19</sup> Políticas de Atenção às Questões Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas no Espírito Santo. Universidade Federal do Espírito Santo.

Esse panorama evidenciou que não apenas a internação compulsória é preocupante, mas toda a postura e o discurso praticado pelo Estado e sua omissão em relação à efetivação dos direitos da saúde mental.

Outro fator que merece atenção em relação aos serviços de saúde mental direcionado às pessoas que fazem uso abusivo de drogas no Espírito Santo é o Programa Estadual de Ações Integradas sobre Drogas, Rede Abraço. Ressalta-se que são inúmeras e complexas as análises e críticas sobre o referido programa, as quais merecem estudo autônomo pormenorizado. Todavia, considerando o problema da presente pesquisa e seus objetivos não cabe uma reflexão profunda do programa, mas são importantes trazer algumas ponderações afetas ao seu discurso e suas intencionalidades. Além de conferir o discurso dos promotores de Justiça diante da Rede Abraço.

A Rede Abraço não trabalha com internação compulsória, mas por meio de convencimento busca encaminhar os usuários para tratamento em clínicas e instituições, as quais, por sua vez, trabalham com o modelo asilar. Assim, o programa contraria a própria política de saúde mental e de drogas, pois se baseia em equipamentos privados. O próprio Estado, ao invés de efetivar e implementar os aparelhos e serviços previstos na política, conforme os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, respeitando os direitos dos usuários de drogas, ele se volta aos equipamentos privados, dentre eles as chamadas comunidades terapêuticas, cujo modelo de tratamento há muito já foi reprovado.

A Rede Abraço foi mencionada pelo quarto entrevistado pela primeira vez:

Então assim, hoje é mais visto pelo lado de tratamento mesmo, no aspecto médico de acompanhamento, né?! Tanto é que o Estado tem aquela... aí esqueci o nome do programa, é... aquele programa do governo Estadual.... para paciente voluntário.... a Rede Abraço. Assim, ele pode ser encaminhado para comunidades terapêuticas, mas aí é por livre e espontânea vontade. Ou mesmo para um CAPS. E tanto o CAPS quanto as comunidades terapêuticas da Rede Abraço, são tratados pacientes voluntários que manifestaram interesse em se tratar. Então esse é um caso (E 4).

Quando o programa foi abordado com os demais entrevistados, E 5 e E 6 foram mais enfáticos e demonstraram suas restrições e reprovações em relação à Rede Abraço, deixando claro que ele não é suficiente para efetivar o direito à saúde dos usuários de drogas, principalmente aqueles que necessitam dos serviços públicos. Por outro lado, os promotores ressaltaram que por se tratar de

uma iniciativa isso é um sinal de que o atual e delicado quadro da saúde mental começou a chamar atenção.

A Rede Abraço pra mim é uma iniciativa e sendo iniciativa é louvável! Uma iniciativa que articula, que abre uma porta. Abrir a porta é um ato de gestão corajoso porque tem uma repercussão, gera uma demanda. Gera uma demanda não, a demanda já existia. Na verdade, explícita, torna pública uma demanda. Toda vez que a gente torna pública que consegue dar visibilidade a uma demanda que está reprimida gera um movimento de cobrança de uma solução disso também positivo. Acho que a rede abraço tem pontos de críticas. O primeiro ponto é o fato dela focar num equipamento que não é da política do SUS e não é da política de saúde mental que são as comunidades terapêuticas. Claro que as comunidades tem o seu lugar, elas são regulamentadas, mas elas não são da perspectiva da política de saúde mental, não são os equipamentos chave, fundamental da política, ao contrário é exatamente o contrário. Então, é uma estratégia política que vai de encontro, vai contra aquilo que a própria política do SUS prescreve. O que só por essa contradição já é ruim. Nesse ponto, particularmente, eu acho muito ruim. A rede se baseia necessariamente em equipamentos privados, ao invés de cumprir a política pública (E 5).

Olha a Rede abraço hoje é um programa que veio para auxiliar bastante, porque até então, nós não tínhamos estruturas reconhecidas pelo estado que pudesse fazer o acolhimento das pessoas.[...] A Rede Abraço veio fazer o trabalho que, não é o que a gente deseja de forma plena, não é o ideal, mas vem suprir uma ausência que o Estado tinha e veio fazer com que o Estado seja uma ponte de ligação entre a sociedade e essas ONG's ou OSCIP's e outras inúmeras instituições que possuem esse trabalho com usuários, inclusive reconhecido nacionalmente no que se refere à recuperação de dependentes. Mas o trabalho da Rede Abraço em articulação ou ligação com os CAPS, por exemplo, eu sequer tenho conhecimento, porque o que eu vi quando visitei a rede é que de certa forma há um trabalho independente dos CAPS. [...] é um programa que, apesar de suas limitações e pelo fato de não priorizar a atenção do que determina a política, a gente tem que olhar com ressalvas, mas é uma oportunidade, um programa positivo, inclusive porque os Estado não é capaz de suprimir toda a demanda (E 6).

Diante dessas falas, percebe-se a desestrutura e articulação dos serviços de saúde mental na rede pública, além da desaprovação dos promotores em relação à Rede Abraço por contrariar o SUS. Por outro lado, apesar de não concordarem com a iniciativa, ainda é melhor do que não contar com nenhuma estrutura por parte do Estado.

Essa ação do Estado demonstra que a “formação regular do discurso pode integrar, sob certas condições e até certo ponto, os procedimentos do controle” (FOUCAULT, 1999, p.66). Assim, a formação discursiva dos enunciados, daquilo que querem dizer e dizem por meio dos procedimentos de controle mostram que mesmo a perspectiva da Reforma Psiquiátrica e as consideráveis mudanças formais da política de drogas são incapazes de romper com a lógica aplicada, inclusive porque os gestores as ignoram e implementam programas opostos à elas.

O discurso praticado pelo Poder Público mostrou a falta de vontade política para efetivar a política de drogas, constraindo, inclusive a própria CR/88, principalmente no que se refere ao direito à saúde. Isso porque, o programa estadual é a porta de encaminhamento de pessoas para instituições de saúde privadas, quando deveriam ser assistidas pelo SUS.

Dartiu Xavier (2013b) afirma que o investimento no SUS e SUAS é mais barato e, sob o ponto de vista médico é mais eficaz, devendo o Estado fortalecer a rede de assistência pública. Isso demonstra que, na verdade, a internação compulsória é utilizada como sucedâneo de uma falha e omissão estatais, afirma E 5, impedindo o reconhecimento de direitos fundamentais de determinados grupos sociais inferiorizados, mantendo-os marginalizados.

Além do encaminhamento feito pelo Estado aos serviços privados, há que se destacar ainda que muitas dessas instituições, as comunidades terapêuticas<sup>20</sup>, recebem verbas públicas, ou seja, o Estado compra os serviços que ele próprio deveria fornecer diretamente, transferindo verba do SUS e suas responsabilidades:

Ela compra serviços, e ... quando o poder público faz isso, principalmente em relação às comunidades terapêuticas, eu acho que é delicado, pois há uma fragilidade grande e necessidade na regulação desses serviços e naquilo que tem orientar a regulação do funcionamento deles. Nem mesmo os passos necessários para terem um serviço desses, nem isso as comunidades terapêuticas do Estado do Espírito Santo estão regularizadas para serem escolhidas pela rede abraço, como porta de entrada. Então a gente fica naquela dicotomia, meu Deus, se abrir a rede abraço vai comprar um monte, mas o estado tem um monte regular? Ou ele está passando por um processo de regularização? O que é interessante! Nesse ponto a rede abraço vai forçar a adequação das comunidades terapêuticas. Mas o grande problema é que a rede abraço tira o foco da política de saúde mental e transfere verba de financiamento que deveriam estar sendo destinadas maciçamente investida na estruturação de base da política com base no que a política prescreve, com a rede CAPS, com estratégia da saúde, da saúde da família para um outro modelo. E esse é um modelo com tendência de menos demanda referenciada, uma

---

<sup>20</sup> Instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público. Oferecem gratuitamente ao acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas. São instituições abertas, de adesão exclusivamente voluntária, voltadas às pessoas que desejam e necessitam de um espaço protegido, em ambiente residencial, para auxiliá-las na recuperação da dependência à droga. O tempo de acolhimento pode durar até 12 meses. Durante esse período, os residentes devem manter seu tratamento na rede de atenção de atenção psicossocial e demais serviços de saúde que se façam necessários (BRASIL, 2014). As Comunidades Terapêuticas partiram de idealizadores ingleses, principalmente o psiquiatra Maxwell Jones, no período pós-guerra, demonstrando que o envolvimento dos pacientes psiquiátricos em seu próprio tratamento pode ser um dos principais princípios terapêuticos, com “participação democrática e a horizontalidade do poder institucional (expressões utilizadas por Maxwell Jones) entre profissionais, familiares, enfim, de todos, em prol do tratamento”, constituindo “um espírito de comunidade”, formando os mais importantes instrumentos para o objetivo terapêutico. Esses princípios da Comunidade Terapêutica permitiu que se tornassem a política nacional na Inglaterra em 1948, a partir do Plano Nacional de Saúde. Por essas razões as referidas instituições fazem parte das bases fundamentais do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira e da Luta Antimanicomial (AMARANTE, 2014).

tendência de menor acompanhamento, uma tendência terciária mais forte. Então, quer dizer, é um modelo com aquelas características da crítica, que sempre que o sistema de saúde investe nesse modelo fracassa. Então a rede Abraço devia abrir um diálogo mais democrático com os municípios, principalmente, para conseguir estabelecer uma articulação, voltada ao que prevê a política (E 5).

Ao falar do financiamento público das instituições, E 6 destacou o discurso utilizado para justificar a transferência e terceirização dos serviços inerentes ao Estado:

Eu vejo isso com muita restrição.[...] O que precisamos é um controle maior e mais efetivo do dinheiro público investido. Agora que deve ser investido, por enquanto sim até que tenhamos aparelhos e instituições públicas para esse fim, não existe como a gente fazer de outra forma. O fato é que os serviços e aparelhos que o Estado fornece são insuficientes e muitas pessoas ficam desassistidas, nesse caso o financiamento público dessas instituições é necessário. Porque na prática ou é isso ou permitir que alguém venha a falecer ou ter seu estado de saúde agravado pela falta de tratamento e assistência (E 6).

Embora o financiamento público de instituições privadas e filantrópicas representem o afastamento dos aparelhos da política de saúde mental, por outro lado ele reforça a ideia de que o Estado é ineficiente e precisa transferir suas responsabilidades. Os diversos interesses de poder e econômicos existentes são atendidos, sob a justificativa de que a demanda não pode esperar.

A terceirização da saúde é um tema muito importante e complexo que não cabe ser abordado nessa pesquisa. Essas ponderações foram feitas para demonstrar a funcionalidade das relações de poderes e os interesses que envolvem a efetivação de direitos e a implementação da política de saúde direcionada aos usuários que, ao não ser observada e criarem dispositivos distorcendo o modelo consagrado pela Reforma Psiquiátrica, a situação de vulnerabilidade dos drogaditos se agrava.

A CR/88 alinhou-se à concepção mais abrangente do direito à saúde, cabendo ao Estado salvaguardar a saúde individual e coletiva e prestar serviços de assistência, formas de acesso ao sistema, bem como distribuir recursos financeiros e sanitários. Além do fornecimento de tratamentos, medicamentos, exames, internações, consultas, etc. Os entrevistados demonstraram conceber essa abrangência e atuar no sentido de cumprir suas atribuições na busca da efetivação desses direitos.

Todavia, a omissão e o descaso pelo Poder Público que, com sua prática discursiva serve à lógica biopolítica, mantêm a perspectiva excludente anterior à Reforma Psiquiátrica, ignoram a política de drogas e impedem as mudanças no âmbito prático e levam, necessariamente, a violação de direitos fundamentais, aumento da vulnerabilidade física, mental e social dos usuários de drogas.

#### **4.3.4 Subjetivação**

Essa unidade de análise foi identificada, considerando a perspectiva foucaultiana, no sentido de que o sujeito está em constante formação e assim estabelece suas relações humanas e de poder, conforme essa formação. O contexto de vulnerabilidade social e física dos usuários de drogas submetidos à internação compulsória e o discurso praticado pelo Poder Público também foram considerados na identificação e escolha da categoria.

A compreensão da subjetivação é importante, pois tendo em vista que a análise proposta nesse estudo parte da perspectiva de defesa da liberdade e autonomia de drogaditos sujeitos à internação compulsória é fundamental entender como esse mesmo sujeito se enxerga, é visto e, principalmente, age diante da referida medida, bem como a sociedade o enxerga e se coloca diante desse tema.

A subjetivação é um processo pelo qual todo indivíduo passa ou obtém a sua constituição enquanto sujeito e enquanto ser diante das relações humanas e de poder em que está envolvido. É pela subjetivação, resultado das experiências e experimentações pelas quais passou o sujeito, o qual, por sua vez, é inacabado, em formação constante, que determina seu modo de agir, pensar e se posicionar em certa relação de poder. O processo de subjetivação resulta na noção e prática da liberdade pelos sujeitos, conforme proposta foucaultiana.

A subjetivação é o processo em que o sujeito obtém sua constituição, “mais precisamente de uma subjetividade, que evidentemente não passa de uma das possibilidades dadas de organização de uma consciência de si” (FOUCAULT, 2004, p. 262). Em *História da Sexualidade I – A vontade de saber*, a sexualidade foi utilizada como dispositivo do poder para tratar das relações de poder que constroem e reprimem o sujeito, percebendo que não era preciso se libertar de qualquer

repressão ou controle, mas reconstruir as modalidades de objetivação por meio das quais a sexualidade atribui ao sujeito e que lhe “ordenamos declarar, segundo uma série de procedimentos que pretendem registrar a ‘verdade do indivíduo’” (REVEL, 2011, p.99).

Assim, buscava-se uma explicação na constituição do sujeito na trama histórica, considerando os saberes, os discursos, os campos de objetos, etc. O sujeito é resultante do processo histórico e suas práticas, inclusive aquelas atinentes à liberdade ou à dominação. O homem não é algo acabado ou aquilo que a natureza traçou, mas algo inexato que é produzido, objetivado. O sujeito é

construído ao longo de sua história, os homens nunca deixaram de se construir, isto é, de deslocar continuamente sua subjetividade, de se constituir numa série infinita e múltipla de subjetividades diferentes, as quais nunca terão fim e nunca nos colocarão diante de algo que seria o homem (FOUCAULT, 2004, p.234).

Sendo assim, considerando as seguintes falas, dentre outras no mesmo sentido, foi possível perceber que a subjetivação pela qual passou a maioria dos sujeitos submetidos à internação compulsória é um processo complexo com vários fatores negativos em comum como violência e negação de direitos fundamentais constantes:

E, muitas vezes, essas pessoas não têm familiares ou não tem estrutura familiar, elas não conseguem ter acesso a nada, nem aos serviços que são oferecidos [...] sua grande maioria é uma população de famílias humildes, jovens, que estão envolvidos em violência, às vezes se tornam traficantes ou mexem com venda de substâncias para manterem o vício (E 1).

Geralmente são pessoas que fazem uso de álcool e crack e, às vezes cocaína também. Mas ultimamente muito crack [...] são homens jovens, entre 19 a 25 anos [...] São de famílias humildes, dependência de crack, e que furta, na verdade, para o seu consumo, para manutenção do vício [...] Existe sempre um contexto de violência, agressão doméstica, tanto o viciado como vítima ou como algoz, mas a violência não deixa de está presente. Escolaridade baixa. E até em processos de tráfico de drogas você percebe que há esse mesmo panorama e perfil dos envolvidos (E 2).

são pessoas que estão inseridas em classes sociais mais baixas, que não tem acesso à informação [...] famílias totalmente desassistidas [...] O perfil delas é de total desassistência que culminou em tamanha gravidade dentro do lar. A drogadição é mais um problema no contexto em que os usuários estão inseridos. A desestruturação dessas famílias não é só financeira, mas emocional, com contexto de violência social e doméstica (E 3).

Você vê do mais pobre ao mais rico. O contexto do pobre geralmente é violento e de desatenção. Mas tem gente que tem condição também, só que... a diferença é que o pobre não tem condição de manter o tratamento e após o término da internação

compulsória numa clínica que o Estado custeou também não. Então, além de requerer a medida o pobre pede o custeio do tratamento pelo Estado (E 4).

Normalmente essas pessoas estão num contexto de famílias marginalizadas, cujo chefe de família sequer dá conta de si mesmo, com uma infinidade de filhos, numa realidade sócio econômica difícil de lidar. A violência é algo constante também [...]E aí ele se apresenta como caminho de sobrevivência ou de entrega ou de repasse de responsabilidade (E 5).

dificuldades familiares, alguns não tem o registro do pai em sua certidão de nascimento. Esse é um fator que tem uma implicação também [...] não terem empregos, em função de abandono familiar e a própria questão da ausência de oportunidades e de assistência que as pessoas não têm. Violência em casa e na rua também. E, um outro fator que a gente também não pode ignorar, é a ausência de espiritualidade (E 6).

É nesse contexto apontado, de falta de reconhecimento e violência, com dificuldades em várias áreas da vida que se desenvolve a maioria das pessoas submetidas à internação compulsória. É imerso nesse complexo cenário que a subjetivação ou os modos de subjetivação do ser humano correspondem aos modos de objetivação que transformam os seres humanos em sujeitos. Ou seja, os sujeitos “objetivados e os modos de subjetivação são [...] práticas de objetivação; por outro lado, a maneira pela qual a relação com o si, por meio de uma série de técnicas de si, permite ao ser humano se constituir como sujeito de sua própria existência” (REVEL, 2011, p.144).

Isso significa que o processo de constante alijamento de direitos e violência que sofrem essas pessoas está diretamente ligado à formação e/ou constituição enquanto indivíduos e enquanto cidadãos. Conforme o processo de construção do sujeito, da sua subjetividade, a liberdade (concebida como prática social), a colocação do sujeito diante do mundo e de suas dificuldades e possibilidades também são produtos da experimentação. São produtos do efeito daquilo que as ações sobre o sujeito e suas próprias podem almejar e obter perante as relações de poder e dos jogos de verdade.

Nesse ponto cabe ressaltar que a violência, seja doméstica ou policial, (em razão da guerra às drogas) também estabelece uma relação com o modo de ser e de reagir do sujeito. Uma relação de violência força, submete, quebra, destrói, fecha todas as possibilidades, não tem “junto de si, outro polo senão a passividade” (DREYFUS e RABINOW, 1995, p.243). Pode-se concluir que a subjetivação em contextos onde a violência impera tende a refletir na dominação pelo medo e reação por meio de ilegalidade ou violência. Além disso, esse contexto violento é determinante

na subjetivação, especialmente dos vulneráveis, pois implica em assujeitamento desses indivíduos. A subjetividade formada a partir desse modo obstaculariza a construção e o conhecimento sobre si e sobre a real dominação à qual está submetido.

Nesse mesmo sentido e concomitantemente à subjetivação a experiência do sujeito também é fundamental nesse processo de construção e de descoberta de si mesmo, da noção a respeito das relações de poder, seu posicionamento diante delas, do meio em que vive, sua noção de liberdade e de opressão. A experimentação para Foucault é uma espécie de “construção histórica dos discursos, das práticas, das relações de poder e das subjetividades e isso ocorre porque é estabelecendo-lhes a genealogia que a experiência sai de si mesma modificada”. Mas não se trata de reduzir tudo à experiência pessoal, mas sim reformular a noção de experiência ampliando-a para além de si, refletindo na subjetividade e nas relações com os outros (REVEL, 2011, p.63/64).

Além do contexto indicado pelos entrevistados, a forma como os sujeitos são vistos e aquilo que se fala deles também faz parte desse processo de subjetivação, bem como de suas experiências. Portanto, a concepção social acerca dos drogaditos e o desejo do corpo social em relação à medida a ser adotada sobre eles, também participam desse processo. É nesse ponto que os traços da biopolítica são fundamentais. Isso porque o agenciamento da vida ao determinar uma classe hegemônica e sua proteção, submetendo os indivíduos que não pertencem a essa classe a uma afirmação de si com parâmetros e valores estendidos aos dominados – à custa de diferentes transformações – como forma de controle, acarreta em sujeitamento desses sujeitos. O agenciamento político da vida, “que se constitui não através da submissão de outrem, mas numa afirmação de si”, intensifica a saúde, as condições de funcionamento e a maximização e proteção da vida da classe hegemônica, para tanto distribui verdades, discursos e poderes nesse sentido (FOUCAULT, 2014, p.134).

Por meio da afirmação de um modo de vida, tenta-se normalizar, cobrando o enquadramento às normas e às regras, pressupondo a existência de um comportamento certo e outro errado e, que o certo “deve ser aprendido por todos e, de forma individualizada, adotado no interior das famílias, independentemente de recursos, hábitos, tradições e cobranças da sociedade iluminista que insiste

no “dever ser”, em vez de discutir os ‘devires’”, inclusive gerando culpabilização, a qual é uma prática individualizada de afirmação, sobre aqueles que não se encaixam às normas (SCHEINVAR, 2000, p.9).

A formação das pessoas que vivem com a ausência do Estado e em meio às dificuldades atinentes a essa ausência, como dificuldades no acesso à escola, permanência e conclusão, dificuldade de acesso à saúde, esclarecimentos e informações em vários âmbitos, obstáculos para inserção no mercado de trabalho e consumo, dentre tantas outras, somadas à imposição de um comportamento considerado bom e correto, o qual não corresponde à realidade experimentada por essas pessoas, ao mesmo tempo que reprova seu modo de viver, tem ligação direta com o uso de drogas, seja para sobrevivência, seja como busca ou como fuga para lidar com esse difícil contexto:

A gente tem que ver a drogadição como algo que nasce da marginalidade. Ela está permeada por isso, pela marginalidade, pela nossa incapacidade resolver. [...] (o uso e drogas) é o sinal vermelho do desvirtuamento social, daquilo que uma sociedade tem por escolha política e econômica. Ele é um sintoma de um grave mal e não de um mal propriamente dito [...] A droga e o acesso a ela como fuga, por uma realidade, por um conceito de prazer é uma consequência (E 5).

A fala de E 5 demonstrou que as drogas podem ter várias utilidades como a fuga e o prazer proporcionados por delas. Isso também ocorre nas classes altas de modo notório, sejam elas lícitas ou ilícitas, ainda que o processo de subjetivação não ocorra com tamanha falta de efetivação de direitos. Mas é preciso salientar que a busca do prazer ou a fuga de problemas e conflitos faz parte do próprio ser humano e, devido à multiplicidade do uso das substâncias (já mencionada no item 4.3.1) elas acabam sendo instrumentos para tanto. Assim, as ações policiais e a condenação moral de grupos sociais associados às drogas devem ser revistos, pois esses dois fatores implicam na formação dos sujeitos desses grupos, submetidos à moralidade e à violência.

O consumo abusivo de drogas pode ser uma saída encontrada para as tristezas e os sentimentos de perda que todos os indivíduos em qualquer sociedade vive. Esse “desvirtuamento social”, mencionado por E 5, de fato, é um sintoma social.

Devemos a tais veículos não só a produção imediata do prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois sabe-se que, com o auxílio

desse “amortecedor de preocupações”, é possível, em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade. Sabe-se igualmente que é exatamente essa propriedade dos intoxicantes que determina o seu perigo e a sua capacidade de causar danos (FREUD, 1930, p.86).

Essas considerações são pertinentes, pois durante sua formação o sujeito lida com diversas situações que pode vir a lidar de modo diverso da regra ou da moral estabelecida e que pode desencadear um problema em razão do uso abusivo, por isso a compreensão multidisciplinar da questão é tão importante. Continuar enxergando a problemática que envolve as drogas de modo estanque é negar o avanço que a política de drogas representou, o que parece ser ignorado pelos gestores públicos de onde deveriam partir as mudanças nessa seara.

A partir dos processos experimentados pelos indivíduos e da compreensão de si próprio ou do resultado desse processo, o indivíduo se coloca diante das relações de poder, inclusive para resisti-las. Contudo, Michel Foucault problematiza a experiência como processo de transformação, associando-a tanto “à resistência aos dispositivos de poder (experiência revolucionária, experiência das lutas, experiência da ressurreição) quanto aos processos de subjetivação” (REVEL, 2011, p. 65). Esses processos delicados e complexos que o sujeito experimenta no âmbito familiar ou em relação ao Estado o submete e podem refletir na sua capacidade limitada de agir.

Embora essa constatação pareça clara, o Estado não se preocupa com medidas para resolver esses problemas que assujeitam os indivíduos, mas tenta disfarçar os sintomas sociais, os problemas que vem crescendo em virtude da omissão estatal, por meio de medidas extremas e/ou paliativas que, por sua vez, agravam o assujeitamento.

Nesse ponto, quanto à medida extrema que assujeita, E 1 ressaltou que a internação compulsória se restringe a casos extremos, quando as demais medidas falharem. Ou seja, ela “acaba sendo a *ultima ratio*, dentro do procedimento de fazer com que as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde mental”. Essa afirmação demonstrou que o Estado previsa voltar-se à implementação dos serviços de saúde, pois antes da medida extrema o drogadito deve passar pelas demais modalidades de tratamento. Porém, isso não vem ocorrendo, implicando em assujeitamento.

Constatou-se que a internação compulsória sobre os indivíduos de maior vulnerabilidade social, cujo processo de subjetivação é negativo, considerando a permanente omissão estatal e violência para ser efetivada não pode utilizar apenas do critério médico para determiná-la como medida de saúde, sem a devida contextualização, pois além de não resolver, resulta na experiência negativada do asilo, como forma de reconhecer sua condição de objeto, de dominado (2013a, p.47).

Mas, segundo os entrevistados, o critério que vai balizar a determinação da medida interventiva é o laudo médico, ou seja, restrição da liberdade para o tratamento de um sujeito com formação tão complexa e delicada será decida por meio de um critério biomédico, sem a contextualização e multidisciplinariedade devida.

simplesmente um atestado médico, um laudo e que o juiz determina a internação (E 3).

O requisito seria o que o médico disser. O laudo já tem um padrão, caracterizam a CID do paciente e logo embaixo eles colocam a conclusão deles.[...] É um critério objetivo do ponto de vista médico. [...] Para internar o usuário de drogas, o médico tem que dizer, por meio de laudo, que ele não tem condições de ser tratado fora. Ou seja, ele não tem condição de ser submetido a um tratamento voluntário que seria um CAPS, um tratamento mais aberto por livre e espontânea vontade dele. É a mesma situação, o médico tem que dizer que ele necessita de tratamento em ambiente é... como eles falam? Eles falam assim: "necessita de internação em ambiente adequado para tratamento de drogas". Então aí seriam as comunidades ou até outra forma, uma clínica específica de drogados (E 4)

tem que ser uma avaliação sob a ótica médica.[...] Ela (a internação compulsória) é uma medida de tratamento e tem que ser vista como algo que é posta à disposição de um cidadão que tem uma necessidade biológica ou psicológica (E 5).

um dos fatores que a gente realmente leva em consideração como primordial é o laudo técnico, o atestado médico que a gente pode analisar e verificar se a pessoa tem ou não condições de deixar a internação ou permanecer nela (E 6).

O poder conferido ao laudo médico nessas hipóteses nos remete a tempos em que esse profissional ditava regras sobre higiene, sobre doenças e as condutas sociais. Nos remete a tempos em que a figura do médico se tornou fundamental, requisitado “como garantia jurídica e moral, e não sob o título de ciência”, inclusive porque ele podia delimitar a loucura não por conhecê-la, mas por dominá-la (FOUCAULT, 2013a, p.497/498).

Durante as respostas, os promotores demonstraram muito incômodo com esse critério, em razão

da sua fragilidade, bem como em razão dos princípios constitucionais e processuais, inclusive porque o paciente é ouvido quando do interrogatório. Mas, mais uma vez fica claro que o discurso de verdade e o discurso de poder exercido pelos médicos e seus laudos prevalecem.

Portanto, é esse discurso considerado verdadeiro que domina e assujeita os indivíduos, inclusive, porque adquiriu “o status daqueles que têm a tarefa de indicar aquilo que funciona como verdadeiro” (REVEL, 2011, p.148).

O critério médico apenas denota que o tratamento ao drogadito permanece excludente e aquilo que ele diz é desvalorizado, pois o laudo substitui sua fala. Essa indiferença ao que os usuários de drogas têm a dizer também faz parte de sua subjetivação. Aliás, a indiferença conferida ao grupo marginalizado em geral integra seu processo de subjetivação. O tratamento dispensado aos drogaditos e ao seu comportamento, sobretudo sob a ótica social contribui na revelação do modo de construção cultural e imagética feitas em torno desses indivíduos que exteriorizam diferentes comportamentos e os efeitos que eles suportam em razão disso.

Esse é o discurso verdadeiro, pois discurso é compreendido como prática, “uma prática que tem suas formas próprias de encadeamento e de sucessão” (FOUCAULT, 2012, p.206), ou seja, o discurso que assujeita, domina e exclui.

A subjetivação de verdades à população pelas políticas de drogas no Brasil é decorrente de um mecanismo legal ou jurídico baseado no acoplamento de um tipo de ação proibida a um tipo de punição, fundamentada num mecanismo disciplinar, evidentemente, estendido à ordem e segurança (ROSA, 2014, p.128). A atribuição de valor sobre aqueles considerados loucos, doentes, delinquentes (os drogaditos se inserem em cada uma ou em todas essas classificações) também são resultados daquilo que se fala deles, do tratamento dispensado a eles, bem como a forma e a experimentação que cada um é submetido (FOUCAULT, 2004, p.237/238).

A ‘verdade’ de que usuários de drogas são incapazes de decidirem e discernirem entre o que é bom ou não para si, que precisam ser tratados sob pena de falecerem ou causarem danos às pessoas sãs, reflete sobre toda a sociedade, mas a principal consequência é a constituição do

indivíduo e seu conhecimento e percepção de si próprio baseados nesse modo. O que afeta diretamente nas relações de poder nas quais se submete, suas ações e percepções diante delas.

Os discursos sobre as drogas e seu uso no Brasil são oriundos de tecnologias de poder existentes em alguns dispositivos que sujeitaram toda população a um processo de governamentalização tanto do discurso médico e científico, quanto da segurança pública e da economia, como verdades dominantes (ROSA, 2014, p.127).

As constatações foucaultianas sobre a loucura e os doentes mentais aplicam-se aos usuários de drogas, especialmente quando pertencentes às classes sociais marginalizadas, cuja subjetivação é forjada com violência, indiferença e omissão estatal. Esse processo facilita o tratamento diferente dispensado a eles, ao mesmo tempo em que fomenta sua classificação enquanto loucos, doentes e perigosos.

Nesse processo constante, considerando que a intencionalidade é a plena gerência da população, são desenvolvidos instrumentos prático-discursivos para agenciar a vida não por ações diretas sobre o corpo dos sujeitos “mas sobre os meios em que estão inseridos, onde as variedades dessas instabilidades é fator condicionante da situação da população” (ROSA, 2014, p.127).

Assim, os discursos de poder e de verdade colocam os usuários na posição de doente que necessita de normalização, os marginalizados como grupos inferiorizados, segregados e até mortos legitimamente, reproduzido pelas práticas o discurso efetivo a manutenção da ordem anterior estabelecida, mesmo com alteração de algum aspecto (como na política de drogas ou na lei de psiquiatria).

No processo de subjetivação dos indivíduos está a compreensão estreita de uma questão complexa, colocando em termos de oposição o verdadeiro do falso e sua exclusão (FOUCAULT, 1999, p.13). Nesse sentido, o discurso higienista justifica a implementação da internação compulsória, como instrumento de tratamento da doença acometida pelos drogaditos, enquanto a sociedade forjada nesse processo de subjetivação o encampa e até fortalece esse discurso.

Esse viés de limpeza foi percebido pelos entrevistados:

o que agrada ao povo, infelizmente é o discurso da pena de morte, da prisão perpétua, da limpeza social das ruas, esse tipo de discurso acaba dando certo (E 3)

essa postura de excluir, de querer um local para internar é muito comum em qualquer classe. Desde o mais humilde à classe mais alta, em qualquer faixa de nível social, ninguém quer ficar (E 4)

o que permeia é o discurso higienista que a gente não quer mais conviver com isso, não quer mais ver nas ruas, que não quer parar o carro e ver o drogadito debaixo da ponte. Esse discurso da limpeza, da limpeza social é ainda muito forte (E 5).

Mas há quem pense: Ah, mas eles enfeiam a cidade! Ora, essa é a única coisa que a gente consegue ver quando olhamos pra eles? Então, nós vamos retirá-los das ruas porque eles enfeiam as ruas? Porque elas estão atrapalhando o comércio? Esse é um pensamento que a gente tem que superar, é uma questão cultural. Em Vitória, durante o período em que estive trabalhando lá não permiti essa limpeza (E 6).

Em verdade, essa postura por parte da sociedade acaba impulsionando as ações do Estado contra as chamadas vidas nuas, vidas de sujeitos sem valor, ao mesmo tempo que o Estado fomenta essa postura na da sociedade, sob a justificativa de proteção ou promoção de saúde. Todavia, esse tipo de ação sobre os drogaditos, especialmente sobre aqueles em situação de vulnerabilidade social, não pode ser considerado como ação de saúde, com finalidade de tratamento, simplesmente. Isso porque, parte das ações constantemente amparadas na idealização ambiental das cidades, tem a função de manter a ordem e a segurança, controlando aqueles que ameaçam a desorganizar ou alterar a ordem estabelecida. Para isso o Estado opera de forma efetiva, por meio de dispositivos de poder, inclusive a força (ROSA, 2014, 127/128), e os usuários de drogas estão inseridos nessas ações que os sujeitam de modo contínuo.

A forma como a sociedade enxerga e objetiva o indivíduo também faz parte da sua subjetivação e objetivação enquanto corpo social, implicando nessa constante alguém como ‘eu’, pois aquele indesejado é sempre o ‘outro’. O “sujeito é sempre dividido no seu interior e em relação aos outros. Esse processo o objetiva. Exemplos: o louco e o são, o doente e o sadio, os criminosos e os ‘bons meninos’” (DREYFUS e RABINOW, 1995, p. 231).

Essa distinção entre eu e nós ou eles singularizando os sujeitos faz parte da produção social que em seu processo de subjetivação não percebe o outro diferente, ao contrário o mantém à margem

por ele ser diferente, ou doente ou usuário de drogas. Essa objetivação do outro acirra a função de guerra do racismo de estado e impede que a sociedade compreenda a necessidade de uma abordagem e tratamento humanizado e integrado, sem necessidade de reclusão, impede até a compreensão dos drogaditos enquanto sujeitos.

O viés higienista, permitindo tratamentos excludentes e segregacionais dos usuários reforça os jogos de verdades estabelecidos, em relação aos drogaditos, à necessidade de proteção, e até da função do Estado, no sentido de estabelecer a ordem. Segundo E 5, esse “discurso da limpeza, da limpeza social é ainda muito forte. Ele tem uma grande capacidade de impregnar as decisões”. Não apenas as decisões dos gestores, mas da população, principalmente. O discurso da proteção à saúde e à vida, inclusive a vida dos usuários de drogas ainda é forte, principalmente levando em conta a formação de subjetividade complexa dos drogaditos e de uma sociedade indiferente, resultando em sujeitos mais suscetíveis a controle e vigilância e que, muitas vezes, não tem ideia do quão perverso é o processo ao qual estão inseridos.

Reforça-se o posicionamento de Foucault (2004, p.275) no que tange à percepção do indivíduo sobre si, sobre os processos de subjetivação e assujeitamento em que está inserido, implicando na resistência ou não ao poder. Isso porque o sujeito não é uma substância, mas uma forma moldada segundo as diferentes relações e condições que se alteram quando você se constitui como sujeito político, tendo em vista os processos e interferências entre as diversas formas de sujeito (FOUCAULT, 2004, p.275).

Da mesma forma que os sujeitos mais suscetíveis à internação compulsória passam por um processo de subjetivação, os demais indivíduos e a sociedade também passam, pois o processo não é individual, ele estabelece relações com os outros, embora a formação da subjetividade seja experiência de cada um. Assim, a sociedade nesse mesmo processo acaba enxergando os usuários como doentes necessitados de tratamento, refletindo a forma como o corpo social se coloca diante deles. No caso, a sociedade vem se colocando de modo favorável à medida, ignorando outros fatores e vetores que envolvem a problemática.

O processo de formação dos drogaditos e os fatores que o envolvem não foi o bastante para que

se tornasse sujeito de direito efetivamente. Além disso, sua subjetivação é forjada em meio a um contexto de omissão estatal e violência, inclusive do próprio Estado. Tais fatos não serviram para que classes sociais mais altas perceberem o processo de assujeitamento e dominação que esse grupo excluído foi submetido.

A adoção da internação compulsória implementada para retirada de um problema social das ruas é um dos efeitos mais cruéis de uma sociedade, cujo processo de subjetivação não compreende o outro enquanto diferente e por isso pode permanecer excluído. A maioria do corpo social é carecedora de efetivação de direitos fundamentais e essa omissão estatal afeta sobremaneira sua formação como sujeito e cidadão, recebendo ainda as ações interventivas e militarizadas do Estado. Nesse cenário, o corpo social é percebido entre as vidas dignas de vidas indignas. Fica claro que as alterações de leis e políticas não são capazes de alterar a cesura existente no mesmo corpo social, pois discursos e prática a serviço do biopoder ainda são produzidos, penetram e potencializam a intencionalidade da biopolítica. A implementação da nova perspectiva da política de drogas, dos aparelhos e serviços da saúde mental impossibilitam que o processo de subjetivação dos drogaditos e da sociedade seja mais positivo, diminuindo os assujeitamentos.

#### **4.3.5 Liberdade e Autonomia**

Essa categoria de análise é muito importante tendo em vista que o presente estudo pretende analisar criticamente a implementação da internação compulsória, sob a perspectiva da liberdade e autonomia dos usuários. Além disso, diante da percepção de que a medida vem sendo aplicada sobre segmentos vulneráveis da sociedade como dispositivo de controle para gerir os grupos marginalizados, bem como as falas e reações dos promotores entrevistados durante a pesquisa que, de forma unânime, se posicionaram contrários à medida, em razão dos princípios constitucionais, a referida unidade de significado merece especial atenção.

É importante esclarecer que há entendimentos de que liberdade e autonomia da vontade sejam institutos distintos, sendo a primeira gênero da qual a segunda é espécie. A autonomia pode ser entendida como uma “propriedade pela qual ela é uma lei em si mesma (independente de qualquer propriedade dos objetos da vontade)” (KANT, 1963, p. 38). Seria então, uma

capacidade dos titulares de direito determinar suas ações, elemento essencial da liberdade. Mas no presente estudo, inclusive considerando os objetivos e a problematização propostas e a ótica de Michel Foucault, considerando seus apontamentos teóricos que, por sua vez, concedeu ao sujeito (independente das condições ou relações às quais está submetido) papel de ator autônomo e ativo no entendimento acerca da liberdade, da prática da liberdade e na resistência contra qualquer dominação.

A reflexão foucaultiana passa pela seara política, mas não busca na política “o princípio constituinte dessas experiências ou a solução que regulará definitivamente” o destino dos sujeitos (FOUCAULT, 2004, p.228), pois a prática, a ação para alterar e criticar qualquer circunstância cabe ao próprio indivíduo.

Nesse item busca-se compreender o exercício da liberdade em relação ao tema, diante das relações de poder que permeiam todos os aspectos da vida e como, a partir deles, é possível construir a liberdade e autonomia dos drogaditos. Nesse contexto, pretende-se ainda conferir como os promotores de justiça entrevistados e a própria sociedade entendem e praticam a liberdade e autonomia nas relações estabelecidas com os drogaditos.

Antes da análise de discurso da unidade de significado propriamente é importante trazer, sucintamente, a concepção de liberdade foucaultiana, a qual não se aproxima das teorias da liberdade que, em geral, são avessas à dominação ou ao poder. Foucault (2004, p.264), por outro lado, não enxerga a liberdade sem o poder, nem como algo estanque a ser alcançado. Isso porque, leva em conta o papel do sujeito na construção de si e diante do mundo para a prática social e constante da liberdade em meio às relações de poder que o reprime.

As relações de poder estão em todo lugar e permeiam os sujeitos e todas as relações humanas, sendo assim, o poder é o “limite traçado à liberdade, pelo menos em nossa sociedade, é a forma geral de sua aceitabilidade” (FOUCAULT, 2014, p.94), evidenciando a correlação e coexistência entre poder e liberdade. As relações de poder não são relações de dominação, as quais seriam as relações entre senhor e escravo, classe dominante e dominada, por exemplo. Para Foucault (2004, p.276) na dominação não há possibilidades de ações e práticas de liberdade, no sentido de resistência, de alteração das condições postas. As relações de poder, por sua vez, são aquelas

relações humanas em que os indivíduos dirigem suas condutas São relações que podem encontrar em diferentes níveis, sob diferentes maneiras, possibilidades de mobilidade, ou seja, podem se modificar, não são dadas de uma vez por todas, afinal, só é possível haver relações de poder quando os sujeitos forem livres (FOUCAULT, 2004, p.276), do contrário, seriam relações de dominação e imutáveis, sem possibilidade da prática da liberdade para sua alteração.

Na concepção de liberdade foucaultiana a subjetividade individual é levada em conta para compreender o funcionamento e percepção das relações de poder. O indivíduo pode se relacionar, agir e também resistir ao poder, uma vez que essas relações pressupõem a liberdade, indivíduos livres, “entendendo-se por isso sujeitos individuais e coletivos que têm diante de si um campo de possibilidades onde diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer” (DREYFUS e RABNOW, 1995, p. 244). A liberdade sob a ótica de Michel Foucault funciona como estratégia para a própria existência das relações de poder, uma condição para existência do poder, pois tanto para o exercício quanto para o suporte permanente do poder a liberdade é necessária. Por outro lado, a liberdade surge como “aquilo que só poderá se opor a um exercício de poder que tende, enfim, a determiná-la inteiramente” (DREYFUS e RABINOW, 1995, p. 244).

Portanto, a liberdade é uma prática nos mesmos moldes que o poder, partindo dos sujeitos imersos nas diversas relações de poder. Assim, a ação e posicionamento do sujeito são fundamentais para manifestação da liberdade. Nesse sentido, sendo o próprio indivíduo o responsável pela manifestação da liberdade e ele, por sua vez, um ser inacabado resultado dos processos experimentados, a liberdade praticada reflete aquilo que o próprio sujeito aceitar ou negar a se sujeitar (FOUCAULT, 2004, p.235). A resistência ao poder se realiza no interior de suas próprias relações, pois essa resistência não é apenas uma luta de libertação, mas uma afirmação intransitiva da liberdade, produto do processo de subjetividade (REVEL, 2011, p.98).

Nesse ponto é importante lembrar a subjetivação, processo em que o sujeito é formado e, em virtude de toda experiência vivida ele se compreende e se constitui. Esse processo é comum a todos os indivíduos independente das suas condições, o que implica em experiências e subjetivações diversas. A subjetivação também é experimentada pela sociedade enquanto corpo

social, refletindo na sua forma de agir e pensar. Assim, os dispositivos de normalização e demais técnicas do biopoder contribuem sobremaneira nesse processo, o governo e a política são introduzidos como consequências dessa lógica (GAUTIER, 1996, p.20), influenciando o modo de formação do corpo social.

Sendo assim, numa sociedade biopolítica com fortes dispositivos de gestão sobre as classes marginalizadas sua subjetivação reflete essa mesma lógica. A sociedade brasileira, em relação às drogas, especificamente, adota um posicionamento excludente independente da classe social, mas aos excluídos sociais isso é ainda pior. Desse modo, “a postura é de excluir, querer um local para internar é muito comum em qualquer classe” (E 4). Em sociedades, cujas desigualdades sócioeconômicas são tão grandes como no Brasil, a intencionalidade do racismo é forte e contribui sobremaneira para manutenção das diferenças. As condições da vida nua não alcançam importância suficiente para que todo o corpo social discuta a situação dos drogaditos em vulnerabilidade, ao contrário, prefere excluir os usuários e eventual debate do tema de modo claro e sem dogmas.

Tendo em vista a normalização da sociedade brasileira, ela acaba por reproduzir e naturalizar as relações de desigualdades profundas e as práticas e instituições sociais em que os sujeitos são erigidos a partir de uma hierarquia valorativa que separa o cidadão do subcidadão (SOUZA, 2000, p. 250) ou, num contexto biopolítico que separa a vida nua da vida digna. Não é à toa que “os corpos sociais vão ter sempre uma tendência às soluções imediatistas [...], que dão uma satisfação momentânea às famílias e à sociedade também” (E 5).

Nessa separação da vida nua e da vida digna, é possível perceber que no Brasil é comum a ideia de que pobre deve sofrer intervenção, inclusive por meio de políticas de assistência. Essas intervenções interferem na subjetivação desse grupo social e da sociedade. Mas é uma forma de enxergar o outro e gerir sua vida lhe concedendo algo. Caso a visão não fosse excludente e o outro fosse um igual, seria percebido como sujeito de direitos. Isso também ocorre com o usuário de drogas. Ao invés de concebê-los como cidadãos e efetivar seus direitos fundamentais, ratifica-se o discurso da necessidade da internação compulsória como tratamento a ser concedido, ela é a justificativa para conceder-lhes a saúde e gerir suas vidas.

Cabe destacar que a atitude excludente da sociedade não pode ser entendida como fruto da prática de liberdade, como consequência da escolha de não lidar com determinado assunto ou ser indiferente a certas pessoas, pois a liberdade prescinde da relação com o outro que não pode ser ignorado ou excluído.

Na verdade, essa postura pode ser entendida como reflexo do processo de docilização dos corpos e normatização, impedindo que determinadas questões alcancem a seara política: “o que agrada ao povo, infelizmente é o discurso da pena de morte, da prisão perpétua, da limpeza social das ruas, esse tipo de discurso acaba dando certo (E 3). Passetti (2005, p.81/82) propõe uma “resposta-percurso” como modo de comportamento social, o qual não se torna modelo, tampouco vira filantropia ou sequestra a palavra ou vontade das partes, em submetê-las às autoridades superiores (juiz, promotor, técnico de humanidade, dentre outros), mas sim “uma conversação entre envolvidos e pessoas diretamente relacionadas ao caso, autoridades despojadas de seu poder universalizador de julgar”.

No que se refere às drogas, essa conversação proposta deve ser feita entre toda a sociedade, pois o problema envolve a sociedade inteira.

As práticas de liberdade não se realizam individualmente, pois são intrínsecas às relações de poder e dependem do outro, contudo, a sociedade não participa de modo efetivo dessa problemática. Desse modo, as questões afetas à drogadição e, principalmente, em relação aos drogaditos em situação de vulnerabilidade tende a permanecer ou caminhar lentamente, sem que haja compreensão dos fatores que envolvem a questão. Ademais, propicia tomada de decisões sem a participação do corpo social, afastando-se da proposta foucaultiana de liberdade que chama todos, individual e coletivamente, a agir e resistir. Percebe-se, que “a sociedade de controle não favorece as resistências, ao contrário, as captura em consensos produzidos em discussões ditas razoáveis, povoadas por valores vigentes” (TÁVORA, 2006, p.248).

Conforme os entrevistados há disposição e abertura para diálogo por parte do Ministério Público, mas a participação da sociedade ainda é pequena.

Mas estabelecemos uma discussão e elaboramos trabalhos com quem esteja pronto a dialogar, inclusive a sociedade. Mas a participação é muito pequena. Às vezes um representante ou um líder ou outro, mas não é uma realidade[...]E, nesse sentido, eu considero que a melhor coisa que aconteceu em relação ao avanço da saúde mental foi a vinda do Conselho de Psicologia que nos ajudou a trabalhar em equipe e divulgar a política. Esse tipo de parceria, de campos diversos é muito importante. Expandir e divulgar a política e a necessidade de ampliação junto à academia, com estudos, com divulgação, enfim, são todos bem-vindos para que a gente consiga avançar, ampliar a rede, executar políticas e demais ações relacionadas necessárias (E 2).

é fundamental a participação da sociedade em tudo isso, não é o Ministério público que resolve os problemas. Nós somos um ator no meio de vários atores responsáveis para que a questão da drogadição seja enfrentada de uma forma efetiva e sem desrespeito ou desconsideração dos direitos [...] Então, o quê que a gente vê? Nós precisamos fazer parcerias com a sociedade, porque sozinho o Ministério Público não consegue resolver esses problemas. Precisamos estar juntos com a sociedade, com as famílias. Eu acho que é fundamental, respeito os colegas que não fazem, mas é fundamental que o promotor esteja nas escolas, nos conselhos dando palestras, fazendo audiências públicas, seja do ministério público ou à convite e em parcerias com a sociedade. Aqui a gente já fez algumas audiências públicas com a federação dos movimentos populares de [...] Viana para discutir uma série de situações que o município necessita. Esse diálogo com a sociedade é fundamental (E 6).

A participação da sociedade nesse sentido representa uma prática de liberdade, pois além de depender e se referir ao outro está presente para colaborar com as decisões e demais ações. A necessidade da participação social é, segundo os entrevistados, importante para haver maior cobrança junto ao gestor público de efetivar a política de saúde mental e proteger os direitos dos cidadãos e, sobretudo dos cidadãos usuários, tendo em vista que a saúde não pode ser confundida com um bem, ela é um direito fundamental e deve estar disponível a todos.

Além de maior compreensão sobre o que envolve a temática, a participação geraria maior efetivação do direito à saúde como um todo, inclusive porque “não é o Ministério Público que resolve os problemas” (E 6). Com o intuito de mobilizar e chamar outros atores para participar de modo mais efetivo e buscar promover a efetivação de direitos fundamentais, alguns promotores, por iniciativa própria, desenvolveram ações em conjunto, sem qualquer participação ou apoio do Estado. É ativa a postura dos entrevistados ao tentar estabelecer essas relações de resistência com a sociedade:

...um plano de ação, a gente discutiu durante 2013 todo para conseguir aprovação do plano de ação para o aumento do número dos CAPS e aumentar a assistência fornecida no Estado. Agora a gente está aguardando as verbas para gente partir para uma estratégia, uma prática de todo o trabalho discutido, tudo o que foi traçado para tentar

ampliar a cobertura e a estrutura do CAPS junto aos municípios. Houve um comprometimento, mas aí estamos aguardando o ministério da saúde liberar as verbas para partirmos para uma estratégia junto aos municípios [...]E, nesse sentido, eu considero que a melhor coisa que aconteceu em relação ao avanço da saúde mental foi a vinda do conselho de psicologia que nos ajudou a trabalhar em equipe e divulgar a política. Esse tipo de parceria, de campos diversos é muito importante. Expandir e divulgar a política e a necessidade de ampliação junto à academia, com estudos, com divulgação, enfim, são todos bem-vindos para que a gente consiga avançar, ampliar a rede, executar políticas e demais ações relacionadas necessárias (E 2).

Essa nossa iniciativa foi na tentativa de agregar mesmo. Quando a gente agrega parceiros, a gente traz olhares diferentes para uma discussão que não é nem pode ser de um expert apenas. Porque a drogadição é um tema, talvez um dos temas mais multifacetados que possa existir atualmente. E ao trazer os diferentes olhares, a gente consegue enxergar melhor, possibilita uma contribuição maior. E é também, fazer algo que eu acho que é fundamental na política que é engajar os demais atores ou os diversos atores sociais na discussão. A gente não vai caminhar para nenhuma inserção de agenda política positiva, eu falo em termos de capacidade de formar opinião na tomada de decisão de um gestor, ou do poder público se a gente não tiver uma articulação de base forte e que possa apontar uma direção, apontar com alguma capacidade de imposição.. A palavra não é essa. Mas de convencimento essa tendência. Então, envolver instituições e atores sociais com esse poder, com esse poder de penetração ou mesmo potencial de diálogo político também é um fator importante (E 5).

se as pessoas tivessem noção das nossas enormes limitações [...] Precisamos estar juntos com a sociedade, com as famílias. Eu acho que é fundamental, respeito os colegas que não fazem, mas é fundamental que o promotor esteja nas escolas, nos conselhos dando palestras, fazendo audiências públicas, seja do ministério público ou à convite e em parcerias com a sociedade. Aqui a gente já fez algumas audiências públicas com a federação dos movimentos populares [...]para discutir uma série de situações que o município necessita. Esse diálogo com a sociedade é fundamental. E a orientação do Ministério Público é bem servir a população. A perspectiva da instituição é nesse sentido de que nós somos servidores e precisamos servir bem à população, embora a gente não disponha de ferramentas suficientes para isso, mas devemos fazer o possível (E 6).

Foucault (2004, p.266/267) distingue a liberdade de prática da liberdade, sendo a primeira “condição política ou histórica para uma prática da liberdade”, a qual para ser exercida é preciso uma série de libertações em relação às relações de poder postas. Enquanto a “liberação abre um campo para novas relações de poder que devem ser controladas por meio de práticas de liberdade”. A libertação seria uma espécie de condição anterior do indivíduo em determinada relação de poder, em que ele compreende o que lhe oprime e entende o que necessita fazer ou o modo de pensar para se desvincular disso.

Nota-se autonomia conferida por Foucault ao sujeito desde o momento de perceber e entender a repressão que o cerca, o que ela é e o que faz, até se colocar diante ou em oposição a ela para alterar as relações. Essa participação social que os entrevistados do ministério público tentam

realizar é uma exemplo de promover um momento para perceber e entendera repressão que cerca o copo social.

Já a prática da liberdade é o agir, a ação individual para alterar a situação em que há repressão, estabelecendo outra relação, a qual também deve ser controlada por práticas de liberdade para que não substituam a repressão anterior (FOUCAULT, 2004, 267). Após o processo de percepção, de compreensão e a necessidade de alteração, o sujeito então assume determinada ação para alterar as relações de poder. A libertação, embora importante, se refere à ideia que o homem precisa se libertar daquilo que lhe foi imposto, daquilo que o prende, para que ele próprio encontre sua essência. Muitas vezes, portanto, é preciso uma série de lutas de libertação para que os homens se tornem livres.

Para Foucault (1994, p.276) esse processo de percepção e de conduta libertária não necessita da lei que declare as liberdades e os instrumentos de controle que fiscalizem se os indivíduos estão livres ou não. Embora a percepção de Foucault não se opõe às liberdades comumente declaradas nesses documentos ele propõe processos e práticas de liberdade constantes para que as relações humanas sejam compreendidas e, apesar do poder que as permeia permanentemente, não haja dominação. Isso significa que, embora seja declarada e deva ser assegurada pelo Estado, a liberdade não pode ser reduzida ou restringida pela lei, tampouco se reduzir ao livre-arbítrio, a escolha daquilo que foi dado, manifestando-se na atitude dos sujeitos. A liberdade, portanto, possui um caráter de experiência, de vivência, de uma prática para sua realização (FOUCAULT, 1994, p. 276).

Em relação especificamente à internação compulsória, os entrevistados não concordam com a aplicação da referida medida, inclusive E 3 entende que esse pedido deve vir precedido de um processo de interdição prévio. Não há posicionamentos radicais no sentido de que a internação compulsória nunca pode ser aplicada. Na verdade, conforme as falas e reações dos entrevistados, ficou evidente que eles não enxergam a referida medida um instrumento processual para tratamento da saúde simplesmente. Ao contrário, eles enxergam a medida com muita restrição, mas entendem que há casos limites em que os envolvidos, pacientes e familiares, estão em risco

iminente de morte e, diante da comprovada gravidade da situação a internação compulsória pode ser considerada. Ainda assim, ficou claro que a postura é garantista sob a ótica do usuário:

Olha, o que a gente percebe aqui pelos processos judiciais e procedimentos administrativos que a promotoria da saúde atua, é que a perspectiva tem que ser a perspectiva da liberdade sempre. É a garantia de que a medida ao ser determinada será a exceção da exceção. E mais, acho que a ótica tem que ser a ótica do cidadão usuário, porque antes de ser usuário ou não ele é cidadão. E, portanto, seus direitos fundamentais tem que ser respeitados (E 1).

Essa é a ideia do CAPS, com tratamento ambulatorial e mais humanizado. A tendência é essa, é muito positiva, voltada ao modo de tratamento mais humanizado, com uma ótica de liberdade, proporcionando autonomia ao usuário. E o CAPS tem esse viés e agora começou a ser mais conhecido. Mas essa cultura manicomial precisa acabar, mas é bem complicado porque a sociedade é excludente. A gente tentar tirar essa concepção de exclusão e internação que é reforçado muitas vezes pela própria mídia e, na saúde mental a gente tenta desfazer essas raízes, para que as pessoas não tenham sua liberdade restringida sem que tenha cometido crime pra isso (E 2).

Acho que de certa forma, a internação compulsória ela atenta contra a constituição, a liberdade principalmente (E 3).

Eu acho que sempre tem que ser garantista [...] o promotor de justiça e a autoridade tem que agir sob a ótica do cidadão, cidadão usuário daquele contexto social [...] é preciso ter sempre a perspectiva da liberdade para balizar a medida em cada momento do processo [...] o promotor de justiça tem que agir sob a ótica do cidadão, cidadão usuário daquele contexto social. (E 5).

Acho que temos que ter uma visão diversa, no sentido de incluir esse ser humano e conferir a ela o direito que ela tem, independente do que ela decidir [...] porque ainda assim e antes disso ela é cidadão (E 6).

Cabe ao sujeito todo o processo de percepção, sua formação enquanto sujeito, tudo pelo o que passou, para que possa ver o que está ou onde está sua dominação, o que lhe assujeita, para iniciar seu processo de luta por libertação.

Essa autonomia do sujeito o permite entender e agir de modo mais adequado diante das relações que lhe causam opressão ou que o incomode a ponto de resisti-las. Assim, a liberdade é uma atitude constante, conforme as percepções dos sujeitos. O uso de substâncias que alteram a consciência é parte constitutiva dos usos e abusos inestancáveis da cultura ocidental que, por outro lado, tenta normalizar essa atitude libertária (ROSA, 2014, 16).

Reconhece-se os usos múltiplos das drogas, recreação, sociabilidade, fuga, busca por prazer,

razões suficientes para qualquer indivíduo escolher usá-las ou não. No caso dos usuários vulneráveis o uso das substâncias possivelmente esteja relacionado com as condições de vulnerabilidade social, com as necessidades decorrentes da miséria, fome, da necessidade de sobreviver imersos numa realidade muito difícil. Sendo assim, considerando esse perfil identificado, o uso abusivo de drogas não pode ser visto apenas como prática de liberdade.

Isto porque as práticas de liberdade prescindem de um processo racionalizado de conhecimento de si e do motivo da eventual opressão sofrida, bem como o que é preciso para romper com essa dominação. Desse modo, considerando os usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social o uso abusivo pode ser resultado do processo de subjetivação em meio hostil de dominação experimentado por eles. A droga surge nesse cenário e se integra a ele como mais um de seus elementos, seja como fuga ou fonte de prazer ou meio de sobrevivência. Ainda assim, o processo de libertação de qualquer dominação se refere a uma percepção daquilo que domina, ou quem o domina, para então conferir as possibilidades de lutas contra a dominação.

De qualquer forma, a escolha por parte dos sujeitos em estado de dominação ou aqueles que podem exercer suas práticas de liberdade, deve ser respeitada, ao invés de servir como justificativa para imposição de tratamento.

Além disso, é acrescentado à prática de liberdade um atributo fundamental, a ética. A prática da liberdade, necessariamente, deve ser ética, pois “o que é a ética senão a prática da liberdade, a prática refletida da liberdade? [...] A liberdade é a condição ontológica da ética. Mas a ética é a forma refletida assumida pela liberdade” (FOUCAULT, 2004, p.267). Desse modo, a partir das relações de poder e no seu interior é possível invertê-las, dobra-las, e reapropria-las por meio da afirmação da liberdade nascida da relação ética como o si (FOUCAULT, 2004, p.268/269), posto que a ética é a forma racional que toma a liberdade e a liberdade é sua condição ontológica.

As práticas de liberdade são atitudes éticas e racionais, conseqüentes de uma percepção e questionamento contínuo das margens e limites da nossa experiência, considerando e agindo diante das relações de poder, nas quais estamos imersos e desempenhamos papéis diversos, às vezes dominantes e às vezes dominados, mas sempre agindo de modo ético e consciente,

independente da posição que ocupamos.

É importante esclarecer que, ao se conscientizar sobre a liberdade e as alterações necessárias nas relações de poder, as práticas de liberdade seriam uma atitude ética na busca e a partir do cuidado de si. Isso porque o cuidado consigo mesmo é pensado e ligado à ética. “Não digo que a ética seja o cuidado de si, mas [...], a ética como prática racional da liberdade girou em torno desse imperativo fundamental: ‘cuida-te de ti mesmo’” (FOUCAULT, 2004, p.268).

Desse modo, “o cuidado de si constituiu, no mundo greco-romano, o modo pelo qual a liberdade individual – ou a liberdade cívica, até certo ponto – foi pensada como ética” (FOUCAULT, 2004, p.267/268). Enxergar o cuidado de si como reflexo nas práticas de liberdade é a maneira como Foucault percebeu de que só a partir de si próprio, das concepções e necessidades individuais é possível haver alterações nas relações de poder por meio de um agir ético. Apenas a partir daquilo que o sujeito faria para si ou consigo mesmo seria capaz de fazer aos outros ou com os outros.

Assim, o discurso praticado pelos promotores entrevistados, garantista e sob a ótica do usuário é um agir ético a partir daquilo que seria feito consigo mesmo ou com a sua própria raça. Desse modo, a intencionalidade da biopolítica pode ser refletida, afinal, a perda da liberdade é uma medida muito extrema e, por si só violadora de direitos.

A ética no cuidado de si é transferida às relações com os outros. Para praticar a liberdade de maneira adequada é preciso ocupar-se de si mesmo, cuidar de si, se conhecer e se formar, se superar, podendo dominar em si os apetites que poderiam arrebatá-lo (FOUCAULT, 2004, p.268).

O cuidado de si é ético em si mesmo; porém, implica relações complexas com os outros, uma vez que esse *êthos* da liberdade é também uma maneira de cuidar dos outros; por isso é importante, para um homem livre que se conduz adequadamente, saber governar sua mulher, seus filhos, sua casa. Nisso também reside a arte de governar. O *êthos* também implica uma relação com os outros. Já que o cuidado de si permite ocupar na cidade, na comunidade ou nas relações interindividuais o lugar conveniente – seja para exercer uma magistratura ou para manter relações de amizade. Além disso, o cuidado de si, o cuidado de si implica também a relação com um outro, uma vez que, para cuidar bem de si, é preciso ouvir as lições de um mestre. Precisa-se de um guia, de um

conselheiro, de um amigo, de alguém que lhe diga a verdade. Assim, o problema das relações com os outros está presente ao longo desse desenvolvimento do cuidado de si (FOUCAULT, 2004, p.270/271).

A ideia do cuidado é um modo de enfrentamento e consciência para a humanidade, no sentido de desenvolver uma cultura de cuidado de si e dos outros com mais alteridade e com solidariedade, considerando os problemas em que estamos inseridos, bem como liberdade digna a todos (RUGGIERO, 2010, p. 83).

Mais uma vez a autonomia do sujeito no processo de auto conhecimento e no agir com os outros é percebida e, por sua vez, é externado pelo agir ético igual aquele conferido a si próprio. Foucault (2004, p.220) preocupou-se mais com a ética do que com a moral ou a política, na verdade ele se voltou à política como uma ação ética, como se fossem indissociáveis. Ele questiona uma atitude ética ligada diretamente à política capaz de possibilitar o surgimento de problemáticas não comumente colocados nesse campo. “As questões que tento colocar não são determinadas por uma concepção política prévia e não tendem à realização de um projeto político definido”. As colocações se abrem aos problemas tão concretos e gerais quanto possível, “que viram a política pelo avesso, atravessa as sociedades em diagonal e são parte constituinte de nossa história e, ao mesmo tempo, constituídos por ela” (FOUCAULT, 2004, p.220).

É desse modo, em torno da problematização da vida, suas formas, os valores da vida, que se poderá construir uma nova subjetividade política como medida de justiça, tendo os direitos humanos como balizador para todas as vidas, indistintamente dos grupos e classes (KEIL, 2002, p. 56).

É possível dizer que “o lugar e o papel dos indivíduos, dos indivíduos éticos, sensíveis e racionais estão no cenário das lutas políticas”, o verdadeiro campo das lutas de resistência passa a ser aquele “contra o gigantesco aparato, técnicas e procedimentos desenvolvidos para conhecer, dirigir e controlar as vidas das pessoas, seus estilos de existência, suas maneiras de sentir, avaliar, pensar” (CASTELO BRANCO, 2005, p.178-181).

São lutas que se dão, portanto, no campo dos afrontamentos e resistências ao poder e a seus excessos, são lutas contra sujeição, contra a dominação que submete.

As práticas da liberdade baseadas no cuidado ético de si e com os outros visa sempre o bem dos outros. Assim todo o desencadeamento de ideias, percepções, processos e atitudes que sujeitam e assujeitam o indivíduo de alguma forma, é necessária para a resistência ao poder para uma nova forma de política, definida pelas práticas de liberdade (NEWMAN, 2014, p. 116).

Tendo em vista a tomada da vida como objeto político é preciso criar um espaço de luta e resistência podendo estabelecer uma nova relação política entre as vidas nuas e dignas. Isso porque, a vida é um campo de batalha onde as estratégias simultâneas de sujeição e individualização próprias das tecnologias biopolíticas estão em tensão com gestos de desidentificação dos próprios sujeitos em nome da resistência à normalização” (GIORGI e RODRÍGUEZ, 2007, p. 31).

A verificação da liberdade e autonomia dos indivíduos não é apenas perceber suas condições de exclusão ou vulnerabilidade no caso dos drogaditos, como se essa situação fosse resultado de uma dominação tão somente. Na verdade, a compreensão proposta por Foucault envolve todas relações de poder nas quais os sujeitos estão inseridos e atrelados, bem como as associa aos jogos de verdade, a subjetivação, ao agir ético com os outros, as capacidades de resistir e, a partir desse processo e da forma de concebê-lo que a ordem posta pode ser alterada. E, finalmente, o sujeito com práticas de liberdade e cuidado de si, baseado numa atitude ética, é o ponto de articulação entre “a preocupação ética e a luta política pelo respeito aos direitos, entre a reflexão crítica contra as técnicas abusivas de governo e a investigação ética que permite instituir a liberdade individual” (FOUCAULT, 2004, p.285).

Essa ética nos remete ao afastamento do conjunto de princípios morais a determinar a ação ou um conjunto de virtudes a mediar a obtenção de fins bons, para tornar-se um acontecimento, um encontro cotidiano entre eu e o outro. Pode-se concluir que se trata de uma ética que exige diálogo e ação. É diante do outro que o eu age, do contrário, não há encontro, nem relacionamento ético. Sendo assim, no agir com cuidado ético com e para os outros, as práticas de liberdade serão balizadas pela ética que não permitirá o excesso, evitando dominações e submissões de indivíduos.

Os entrevistados demonstraram seu inconformismo e indignação ao falarem da oitiva do paciente. “A gente vai saber como está a situação, saber do paciente mesmo, no interrogatório do paciente” (E 4). A questão aí é o contato em si, o promotor não tem chance de ver o paciente antes, então a audiência passa ser a primeira oportunidade o que incomoda aos investigados.

Portanto, a participação do indivíduo contra quem é pedida a internação é mínima, a fala do usuário não é ouvida no início do processo. Não é dada oportunidade a quem se tenta internar. Ela é suprimida pelo poder do laudo, o que mais uma vez corrobora com o discurso de verdade e de poder. Assim, analisando a posição adotada pelos entrevistados, eles se colocam contra: “acho que essa internação compulsória atenta contra os princípios constitucionais, né?!” (E 3).

Esse quadro, conforme a perspectiva foucaultiana se aproxima de uma quase dominação<sup>21</sup>, a objetivação do paciente (como louco ou dependente), não permitindo que ele fale e resista essa forma de sujeição. Não se trata sequer de relação de poder, especificamente para Foucault (DREYFUS e RABINOW, 2004, p.240), pois essas designam relações entre um conjunto de ações que se induzem e se respondem umas às outras. Nesse caso não há retorno.

Ao analisar a implementação da internação compulsória sobre vulneráveis sociais, os quais pertencem ao grupo social historicamente excluído, cujo comportamento e modo de vida não são aceitos mesmo antes do envolvimento com as drogas, percebe-se que estamos muito longe de compreender a concepção de liberdade, especialmente a proposta por Michel Foucault. As relações de poder e as avaliações e classificações do tipo de vida normal e correto, a partir de um referencial burguês influencia no modo como os sujeitos se enxergam, percebem a realidade diante de si e agem de acordo com as concepções formuladas, chegando-se a um estado de quase dominação, ao invés da relação de poder na qual há liberdade, há possibilidades de ação e rupturas. Mas é preciso destacar que esse tipo de situação ocorre, pois a sociedade considerada normal não compreendeu o agir e cuidado ético com e para com os outros.

A prática do cuidado de si acabou se distorcendo, transformando-se em controle de si, segundo o qual, todos ingressamos numa era de fiscalização moral mútua, em que as ações e os

---

<sup>21</sup> Dominar segundo Foucault, é exercer sobre os outros um poder tirânico, no caso de dominação, o problema é saber onde será formada a resistência ao poder (FOUCAULT, 2004, p.272-277).

comportamentos tidos como criminosos para “reduzir a ameaça do aumento de penalidades e encarceramento, inclusive aqueles cumpridos a céu aberto” (ROSA, 2014, p.70).

Um dos exemplos disso é a implementação da própria internação compulsória que se tornou presente e permeável em todo corpo social, cujo discurso de sua necessidade se fortalece, na tentativa de reduzir as ameaças que esses drogaditos representam, inclusive encarcerando-os, sem que haja condenação penal para tanto. Na verdade, a condenação moral social ocorrera antes e, agora controla-se as ações e comportamentos dos usuários.

Ao invés do cuidado de si foucaultiano, o movimento social percebido é a do controle de si e dos outros em que os indivíduos passaram a ser assistidos por diversos dispositivos, dentre os quais estão eles próprios, na conciliação da ameaça do uso de um leque de penalidades, leves e moderadas, de modo irreversível, medicação dos desvios e normalização dos indivíduos (ROSA, 2014, p.70).

Nesse sentido, Loic Wacquant (2003, p.108/109) ao falar dos moradores dos chamados guetos norte americanos, onde habitavam os excluídos sociais daquele país, afirmou que esses locais cumpriam uma funcionalidade em defesa do corpo social, ao confinar seus moradores e mantê-los restritos a essas comunidades marginalizadas:

... o gueto é um modo de ‘prisão social’, enquanto a prisão funciona à maneira de um ‘gueto judiciário’. Todos os dois têm por missão confinar uma população estigmatizada e de maneira a neutralizar a ameaça material e/ou simbólica que ela faz pesar sobre a sociedade da qual foi extirpada. É por esta razão que o gueto e a prisão tendem a desenvolver padrões relacionais e formas culturais que ostentam espantosas similaridades, merecedoras de um estudo sistemático em contextos históricos e nacionais diversos.

Essa afirmação pode ser associada aos apontamentos de Michel Foucault sobre as práticas de liberdade, especialmente em relação ao processo de subjetivação e assujeitamento. Isso porque, no cumprimento da funcionalidade da biopolítica com forte traço do racismo de estado, a referida ‘prisão social’ que mantém seus moradores restritos aos seus limites, acaba por forjar o modo como eles enxergam o mundo e sua própria condição do mesmo modo e ao mesmo tempo que forja a sociedade.

As prisões sociais fazem com que os marginalizados concebam o local onde pertencem e a exclusão que sofrem como naturais ou como consequências de uma determinada ordem, sem que esta seja compreendida devidamente. Os guetos americanos podem ser comparados com as comunidades carentes brasileiras, locais onde moram pessoas que carecem de escolas, unidades de saúde, opções de lazer, transportes público de qualidade, onde há predominância da violência, inclusive por meio das ações policiais que, muitas vezes, utilizam-se da força desmedida contra os moradores.

É imerso num cenário de prisão social cotidiana que grande número de indivíduos tem sua formação intelectual, emocional, psicológica e social desenhadas, as quais conferem uma inadequada percepção acerca do que é a liberdade, como ela é exercida, como ela pode ser praticada e construída. Portanto, inúmeros sujeitos tem seu modo de viver, de enxergar o mundo, de se enxergar no mundo, inclusive os seus direitos, conforme essas circunstâncias.

É importante destacar que os sujeitos formados nessas prisões sociais são capazes de compreender que é preciso mudar, “que é preciso liberar” algo, que há dominações, para então iniciar o processo de liberação, pois “a liberação é às vezes a condição política e histórica para uma prática de liberdade” (FOUCAULT, 2004, p.266/267). Todavia, a questão é saber efetivamente quais ações devem ser realizadas, o que é possível fazer de efetivo para cessar essa condição de dominação que os detém na prisão social e como essas ações podem ser realizadas.

Cumprir destacar que não bastassem as chamadas ‘prisões sociais’ se restringirem aos locais onde os excluídos sociais vivem, essas prisões tem se transferido às ruas, praças ou demais locais públicos ocupados pelos usuários, face ao agravamento de seu estado vulnerável de quase dominação. Diante desse panorama, não é surpresa que as pessoas submetidas à internação compulsória sejam aquelas que carecem da efetividade dos direitos fundamentais, convivendo num ambiente resultante da negativa desses direitos, sem que esse contexto seja problematizado quando da implementação da medida. Esse fato ratifica que, na verdade, o “problema das drogas” é um problema social que cabe à sociedade discuti-lo e buscar a solução sem violar direitos fundamentais. “Um problema social grande que está se alastrando e que está se alastrando porque a pobreza está se alastrando, porque a marginalização está se alastrando” (E 5).

A lógica do asilo de certo modo retorna ao falar das prisões sociais, pois embora livres estão presos. Para os drogaditos em vulnerabilidade social é ainda pior, tendo em vista estarem numa prisão social que pode ser a comunidade onde vivem ou as ruas que ocupam, as quais, por sua vez, estão na iminência de serem substituídas pela prisão clínica. Tendo em vista que a formação do louco é para e a partir do asilo/internamento, cumprindo-se a intencionalidade da biopolítica.

Assim, com o aumento da pobreza e todo o contexto de submissão que a envolve as condições propícias para que as relações de poder normais de qualquer relação humana, se tornem relações de dominação, aquelas em que há um dominado que por si próprio não pode romper com o que o reprime. Num contexto como esse é difícil para a parte dominada conseguir enxergar onde está sua resistência e como uma possível ruptura possa ocorrer.

Nesse caso de dominação – econômica, social, institucional ou sexual -, o problema é de fato saber onde vai se formar a resistência. Estará, por exemplo, em uma classe operária que vai resistir à dominação política – no sindicato, no partido – e de que forma – a greve, a greve geral, a revolução, a luta parlamentar? Em tal situação de dominação, é preciso responder a todas essas questões de uma maneira específica, em função do tipo e da forma precisa de dominação (FOUCAULT, 2004, p.277).

Embora seja muito forte o estado de dominação exercido sobre grupos sociais vulneráveis e marginalizados, Foucault (2004, p.265/266) acredita ser possível alterar essas relações de poder ou mesmo iniciar o processo de libertação, no sentido de ter real conhecimento sobre do que é preciso se libertar, compreender o que causa tamanha repressão e dominação, o que prende e condena populações marginalizadas inteiras a uma histórica opressão, impedindo que esse ciclo de dominação cesse. Isso não significa que os grupos excluídos não tenham capacidade de perceber a causa de sua dominação e resistirem, quer dizer que “as relações de poder se enraízam profundamente no nexos social; e que elas não reconstituem acima da sociedade” (FOUCAULT, 2004, p.245). A penetrabilidade do poder, a intencionalidade da biopolítica é tal que integra tudo, comprometendo a percepção da dominação pelos indivíduos.

Apesar das dificuldades, a libertação é possível, as práticas de liberdade, as ações e atitudes capazes de romper com relações e estruturas de poder que sujeitam. Nesse cenário, romper com os mecanismos de repressão para início do processo de libertação não é suficiente para o fim da dominação do homem, é preciso a volta à essência humana tentando compreender o que é ou não

de sua natureza para entender as aceitáveis e satisfatórias formas de existência, inclusive na sociedade política (FOUCAULT, 2004, p.265/266).

Portanto, é preciso consciência não apenas da dominação, mas do conhecimento de si, das circunstâncias e relações de poder que o envolve para que, no processo de libertação seja possível compreender o que se pode realizar e aceitar, estabelecendo limites às relações de poder e resistindo a elas. Mas é em casos como o descrito que o processo de percepção dos estados de dominação deve ser realizado por parte dos indivíduos que não foram subjugados e que gozam de maior liberdade, ou podem praticar sua liberdade com grau de amplitude bem maior. Isto porque, para Foucault (2004, p.267), as práticas de liberdade são uma realidade ética e a condição ontológica da ética é a liberdade, ao mesmo tempo em que a ética é realizada no cuidado de si, o que, por sua vez, é de certa maneira, o cuidado dos outros.

Desse modo, diante da limitada possibilidade dos drogaditos romperem com os estados de dominação que são submetidos, cabe ao corpo social saudável e livre desse tipo de estado de dominação, o dever de agir eticamente, por meio de práticas de liberdade no cuidado com os outros, rompendo com a dominação e opressão exercidas.

Considerando todo o processo até as práticas de liberdade e o agir ético com e para os outros, cabe à sociedade 'sadia' e 'normal', em especial aqueles que podem agir de modo mais efetivo e aos pertencentes às classes mais afortunadas a ação de resistência. Cabe a esse grupo questionarem as medidas como a internação compulsória e a sua colocação na seara política, na tentativa de construir as possibilidades para que os usuários vulneráveis consigam compreender a dominação, os processos de liberação necessária até às práticas de liberdade para a luta por resistência. A responsabilidade dos normais e sadios é em razão de não estarem submetidos a tantas amarras e opressões.

Porém, para o desempenho dessa atribuição essa parcela do corpo social também deveria passar por um processo de liberação, no sentido de perceber aquilo que reprime os drogaditos, a dominação imposta e então passar às práticas, à ação, pois a postura excludente e indiferente em relação aos usuários de drogas mostra que a sociedade também não se liberou de seus dogmas e

amarras. Tampouco está apta a agir eticamente. A sociedade também deve passar por um processo de libertação, revendo as relações de poder e questioná-las e reorganizá-las no sentido de não tolerar a dominação de uns sobre outros, partindo às práticas de liberdade.

Michel Foucault (2004, p.229) ao colocar temas e pessoas no cenário político tenta interrogar a política sobre o que ela tem a dizer a respeito dos problemas com os quais ela se confronta, ou seja, é preciso questionar sobre as posições que a política assume e suas razões para tanto, por isso o papel da sociedade nesse interrogatório é fundamental. Afinal, é ela quem deve questionar e praticar a liberdade de maneira a fazer com que as relações de poder se alterem e sejam rompidas.

Nesse caso, a sociedade ao invés de encampar o discurso hegemônico, a sociedade deve perguntar sua necessidade, funcionalidade e a intencionalidade da internação compulsória e se questionar como a medida é capaz de proporcionar tratamento sem consentimento do indivíduo, sem, contudo, implicar em violação de direitos fundamentais.

A ideia de liberdade, segundo Claudio Cohen (2013, p.24/25) está relacionada à possibilidade de aceitação e elaboração dos próprios valores. Quanto aos direitos humanos, se pensados enquanto direito natural do ser humano “poderemos constatar que eles não existem naturalmente no indivíduo. Se assim fosse, não necessitaríamos criá-los e até impô-los”, eles são uma criação da cultura – cabe a toda a sociedade “preservá-los ou modificá-los, além de ensiná-los a cada indivíduo e zelar pelo seu cumprimento”.

Portanto, é importante que todo o corpo social tenha ciência e consciência acerca da liberdade e sua conferência a todos os indivíduos, inclusive os usuários que fazem uso abusivo de drogas.

É por meio da ideia do cuidado de si que se revela nos outros e para com os outros o cuidado ético, ou ainda por meio da criação, percepção e preservação de um valor comum à sociedade que seria possível colocar-se efetivamente contrário aos estados de dominação como o que domina os drogaditos submetidos à internação compulsória. Um dos promotores foi enfático ao falar problema social e o desvirtuamento no seu tratamento para justificar a internação compulsória:

existe uma questão da desumanização que é a perda do valor, enquanto um referencial social. Eu não acho que o enfrentamento direto da drogadição, enquanto algo segmentário vá trazer uma solução. Ele é o sinal vermelho do desvirtuamento social, daquilo que uma sociedade tem por escolha política e econômica (E 5).

Como se vê o valor que a sociedade atribui às drogas e aos sujeitos que fazem uso abusivo delas, especialmente os que se enquadram no perfil da maioria submetida à internação compulsória, deve ser revisto diante da necessidade do corpo social lidar com a questão de maneira a não violar a liberdade e autonomia dos cidadãos usuários. Isso porque, por meio desse mecanismo, pela atribuição de um valor que reflete a ética do cuidado comum a todos os cidadãos é possível defender e proteger efetivamente a liberdade, pois nos processos de internação compulsória, os drogaditos são seus objetos e não cabe outra saída, senão o garantismo.

Esse posicionamento é um sinal de que há um cuidado e preocupação com as pessoas e com a própria democracia, pois caso o discurso hegemônico venha impregnar todas as instituições de poder a violação aos direitos fundamentais seria ainda maior, abalando o próprio Estado Democrático de Direito. “O Estado democrático não está autorizado a substituir o indivíduo nas decisões que dizem respeito apenas a si mesmo. Ao indivíduo há de ser garantida a liberdade de decidir, mesmo se de sua decisão possa resultar uma perda ou um dano para si mesmo” (KARAM, 2014, p. 272).

A perspectiva que vem sendo considerada em relação à internação compulsória pela amostra selecionada é a do usuário, inclusive, ponderando o contexto social em que a maioria vulnerável está inserida. Cabe destacar ainda que, de forma enfática ela afirmou claramente encontrar limites no exercício de sua prática profissional, para efetivar a política de saúde mental. Tal limitação reflete na precariedade dos serviços oferecidos à sociedade, o que agrava a situação dos usuários que não disponibilizam os tratamentos e serviços na rede pública de saúde.

Cabe destacar que, segundo E 3 seria necessário um processo e decisão de interdição civil anterior ao pedido de internação compulsória. Aliás, E 3 questionou mais veementemente o poder conferido ao laudo médico, no sentido de constituir-se como instrumento probatório, tendo em vista ser o documento que fundamenta o pedido de internação e a decisão judicial para restringir a liberdade de alguém, afrontando os princípios constitucionais.

Eu, particularmente, sou contra, acho que essa internação compulsória atenta contra os princípios constitucionais, né?! Os princípios que a Constituição de 88 consagrou, porque nenhuma pessoa pode ter sua liberdade privada a não ser por uma sentença prévia condenatória, né?! E a internação compulsória não tem isso, mas simplesmente um atestado médico, um laudo e que o juiz determina a internação daquela pessoa, baseada apenas nisso. Eu acho que o caminho correto nesses casos de internação compulsória é um breve processo de interdição, é um caminho que preserve as garantias fundamentais. Aí, somente num caso de urgência você pode pedir junto ao processo de interdição, aí sim, você pode pedir antecipadamente a internação, do contrário eu não vejo isso possível. Por que como posso enclausurar um cidadão que não cometeu crime! Se esses casos viessem pra mim, eu me manifestaria contrário em todos os casos, porque não acredito que seja privando da liberdade sem cometimento de crime que será possível resolver esse problema (E 3).

A questão posta pela amostra é que a internação compulsória, por si só, já é medida extrema violadora de direitos. Assim, essa decisão não pode ser baseada num laudo médico apenas, é preciso haver um conjunto probatório mais robusto e coerente com o pedido de tratamento, inclusive porque não houve nenhum ilícito penal para que o usuário de drogas tenha sua liberdade restringida e sem determinar o tempo dessa internação.

Além disso, o critério médico desumaniza um possível tratamento, segundo os investigados. A mudança da lei e a perspectiva da saúde mental têm que ser observadas, especialmente porque a política de drogas pretende compreender a questão por viés multidisciplinar, enquanto que a consideração do critério biomédico tão somente não corresponde a essa perspectiva. Esse critério, embora muito importante não pode ser o único, há outros fatores a serem considerados.

só utilizar da internação em último caso, respeitando os direitos e, principalmente a liberdade dos usuários, quando todas outras alternativas falharem, forem insuficientes. Todos os mecanismos, caps, crea's, notificar as pessoas, conversar com as pessoas, usuários e família, dar oportunidades, esclarecer as questões e situações (E 6).

Durante a entrevista E 4 foi o promotor que se mostrou mais conformado com o critério médico, e acrescentou que “critério subjetivo, na verdade, a gente quase não usa nenhum” (E 4). Além disso, afirmou que o “requisito seria o que o médico disser. O laudo já tem um padrão, caracterizam a CID do paciente e logo embaixo eles colocam a conclusão deles.[...] Para internar o usuário de drogas, o médico tem que dizer, por meio de laudo, que ele não tem condições de ser tratado fora” (E 4).

Destaca-se ainda que a E 5 se posicionou no sentido de que, o laudo médico deveria ser fornecido

pelo médico da rede de assistência, o que não ocorre:

A minha posição é que a demanda por internação compulsória tem que ter prévia avaliação de um corpo médico e, preferencialmente do serviço, que a porta de entrada, de referência é o CAPS. Isso falando do SUS (E 5).

Quanto a essa necessidade do médico pertencer ao serviço público especializado, a lei é silente, ou seja, o médico da iniciativa privada por oferecer. Não se trata de questionar a ética do profissional, ao contrário. A questão levantada demonstra que, a própria lei não valorizou os profissionais de sua rede de assistência à saúde mental que, pelo próprio dever de ofício, devem estar mais atentos aos princípios Reforma e a necessidade de consideração e observação de outros critérios.

Durante sua entrevista, E 5 levantou uma questão prática comum nos casos acompanhados pela promotoria da Comarca em que atua. Trata-se de situações limites em que a vida e a incolumidade física são expostas ao risco, face à omissão do Estado: “Uma mãe que chega e diz assim: Se ele não for internado o tráfico vai matá-lo”. Como o Estado não efetivou a política de saúde mental, os promotores não podem contar com os aparelhos adequados necessários na rede pública para encaminhar esse tipo de paciente. Assim, embora os promotores reconheçam que o parâmetro deva sempre ser a liberdade, mais uma vez, a realidade e a falta de investimentos alteram o rumo que normalmente seria seguido.

é muito difícil. A gente hoje na realidade atual, com o sistema atual, que é falho nos outros mecanismos de proteção, não posso afirmar peremptoriamente que não acontece. Que um valor de garantia não vai ser subjugado pelo outro em algum momento. Isso acontece. E são situações muito complicadas porque se o promotor diz: não dá porque ele não tem laudo e, supostamente (como vários relatos que eu já ouvi), então não dá para internar. Mas aí, se não internar ele vai morrer. E se ele morrer? E aí, você não tem uma casa de passagem para internar esse indivíduo, como fazer? Porque quando tem essa casa de passagem fica mais fácil. Quando ela existe, conforme está previsto na lei, a tomada de decisão é fácil é só utilizar do aparelho que está lá. Mas essas casas não existem. E aí? Na prática? Na prática, a falta da estrutura acaba fazendo com que você tome caminhos que nem sempre são aqueles que seriam ideais, do ponto de vista da estruturação (E 5).

A fala do promotor demonstrou a dificuldade das famílias (e seu desespero diante do problema) perceberem o estado de dominação em que se encontram e que lhes submetem. Diante disso, preferem a internação compulsória à liberdade.

Além dessas situações limites, há também outras limitações relativas à fiscalização dos locais em que os drogaditos ficam internados. Segundo os promotores, a ação fiscalizatória é feita dentro das possibilidades individuais de cada um, pois não há uma ação articulada com outros aparelhos do Estado para uma ação permanente na defesa da autonomia e demais direitos dos drogaditos. Assim, as fiscalizações acabam sendo isoladas:

verificar o que realmente eles oferecem e desenvolvem seu trabalho, inspecionar as instalações, ver se tem violações de direito, tudo. Ir até lá sem avisar para que a gente possa flagrar qualquer irregularidade, o que realmente ocorre. Agora, fazer um acompanhamento individual, infelizmente nós não temos condições de fazer isso, porque faltam aparelhos, falta pessoal, a gente tem compromissos burocráticos que tem que ser cumpridos, temos as audiências, enfim. Existem limitações atinentes ao cumprimento das nossas atribuições que impedem esse acompanhamento mais individualizado (E 6).

Inclusive é o promotor do caso que faz a fiscalização rotineira.[...] E o promotor responsável pelo caso também acompanha caso a caso no processo como está o tratamento. Vai fiscalizando pelo próprio processo, por meio de relatórios, ou denúncias, de familiar, interno, ou outros órgãos públicos que tenham qualquer notícia a gente vai verificar. O Estado, a obrigação do Estado é sempre encaminhar para clínicas regulares, então presume-se que está dentro da regularidade e respeita os padrões. Mas o promotor ir ao local é mais difícil, a não ser por iniciativa e liberdade de cada promotor [...] a gente fica atento quanto ao tempo da internação (E 2).

Apesar do acompanhamento fiscalizatório feito por cada promotor, há limitações para tanto pois sequer há recursos humanos suficientes, nem equipe especializada para cobrir todos os locais que recebem os internos determinados pelo Judiciário. Além disso, o próprio grupo de profissionais designado para realização de trabalhos como a fiscalização é extremamente reduzido.

Eu soube, por exemplo que, não sei se é verdade, que há um médico perito do Conselho Regional de medicina para todo o Estado. Só por aí você já vê que é uma fiscalização e uma vistoria por amostragem, ilusória mesmo. Quando conseguir fazer alguma coisa a situação já agravou. Não tem como desenvolver um trabalho de qualidade e efetivo dessa forma. De qualquer forma, sendo essa informação verdadeira ou não, a verdade é que, infelizmente, ainda temos um longo caminho pela frente a ser percorrido. Longo e árduo (E 3).

a gente não pode perder a perspectiva da efetivação dos direitos fundamentais, a saúde e a vida são direitos fundamentais. E a gente tem o poder, tem o dever de fiscalizar, né?! Tanto as políticas da saúde que garantem o direito à vida, é dever constitucional do ministério público de fiscalizar, de fiscalizar no sentido tanto de cobrar quanto de buscar a implementação dessas políticas. [...] Apesar da quantidade reduzida de pessoal que atende a todos os promotores, né?! [...] Nossa estrutura ainda é muito precária, já foi muito pior. Mas ainda continua precária (E 4).

Para você ter uma ideia, nós temos 10 assistentes sociais no Ministério Público todo para atender o estado do Espírito Santo, imagina? Sendo que dessas 10 duas são lotadas em

cada centro de apoio específico, nós 10 centros de apoio, aí escolheram cinco centros e lotaram duas em um duas em outro. Ou seja, tem duas lotadas no Centro de Educação e aí só mexem com a parte de Educação. Outras duas no Centro de Apoio da Cidadania só mexem com idoso, deficientes, loas, minorias. Outras duas que estão lotadas no Centro de Apoio da Saúde só mexem com a saúde pública. Portanto, nós não temos 10 assistentes efetivamente (E 6).

Diante dessas condições limitadas de trabalho e a impossibilidade de fiscalizar efetivamente todos os locais, a proteção dos direitos dos drogaditos internados, certamente, sofrem as consequências da falta de instrumento para tanto, não sendo possível atender a demanda. Tampouco é possível proteger efetivamente o drogadito. Essa situação mostra o descaso do Estado em garantir a liberdade e demais direitos e impedir que a lógica da dominação seja percebida. Isso evidencia a distância entre o cenário descrito e a ética do cuidado da liberdade.

Finalmente, cabe destacar que um dos entrevistados, ao ser questionado acerca do aspecto social e criminal que envolve a drogadição, assumiu claramente sua postura contrária a política proibicionista de drogas, acreditando que a lógica deveria mudar. Durante sua entrevista, E 3 manifestou-se favorável à descriminalização das substâncias e reconheceu que sua postura é isolada, segundo ele devido à cultura repressora, principalmente entre os magistrados. Porém, mesmo com uma visão diversa e sem poder aplicá-la, acredita que a política de drogas atual fracassou.

Essa é uma situação que infelizmente a gente ainda tem uma visão muito repressiva, né?! Não só a sociedade, mas principalmente os profissionais da área jurídica. Eles vão crescendo com essa ideia da repressão. Isso tudo vai de encontro ao que temos visto é a total falência do sistema penal. Eu sou totalmente favorável à descriminalização. Acho que droga é problema de saúde e não problema jurídico penal. Não sei te dizer como seria feito isso, mas é preciso começar imediatamente com a legislação, rever certos conceitos. Porque não é possível continuar esses milhares, talvez milhões, de processos criminais por causa de uso e tráfico de entorpecentes. E o pior é que há muitos juízes, principalmente, com visões muito repressoras também e aqueles com visões menos repressora, ainda não tem mecanismos para decidir de modo diverso, afinal eles tem que trabalhar dentro da lei. A gente também, enquanto promotor tem que observar o que a lei estabelece. Mas eu acredito que as drogas, seja tráfico ou o uso, devem ser combatidas de outra forma e não na esfera criminal. Sou totalmente contra a criminalização, mas acho que ainda faço parte de uma minoria nesse pensamento, porque o pessoal ainda acredita no encarceramento, prisão e tal. Eu tenho a minha consciência acerca do tema, tenho minha convicção, mas somos obrigados a cumprir a lei. Infelizmente não posso simplesmente de forma isolada criar um entendimento e começar a deixar de cumprir a lei. A lei tá em vigor e tenho que seguir. Tenho que cumprir. Mas a meu ver é uma política falida, não vai trazer nenhum resultado. Muito pelo contrário, o que se gasta com segurança principalmente em função do combate ao tráfico poderia ser muito mais bem utilizado em outras áreas sociais, como saúde e educação, que é ali que a gente vai

conseguir combater as drogas, o uso e até ao tráfico. Nas escolas, dando acesso à saúde e não pondo gente na cadeia que já mostrou que é uma política que não teve êxito e não vai ter nunca. Mas é muito difícil, ainda mais com o nosso congresso, as pessoas tem uma resistência muito grande também até em debater sobre o tema de modo claro (E 3).

Essa postura demonstrou o cuidado ético de E 3, no sentido de perceber uma relação de dominação, o proibicionismo, que deve ser revista, ao invés de manter o dispositivo de controle e assujeitamento tão fortes.

Cabe destacar ainda que, após o término da entrevista, E 3 ainda afirmou que as drogas e tudo o que as envolvem são problemas que “só crescem” e, por essa razão a sociedade terá que enfrentar a questão de frente. Segundo ele, tem muita gente usando e muita gente morrendo e, num determinado momento, isso não poderá mais ser ignorado, tampouco adotar medidas paliativas. Ou seja, para ele, a sociedade terá que conferir qual é a dominação, o que a causa ou a maximiza. Discutir a dominação seria travar lutas de libertação e resistência às relações de poder.

Considerando a postura adotada pela maioria dos profissionais jurídicos, em especial os magistrados conforme destacou E 3, bem como os apontamentos teóricos da ética do cuidado e o papel que o corpo social deve desempenhar, principalmente, aqueles sujeitos que gozam de mais liberdade e são capazes de perceberem o estado de dominação, é interessante destacar a crítica formulada pelo professor João Maurício Adeodato (2003, p.96) ao Poder Judiciário e suas práticas: “A estratégia discursiva jurídica tem sido a reificação, isto é, os textos parecem entendidos como meros descritores de ‘coisas’ (natureza jurídica disso ou daquilo) e não como parte de procedimentos jurídicos em construção”.

Como se vê, não é possível que as análises dos casos concretos não reflitam o contexto em que estão inseridos, permitindo que a repetição de suas decisões mantenha os conceitos, as práticas e a ordem social, com a perpetuação da dominação de grupos à margem.

Além da postura conservadora e do discurso de ordem do Judiciário, ciências como “sociologia, a psicanálise, a medicina, a biologia, a astrofísica, etc. – que conseguem apreender algumas atitudes dos seres humanos –, não” são consideradas quando da elaboração das leis relativas às

drogas. Isso pode explicar a razão da aprovação de legislações “mais vinculadas aos mitos, ao folclore ou aos tabus sociais e que, às vezes, não são compatíveis com a realidade da observação científica” (COHEN, 2013, p.27), permitindo a vinculação de periculosidade social à doença mental, estigmatizando-a. Essa assertiva corrobora com a cultura repressora por parte dos profissionais da área jurídica e da sociedade como afirmou E 3.

Não se pode crer que a política, inclusive a atividade legislativa, tenha as repostas aos problemas afetos aos portadores de transtornos mentais, tampouco em relação às drogas e usuários, especificamente. Mas ainda assim, o questionamento acerca das estruturas, a finalidades das leis e regulamentações, a importância conferida à temática e as razões políticas para isso é fundamental, inclusive a participação de outros campos do saber atribuindo outros valores, agregando conhecimento e novas perspectivas. Essa participação, a contribuição de diferentes olhares possibilita ao menos o início do processo de libertação, para que estados de dominação possam ser rompidos.

O cuidado sem repressão e exclusão é possível e, embora não faça parte dos jogos de verdade, várias entidades da sociedade civil, compostas por técnicos, usuários e familiares, por meio da Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos, articulam-se com o intuito de pressionar as gestões públicas para o trato da temática da droga, nessa outra perspectiva (DUARTE, 2013, p.46).

Sendo assim, a construção de uma política que inclua, humanize e não discrimine, garantindo a liberdade, à integridade e à dignidade dos drogaditos, em especial daqueles em situação de vulnerabilidade social, pode ser posta em prática. O discurso travestido de proteção à saúde e da vida dos usuários de drogas e da sociedade sadia pode ter fim. Para tanto o corpo social deve colocar tais questões na pauta política e agir eticamente de modo a resistir tanto à mitigação dos direitos dos drogaditos quanto às relações de poder que os oprime.

Portanto, a ética nas práticas de liberdade deve ser refletida no cuidado com os outros, o que possibilitaria adoção de políticas, questionamentos, posturas e atitudes mais autônomas e livres diante das relações de poder. Diante do contexto em que forças e verdades são impostas,

processos de libertação e práticas de liberdade devem existir de modo permanente em relação a si próprio e aos outros, com uma concepção de vida ética em que a experiência vivida é uma forma possível de realização das práticas da liberdade. A “garantia da liberdade é a liberdade” (FOUCAULT, 1994, p. 276).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória até o fim desta dissertação foi intensa, instigante, dolorosa, desafiadora, confrontadora e libertadora. Foi e continua sendo um somatório de sentimentos, sensações e descobertas que, no início do mestrado, não imaginava ter. Neste caminhar, um fio condutor me guiava, a vontade de escrever, debater, compreender, e, assim construir conhecimentos no decorrer da longa caminhada, cuja primeira etapa finalizo aqui.

Iniciei o trabalho com um posicionamento muito claro a respeito da problemática proposta. Todavia, logo após o início da investigação esse posicionamento mudou e depois mudou de novo e, mais uma vez, voltou a mudar conforme o conhecimento e as dúvidas emergiam.

Uma pretensão sempre esteve presente, a saber, conferir visibilidade à internação compulsória no campo dos Direitos Fundamentais e iniciá-lo um debate claro e sem dogmas, com intuito de compreender o discurso da necessidade da implementação da medida, justificada como possibilidade concreta e efetiva de tratar o grande número de usuários de drogas que se encontram nas ruas das cidades do Brasil em toda sua extensão.

Diante desse cenário, que me angustiava enquanto pessoa e enquanto simples observadora da realidade, não obtinha nenhuma explicação. Por isso me propus a conferir a possível compatibilidade entre a internação compulsória de usuários de drogas, maiores de 18 anos, em situação de vulnerabilidade social com o direito fundamental da liberdade e autonomia. Ademais, achei que seria interessante e necessário verificar qual o discurso praticado pelo Ministério Público, instituição autônoma com dever constitucional de defender direitos fundamentais e a democracia, diante do tema proposto e das relações de poder.

A hipótese formulada era de que a internação compulsória, tal como demonstrada nessa pesquisa, é violadora do direito a liberdade e autonomia dos usuários de drogas, bem como outros direitos fundamentais expressos na CR/88. Em relação ao discurso do Ministério Público acreditava-se que o discurso praticado seria o da liberdade e autonomia e em defesa dos direitos fundamentais. As dúvidas foram várias e até o final dessa pesquisa algumas foram satisfeitas e outras surgiram.

A premissa norteadora adotada nessa investigação foi a compreensão da liberdade como algo inerente à existência humana e o direito fundamental da liberdade e autonomia como possibilidade, poder racionalizado do homem de atuar em busca de sua realização pessoal e autodeterminação. Assim, iniciou-se a procura por caminhos capazes de ampliar o horizonte de compreensão desse direito como uma prática constante.

Durante toda a pesquisa os aspectos sociais que envolvem os usuários de drogas em situação de vulnerabilidade foram considerados com o intuito de fortalecer a democracia e os direitos fundamentais, abandonando mitos e dogmas sobre as drogas e aqueles que as consomem.

Num significativo esforço interpretativo, com as lentes voltadas à genealogia do poder e sem perder o foco da perspectiva da liberdade e autonomia foi possível perceber a prevalência da negação de direitos fundamentais a grupos sociais marginalizados e estigmatizados que tem sua formação enquanto sujeito num ambiente em que a realidade é permeada por violência e ações de controle constantes. Assim, numa reflexão sobre a liberdade, considerando sua percepção a partir de Michel Foucault, por meio da análise de discurso de tradição francesa na análise das fontes bibliográficas e das entrevistas realizadas, foram procuradas não apenas respostas aos problemas, mas às minhas angústias pessoais. Na cartografia foucaultiana, a liberdade mostra-se como possibilidade estratégica de resistência às relações de poder, as quais, por sua vez, operam com dispositivos entranhados e móveis em todos os espaços da vida social.

Ambas as hipóteses, inicialmente formuladas, foram confirmadas. Diante de tudo o que foi verificado nessa pesquisa não restam dúvidas de que a internação compulsória de usuários de drogas em vulnerabilidade social é frontalmente violadora da liberdade e autonomia.

O discurso praticado pelo Ministério Público, conforme percebido nas considerações dos promotores durante as entrevistas e as tentativas de cumprir suas atribuições constitucionais e institucionais, é o da defesa dos direitos fundamentais, em especial da liberdade. Ficou claro que a instituição não estabeleceu um discurso próprio ou um posicionamento que seus membros devem adotar.

Em verdade, segundo os entrevistados, há uma concepção da instituição no sentido de que ela e seus membros estão a serviço precipuamente da defesa dos direitos fundamentais, mas com liberdade e autonomia dos promotores para que, nos casos em que atuem, possam posicionar-se como entenderem desde que observada essa premissa. Os promotores entrevistados, especificamente, adotaram um discurso garantista sob a ótica do usuário na defesa da sua liberdade e autonomia, resistindo às relações de poder e contrariando o discurso hegemônico.

É importante destacar também que a visão desses promotores sobre a internação compulsória é uma medida séria e extrema que não pode ser utilizada como uma opção para solucionar um problema complexo e de múltiplas vertentes (as drogas, usuários e os grupos que se encontram nas ruas consumindo essas substâncias), tendo em vista que o verdadeiro problema não é relativo à internação compulsória. Esse problema é das condições socioeconômicas do país e a falta de vontade política em efetivar direitos. Esse problema é referente aos serviços hospitalares, do acesso aos serviços ambulatoriais, da qualidade desse acesso, da capacitação do agente de saúde da estratégia de saúde da família e do CAPS e a interação entre o paciente e os serviços e o retorno do paciente.

Além da perspectiva garantista sob a ótica do usuário, os promotores investigados demonstraram compreender o papel ativo de devem desempenhar nas suas funções, no sentido de exigir e cobrar do poder público o cumprimento das políticas públicas na rede pública de saúde.

A implementação da internação compulsória sobre usuários de drogas em situação de vulnerabilidade não pode ser adotada como medida de tratamento, não apenas por ser extrema, mas também porque não garante qualquer acesso à saúde, nem considera fatores além do biomédico, como os aspectos sociais, ambientais, familiares e psicológicos. Ademais, não há comprovação de que, antes da compulsória, as demais modalidades de tratamento, ambulatoriais e terapêuticos tenham sido aplicados sem sucesso.

Portanto, essa medida e sua forma de aplicação, contrariam os princípios do movimento psiquiátrico, os princípios do SUS e, principalmente, violam os direitos fundamentais da liberdade e autonomia, dentre outros.

Uma vez que a drogadição implica em um indivíduo, um produto e um contexto, não cabe responsabilizar o sujeito sem considerar as substâncias, seus efeitos específicos, o contexto em que as drogas se estabelecem, tampouco eximir outros fatores essenciais nesse quadro: a família, a comunidade, o tráfico, o Estado omissivo e o próprio usuário.

Esse tema é tão complexo que a internação compulsória não é capaz de resolvê-la, ou remediá-la de alguma forma. Também não é capaz de garantir o acesso dos usuários à saúde. Aliás, no desenvolvimento dessa pesquisa foi claramente demonstrada a delicada situação da saúde mental no país e, especialmente no Espírito Santo, devido à falta de atenção e investimento por parte do Estado na rede pública de saúde. A ineficiência decorrente do não investimento do Poder Público impossibilita o acesso aos serviços e equipamentos de saúde pelos usuários de drogas e demais pacientes psiquiátricos. Ademais, os serviços substitutivos, nas estratégias de cuidado e assistência ambulatorial e à família que deveriam ser desempenhados e oferecidos pela rede de atenção básica, embora fundamentais no tratamento de usuários, também não recebem importância. Essa negligência por parte do Estado é empecilho para a concepção de tratamento de pacientes psiquiátricos e drogaditos sem a experiência da loucura como descrita por Michel Foucault.

Na verdade, é o Estado, ao negar continuamente direitos fundamentais, o maior produtor de desigualdades e vulnerabilidades sociais favoráveis à exposição dos sujeitos às substâncias psicoativas, cujos mais atingidos são os grupos marginalizados e historicamente alijados dos direitos fundamentais. Por outro lado, é esse cenário que, por meio da internação compulsória o Estado tenta combater. Contudo, ficou evidente que esse panorama somente pode ser combatido a partir de um Estado cumpridor das políticas públicas e só terá avanços ao efetivar os aparelhos e equipamentos da saúde, investindo na rede de saúde pública e atenção básica, para que o direito à saúde dos usuários seja garantido, respeitando sua liberdade e autonomia. É preciso a interligação dos equipamentos na atenção básica em saúde, com pontos de atenção ou serviços de saúde; na atenção psicossocial especializada; na atenção de urgência e emergência; na atenção residencial de caráter transitório; na atenção hospitalar e pelas estratégias de desinstitucionalização.

Constatou-se o risco de uma retomada ao asilamento patrocinado por forças conservadoras e legitimadas pelo Judiciário e pela psiquiatria, dois campos de poder-saber que encontraram na internação compulsória um apelo mobilizador das famílias e para angariar votos, diante do pânico social que se formou ao redor das drogas e dos efeitos que elas implicam, especialmente a violência em razão do tráfico e seu combate.

No desvelar dos dados juntamente com os delineamentos teóricos de Michel Foucault sobre a liberdade e autonomia ficou claro que esse direito não é violado apenas quando da sujeição à internação compulsória, mas quando da omissão estatal nos demais âmbitos da vida do Estado, bem como quando da postura do corpo social sadio e normal, especificamente, que não resiste às relações de poder que dominam os grupos alijados e não pratica a liberdade como ética do cuidado. Nesse sentido, as práticas de liberdade no cuidado ético não são experimentados pela sociedade que, forjada sob a lógica biopolítica, não enxerga ‘os outros’ como iguais, os quais, por sua vez são os pertencentes às raças superiores, detentores da vida digna e a maximização de suas vidas necessita das ações repressoras e o controle sobre as outras raças. Assim, a liberdade foucaultiana não se concretiza nem para os sujeitos à internação, nem para a sociedade, inclusive porque para tanto é preciso uma relação entre parceiros, enquanto que numa sociedade biopolítica desigual como a brasileira, não há relação entre os referidos parceiros.

As possibilidades de práticas de liberdade no cuidado ético são muito difíceis em razão da gestão minuciosa da população pelo biopoder, a lógica da guerra e a normalização da sociedade, logo o debate acerca das drogas, usuários, tratamentos e tráfico com a efetiva participação da sociedade é dificultado. Apesar da emergência do tema, uma vez que os efeitos negativos da guerra às drogas são sentidos por todos, com fortes consequências no sistema de saúde, em razão dos mortos, mutilados, feridos e incapacitados e da falta de controle da qualidade e da quantidade das substâncias, a sociedade não demonstra interesse em realizar o debate.

Ao final dessa pesquisa concluiu-se que a forma como a internação compulsória vem sendo implementada viola gravemente a liberdade e autonomia dos usuários de drogas e deve ser combatida veementemente. Contudo, é preciso ponderar que, de fato, há pessoas que desenvolvem problemas graves em relação às drogas e pessoas portadoras de patologias mentais

sérias. Mesmo sendo uma minoria, esses casos existem e, tendo em vista que o direito à saúde é amplo, integral e universal essas pessoas precisam ter instrumentos que possibilitem o seu tratamento. Sendo assim, tão somente nesses casos, a internação compulsória deve ser considerada uma medida urgente para que, em momentos de crises ou de surtos, seja possível controlá-los.

Porém, mesmo para casos muito raros alguns, os critérios devem ser observados para proteção e respeito à saúde, à liberdade e à autonomia desses indivíduos. O estudo comprovou que além dos requisitos já previstos, para a aplicação da internação compulsória devem ser acrescentados os seguintes: quando as demais modalidades de tratamento comprovadamente não surtirem efeito; o laudo médico indicando a internação deve ser elaborado por uma junta de, no mínimo, três médicos especializados da rede pública de saúde; avaliação psicossocial por, no mínimo, três profissionais especializados da rede pública de saúde; o tempo de internamento seria exclusivamente para controlar o surto; decisão judicial de interdição anterior e; os pedidos seriam processados e julgados em segredo de justiça.

Ademais, a sociedade deve ater-se a esse campo da saúde para melhor atender aos usuários de drogas; discutir a descriminalização do porte e consumo de quaisquer substâncias para maior proteção do drogadito; ampliar e concentrar na prevenção e educação; exigir a disponibilização de serviços e equipamentos pela rede primária, inclusive de saúde da família com profissionais especializados; adequada abordagem do paciente para que o quadro de abandono percebidos nas ruas das cidades seja evitado de maneira efetiva e sem necessidade de medidas que violem direitos fundamentais; acompanhar a aplicação dos recursos destinados à saúde mental; programas permanentes de suportes sociais, com destaque para os projetos de geração de renda; aperfeiçoamento da RD; debates sobre a política de álcool e drogas e o tratamento dos usuários nos cursos de medicina para maior consciência do tema.

Quebrar paradigmas faz parte da democracia. Romper com verdades estabelecidas e estar aberto às novas possibilidades torna possível a construção de alternativas diversas das opções que temos e que já conhecemos. Assim, há que se abrir novas portas em direção a um novo lugar, adotando

uma rota diversa, compatível com a perspectiva da democracia e dos direitos fundamentais, em especial a liberdade e autonomia.

*“O que se contrapõe à dependência não é a abstinência, mas a liberdade”.*

*(Dartiu Xavier)*

## 6 REFERÊNCIAS

ABRAMOWAY, Pedro. **Políticas de drogas**; uma questão ideológica. Disponível em <http://revistaforum.com.br/blog/2013/09/politica-de-drogas-uma-questao-ideologica/> Acesso em 10 fev 2014.

ADEODATO, João Murício. Jurisdição constitucional à brasileira: situações e limites. In: SCAFF, Fernando Facury (Org.) **Constitucionalizando direitos**: 15 anos da Constituição Brasileira de 1988. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer**: o poder soberano e a vida nua I. Trad.; Henrique Burigo. 2ª ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

\_\_\_\_\_. **Estado de Exceção**: Homo Sacer II. Trad.; Iraci D. Poleti. 2ª ed. São Paulo: Boitempo, 2004.

ALMEIDA, R. B.; CALDAS, M. T.; RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R. C.; CAMPOS, A. R. Crack, a pedra lançada no SUS: desafios para uma atenção necessária. In: **Saúde em Debate**. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: Rio de Janeiro: v. 37, n. especial, p.49/60, dez 2013.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 25, n. 11, nov. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/02.pdf>. Acesso em 18 set 2014.

AMARANTE, Paulo. **Política anti-crack. Epidemia do desespero ou do mercado anti-droga?** Blog do Cebes. Disponível em: <http://cebes.iphotel.info/?p=10163>. Acesso em 23 set 2014.

\_\_\_\_\_. **Crack: sujeitos invisíveis e abandonados ela cidadania**. Setembro de 2013. Disponível em <http://cebes.com.br/2013/09/crack-sujeitos-invisiveis-e-abandonados-pela-cidadania/>. Acesso 20 de julho de 2014.

\_\_\_\_\_. **Na contramão da internação compulsória**. Setembro de 2013b. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/32156>. Acesso em 10 abr 2014.

\_\_\_\_\_. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. Lígia Giovanella; Sarah Escorel; Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato. (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Fiocruz – Cebes, p.735/759, 2008.

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

\_\_\_\_\_. Forças e diversidade: as transformações na saúde e na loucura. In: **Michel Foucault**: da arqueologia do saber à estética da existência . (G. Castelo Branco& L. F. B. Neves, orgs). Londrina/ Rio de Janeiro: Edições CEFIL/ NAU Editora, 1998.

\_\_\_\_\_. Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos, Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. (FLEURY, S. org.) São Paulo: Lemos editorial, 1997.

AMARANTE, Paulo (org.) **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANDRADE, LHS. O peso ignorado e subestimado das doenças mentais no mundo. CREMESP, editor. **Avaliação dos centros de atenção psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo São Paulo**, São Paulo, 2010. p.9-13.

ANISTIA INTERNACIONAL BRASIL. Disponível em <http://anistia.org.br/direitos-humanos/o-que-sao-direitos-humanos>. Acesso em 21 fev 2014.

ANITUA, Gabriel Ignacio. **História do pensamento criminológico**. Trad. Sérgio Lamarão. Instituto Carioca de Criminologia. Rio de Janeiro: Revan: 2008, 944p.

ARAUJO, A. C. C. Atenção Primária e dependência química: contribuições do matriciamento em saúde mental. In: **Saúde em Debate**. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: Rio de Janeiro: v. 37, n. especial, p.61/69, dez.2013.

AUGUSTO, José Bisneto. **Serviço Social e Saúde Mental**. Uma análise Institucional da Prática. São Paulo: Cortez, 2009.

BASTOS, Francisco Inácio. Epidemiologia sob fogo cruzado. In: **Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o crack**. LOPES, Lucília Elias, BATISTA, Vera Malaguti. Rio de Janeiro: Revan, p.71/99, 2014.

\_\_\_\_\_. **Comunidades Terapêuticas usam a oração como arma contra o crack**. Site IG. Por Agência Pública. 19 de nov. 2013. Disponível em <http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2013-11-19/comunidades-terapeuticas-usam-a-oracao-como-arma-contr-o-crack.html>. Acesso em 24 set 2014.

BATISTA, Vera Malaguti. **Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

BATISTA, Nilo; BATISTA, Vera Malaguti. Todo crime é político. **Caros Amigos**, São Paulo, ano 7, n. 77, p. 28-33, ago. 2003.

BATISTA, Nilo. Política criminal com derramamento de sangue. In: **Revista Discursos Seduciosos**. Rio de Janeiro: Revan, n. 5 e 6, p. 77-94, 1998.

BOITEUX, Luciana; CHERNICHARO, Luciana Peluzio. **Da folha de coca à cocaína: os direitos humanos e os impactos das políticas internacionais de drogas nas populações nativas da Bolívia**. Disponível em <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=5e9f92a01c986baf>. Acesso em 14 maio 2014.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. São Paulo: Paz Terra e Política, 1986.

BRASIL. **Resolução – RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029\\_30\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html). Acesso em 20 set 2014.

BRASIL. **Lei 11.343 de 23 de Agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111343.htm) Acesso 15 de set 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: Ministério da Saúde 2005. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso 18 set 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2 ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326983.pdf>. Acesso em 11 set 2014.

BRASIL. **Portaria nº 2391/GM, em 26 de dezembro de 2002**. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm> >. Acesso em: 10 de fev 2014.

BRASIL. **Lei n.º 10.216, de 06 abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 10 fev 2014.

BRASIL. Artigo 112 da lei n.º 8069, de 13 de julho de 1990. In: \_\_\_\_\_ **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br>>. Acesso em: 05 dez 2013.

BRASIL. **Decreto-Lei Federal, Convenção Única sobre Entorpecentes, nº 54.216/1964**. Disponível em: [http://www.unodc.org/pdf/convention\\_1961\\_es.pdf](http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf). Acesso em 2 de Jun 2014.

BRASIL. **Decreto-lei n.º 4.294, de 06 julho de 1921**. Disponível em: <<http://www.arquivopublico.pr.gov.br>>. Acesso em 10 fev 2014.

BRASIL. **Observatório: Crack, é possível vencer**. Dispõe o conceito de Comunidades Terapêuticas. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>. Acesso em 26 set 2014.

BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo. **Direito à Saúde**. Contornos Constitucionais e Tendências Jurisprudenciais: uma análise da teoria e prática brasileira. 2008, 251p. Dissertação (Mestrado em Direitos e Garantias). Faculdade de Direito de Vitória. Vitória/ES, 2008.

\_\_\_\_\_. **A Ideologia Feminina no Discurso dos Enfermeiros Brasileiros** – Análise de Conteúdo. 1988. 144p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro/RJ, 1988.

CAMPOS, Alda Roberta. RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, Rossana Carla., ALMEIDA, Renata Barreto., SANTOS, Serginaldo José dos. Principais desafios na construção de uma política integrada sobre drogas: descrição da experiência na cidade do Recife/PE. In: **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. especial, p. 21-31, dez. 2013.

CAPALBO, Creuza. Alternativas metodológicas de pesquisa. In: **Seminário Nacional de pesquisa em enfermagem**. Anais. Florianópolis: EdUFSC, n3, p.130/157, 1984.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. MUTTI, Regina. **Pesquisa Qualitativa: Análise de discurso versus Análise de conteúdo**. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, 15(4), p. 679/684, out-dez 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>. Acessado em 20 de fevereiro de 2014.

CARNEIRO, Henrique. **Pequena Enciclopédia da História das Drogas e Bebidas**. Histórias e curiosidades sobre as mais variadas drogas e bebidas. Maryl Del Piore (Coord.). Rio de Janeiro: Editora Campus, 2005.

CARTA CAPITAL. **Portugal ataca a droga, não o viciado**. Disponível em <http://www.cartacapital.com.br/revista/748/portugal-ataca-a-droga-nao-o-viciado>. Acesso em 29 out 2014.

CARVALHO, Salo. **A Política Criminal de Drogas no Brasil**. Um estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06. 6ª ed. rev. atual. ampl. São Paulo: Saraiva, 2013.

CARVALHO, Thiago Fabres. **Criminologia, (in) visibilidade, reconhecimento: o controle penal da subcidadania no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2014.

\_\_\_\_\_. **Reunião Ordinária da Comissão de Política Sobre Drogas na ALES**. Vitória, 23 de dezembro de 2013. Disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=pZxikJOc9iY> Acesso em 12 de abril de 2014.

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

CASTELO BRANCO, Guilherme. As lutas pela autonomia em Michel Foucault. In: **Imagens de Foucault e Deleuze – ressonâncias nietzschianas**. RAGO, Margareth; ORLANDI, Luiz B. Lacerda; VEIGA-NETO, Alfredo (orgs.). 2ª ed. Rio de Janeiro: DP&A, p.175/184, 2005.

CETOLIN, Sirlei Favero. TRCINSKI, Clarete; MARCHI, Ana Cristina. A internação de usuários de álcool e outras drogas em hospital geral. In: **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. especial, p. 122/129, dez. 2013.

COELHO, Isabel. OLIVEIRA, Maria Helena Barros. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. In: **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: v. 38, n.101, p. 359-367, abril-jun 2014.

COHEN, Claudio. Transtorno Mental e perda de Liberdade. In: **Transtorno mental e perda de liberdade**. Reinaldo Ayer de Oliveira; Quirino Cordeiro; Mauro Gomes Aranha de Lima (Orgs.). São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, p.23/32, 2013.

COMIBRA, C., & NASCIMENTO, M. C. Jovens pobres: o mito da periculosidade. In: **Jovens em tempo real**. FRAGA, P. C. P. & IULIANELLI, J. A (Orgs.), Rio de Janeiro: DP&A, p.19/37, 2003, p.19/37.

COSTA, Jurandir Freire. **A história da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 5ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

CRAQUEIROS CERCADOS: Os conservadores chiaram e... venceram outra. Em medida contraditória a prefeitura de São Paulo isola os usuários de crack. **Carta Capital**. 5 de maio de 2014. Disponível em <http://www.cartacapital.com.br/revista/800/cercados-1568.html#content>. Acesso em 23 set 2014.

CEDIPOD - Centro de Documentação e Informação do Portador de Deficiência. **Declaração de Direitos do Deficiente Mental**. Disponível em: <<http://www.cedipod.org.br/w6dddm.htm>>. Acesso em 22 maio 2014.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. Trad.: Clausia Sant'Anna Martins. São Paulo: Brasiliense, 1988.

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

DELMANTO, Júlio. **Imperialismo e proibicionismo**: raízes e interesses da proibição das drogas e da suposta guerra ao tráfico. 2010. Disponível em: <<http://www.neip.info/index.php/content/view/1459.html>>. Acesso em 20 Jul 2014.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. O sujeito e o poder. In: **Michel Foucault. Uma trajetória filosófica**: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p.231/249, 1995.

DUARTE, André Macedo. Biopolítica e resistência: o legado de Michel Foucault. RAGO, Margareth; e VEIGA NETO, Alfredo. In: **Figuras de Foucault**. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, p.45/55, 2008.

DUARTE, Carolina Gomes; ANDRADE, Luciano Pereira; SOUZA, Dayana Coelho; BRANCO, Marco Antonio de Oliveira. Internação Psiquiátrica Compulsória: A atuação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. In: **Revista da Defensoria Pública** - Ano 5 - n.1, p.157/181, 2012.

DUARTE, M. J. O. Saúde mental, drogas e direitos humanos: por intervenções cidadãs aos usuários de drogas em contexto de internação compulsória. In: **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. especial, p. 39-48, dez. 2013.

ESCOHOTADO, Antonio. **Historia elemental de las drogas**. Editora Anagrama. Barcelona, 2000.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Estadual n.º 9.845 de 1 de junho de 2012**. Institui o Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas - SISESD, para articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como repressão ao tráfico ilícito de drogas. Disponível em <http://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=241883> Acesso em 11 de outubro de 2014.

FERNANDES, Cleudemar Alves. **Análise do discurso: Reflexões introdutórias**. 2ª ed. São Carlos: Editora Claraluz, 2008.

FERRAZ, C. E. O.; MEIRA, S. S.; ANJOS, K, F.; SENA, E. L. S.; VILELA, A. B. A.; YARID, S. D. Crack e internação compulsória no Brasil: intervenção do estado na autonomia dos usuários. In: **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, n. 50, p. 32/38, novembro 2013.

FIGUEIREDO, Gabriel. Políticas de saúde mental no Brasil. In: **Revista Jurídica Consulex**, ano XIV, n.320, p.30, maio de 2010.

FILHO, Kleber Prado. **Michel Foucault: uma história da governamentalidade**. Rio de Janeiro: Editora Insular/Editora Achiamé, 2006.

\_\_\_\_\_. Sobre o Poder. In: **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis: UFSC, n28, outubro 2000, p.133-143.

FIOCRUZ. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. Disponível em <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>. Acesso em 20 jul 2014.

FONSECA, Márcio Alves. **Michel Foucault e Constituição do Sujeito**. São Paulo: EDUC, 1995.

FONSECA, Ricardo Marcelo. **O poder entre o Direito e a “norma”**: Foucault e Deleuze na Teoria do Estado. Belo Horizonte: Editora Forum, 2004.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade1**: A vontade de saber. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

\_\_\_\_\_. **História da Loucura:** na Idade Clássica. Trad. José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2013a.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir:** nascimento da prisão. Trad. Raquel Ramallete. 41ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013b.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade 3:** O cuidado de si. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque; rev. José Augusto Guilhon Albuquerque. 12ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2013c.

\_\_\_\_\_. **Arqueologia do saber.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2012a.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder.** Org. Introd. e Rev. Roberto Machado. 25ª ed. São Paulo: Graal, 2012b.

\_\_\_\_\_. **A verdade e as formas jurídicas.** 3ª ed. 6ª reimp. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2012c.

\_\_\_\_\_. **Segurança, Território, População:** curso no *Collège de France* (1977-1978). Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

\_\_\_\_\_. **Nascimento da Biopolítica:** curso dado no *College de France* (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

\_\_\_\_\_. **O poder psiquiátrico:** curso dado no *Collège de France* (1973-1974) E. Brandão, Trad. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade:** curso no *Collège de France* (1975-1976). Trad. Maria Ermantina Galvão. 4ª tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: **Ditos & Escritos V** - Ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

\_\_\_\_\_. **Os anormais.** São Paulo: Martins Fontes, 2002.

\_\_\_\_\_. Nietzsche, la généalogie, l'histoire. In: **M. Foucault**, Dits et écrits (1971). Paris: Gallimard, 2001.

\_\_\_\_\_. **A Ordem do discurso.** 5ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

\_\_\_\_\_. Espace, savoir et pouvoir. In: **DITS ET ECRITS IV.** Paris: Gallimard, p.270/285, 1994.

FREDERICO, Roberta Maia Sessa. **Comunidades Terapêuticas usam a oração como arma contra o crack.** Site IG. Por Agência Pública. 19 de nov. 2013. Disponível em <http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2013-11-19/comunidades-terapeuticas-usam-a-oracao-como-arma-contra-o-crack.html>. Acesso em 24 set 2014.

FREUD, Sigmund. **O Mal estar na civilização**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora volume XXI, 1930.

GAUTIER, Claude. À propos du “gouvernement des conduites” chez Foucault: quelques pistes de lecture. CHEVALIER, Jacques (dir.). In: **La gouvernabilité**. Paris: CURAPP/PUF, p.19/33, 1996.

GIAMBERARDINO, André Ribeiro. Tráfico de drogas e o conceito de controle social: reflexões entre a solidariedade e a violência. In: **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. São Paulo, v. 18, n. 83, p.185/236, mar –abr 2010.

GIORGI, Gabriel e RODRÍGUEZ, Fermín. Prólogo. In: **Ensayos sobre biopolítica** – excesos de vida. GIORGI, Gabriel e RODRÍGUEZ, Fermín (Orgs.). Buenos Aires: Paidós, p.9/34, 2007.

GODINHO, Robson Renault. A admissibilidade da tutela jurisdicional e a efetividade dos processos envolvendo políticas públicas. VILELLA, Patrícia (coord.). In: **Ministério Público e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 6ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1999.

GOHN, Maria da Glória. Abordagens teóricas nos estudos dos movimentos sociais na América Latina. **Caderno CRH**, Salvador, v.21, n.54, p.439/455, set-dez. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v21n54/03.pdf> Acesso em 22 maio de 2014.

HAUDRICOURT, André-Georges. Domestication des animaux, culture des plantes et traitement d'autrui. In.: **L'Homme: Revue Française d'Anthropologie**, Paris, v. 2, nº 1, p.40/50, 1962.

KARAM, Maria Lúcia. **Não são as drogas que causam violência e criminalidade**. Entrevistador: Fórum da Liberdade. 7 fev. 2012. Disponível em: <http://forumdaliberdade.com.br/fl25/blog/2012/nao-sao-as-drogas-que-causam-violencia-e-criminalidade-afirma-maria-lucia-karam/>. Acesso em 31 ago de 2014.

\_\_\_\_\_. **Guerra às drogas e saúde: os danos provocados pela proibição**. In: **Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o crack**. LOPES, Lucília Elias, BATISTA, Vera Malaguti. Rio de Janeiro: Revan, p.265/295, 2014.

\_\_\_\_\_. Legislações proibicionistas em matéria de drogas e danos aos direitos fundamentais. In: **Revista PUCSP Verve** 12, São Paulo: PUCSP, p.181/212, 2007.

KEIL, Ivete. O paradoxo dos direitos humanos no capitalismo contemporâneo. KEIL, Ivete; ALBUQUERQUE, Paulo; VIOLA, Sólon (Orgs.). In: **Direitos humanos: alternativas de justiça social na América Latina**. São Leopoldo, RS: Ed. Unisinos, 2002.

KEHL, Maria Rita. **Café Filosófico**. Balanço do século XX. Paradigmas para o século XXI. Em 07 de novembro de 2003. Disponível em <http://vimeo.com/70953566>. Acesso 15 de dez 2013.

KIENTZ, A. Como construir uma análise. In: **Comunicação de Massa: a análise de conteúdo**, Rio de Janeiro: Eldorado, 1973.

LEAL, Fabiola Xavier. SANTOS, Caroline Christine Moreira dos. JESUS, Renata Santos de. **Políticas de Atenção às Questões Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas no Espírito Santo**. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas – Departamento de Serviço Social. Vitória/ES, 2014, pp. 78.

LOPES, Lúcia Elias. De alguns combates minoritários a travar. In: **Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o crack**. LOPES, Lucília Elias, BATISTA, Vera Malaguti. Rio de Janeiro: Revan, p.101/117, 2014.

MAIA, Antônio Cavalcanti. Biopoder, biopolítica e o tempo presente. In: **O homem-máquina: a ciência manipula o corpo**. NOVAES, Adauto (org.). São Paulo: Companhia das Letras, p.77/108, 2003.

MACERATA, Iaçã; DIAS, Rafael; PASSOS, Eduardo. Paradigma da guerra às drogas, políticas de ordem e experiências de cuidado na cidade dos mega-eventos. In: **Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o crack**. LOPES, Lucília Elias, BATISTA, Vera Malaguti. Rio de Janeiro: Revan, p.21/69, 2014.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801/821, jul.set. 2007.

MAINGUENEAU, Dominique. Análise do Discurso: uma entrevista com Dominique Maingueneau. **Revista Virtual de Estudos da Linguagem** – Rev. v. 4, n. 6, março de 2006. Tradução de Gabriel de Ávila Othero. ISSN 1678-8931 [www.revel.inf.br]. Disponível em: [http://www.revel.inf.br/files/entrevistas/revel\\_6\\_entrevista\\_maingueneau\\_port.pdf](http://www.revel.inf.br/files/entrevistas/revel_6_entrevista_maingueneau_port.pdf) Acesso em 20 fev 2014.

MACKLIN, R. Bioética, vulnerabilidade e proteção. In: GARRAFA, Volnei, PESSINI L, organizadores. **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Loyola, p.59/70, 2003.

MARTINS, Lourenço A. G. **A história internacional da droga**. Disponível em <http://www.encoded.org/info/HISTORIA-INTERNACIONAL-DA-DROGA>. Acesso em 11 maio 2014.

MEDEIROS, Soraya Maria de. GUIMARÃES, Jacileide. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. In: **Ciência e Saúde Coletiva São Paulo: 7(3)**, p.571/579, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232002000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232002000300014). Acesso em: 22 maio 2014.

MESQUITA, J. F. de – **Quem Disse Que Lugar de Louco É no Hospício?** Um estudo sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos, Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos

Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

MONCAL, Joana. DELMANTO, Júlio e PIMENTEL, Spensy. Crack, epidemia de desinformação: antes de combater a droga o país tem de aprender a lidar com os seus usuários. **Revista do Brasil**. 04 de abril de 2013. Disponível em <http://www.redebrasilatual.com.br/revistas/68/saude>. Acesso em 23 set de 2014.

MOREIRA. Nelson Camatta. **Fundamentos de uma Teoria da Constituição Dirigente**. Florianópolis: Conceito Editorial, 2010.

MULLER, Friedrich. **Quem é o povo?** A Questão Fundamental da Democracia. Traduzido por Peter Naumann. São Paulo: Max Limonad, 1998.

NEGRI, Antonio. **Cinco lições sobre Império**. Tradução Alba Olmi. (Coleção Política das Multidões). Rio de Janeiro, 2003.

OLMO, Rosa del. **Las drogas y sus discursos**. PIERANGELI, José Henrique (org.). Direito Criminal. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

\_\_\_\_\_. **A Face Oculta da Droga**. Trad. Tereza Ottoni. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

\_\_\_\_\_. **La cara oculta de la droga**. Bogotá, Temis, 1988.

\_\_\_\_\_. **La socio-política de las drogas**. Caracas: Universidad Central de Venezuela, FACES, 1975.

ONU. **Declaração de Direitos do Deficiente Mental**. 1971. Disponível em: <<http://www.cedipod.org.br/w6ddd.htm>>. Acesso em 22 maio 2014.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de discurso: princípios & procedimentos**. Campinas: Pontes, 2007.

PAIM, Isaias. **Tratado de clínica psiquiátrica**. São Paulo: Editorial Grijalbo, 1976.

PASSETTI, Edson. **Transformações da biopolítica e emergência da ecopolítica**. Revista Ecopolítica, São Paulo, n. 5, p.2/37, jan-abr, 2013.

\_\_\_\_\_. **Anarquismos e Sociedade de Controle**. São Paulo: Ed. Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_. **Das fumeries ao narcotráfico**. São Paulo: Educ, 1991.

PASSETTI, Edson. GENTA, Elisabeth Regina. **Violentados: crianças, adolescentes e justiça**. São Paulo: Imaginário, 1999.

PASSOS, Eduardo. Pensar diferentemente o tema das drogas e o campo da saúde mental. In: **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. SANTOS, Loiva Maria de

Boni (org.). Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Ideograf, p.7/14, 2010.

PÊCHEUX, Michel. **O discurso: a estrutura ou acontecimento**. Campinas: Pontes, 1983.

PETTIT, Philip. **Teoria da Liberdade**. Tadução de Renato Sérgio Pubo Maciel; coordenação e supervisão Luiz Moreira – Belo Horizonte: Del Rey, 2007.

PRATES, José Gilberto. PINHO, Paula Hayasi. OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira. CLARO, Heloisa Garcia. A concepção dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência sobre o processo saúde-doença na assistência aos usuários de substâncias psicoativas. In: **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n.101, p. 318/327, abril-jun 2014.

REVEL, Judith. **Dicionário Foucault**. Anderson Alexandre da Silva (Trad.). Michel Jean Maurice Vincent (rev). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

ROCHA, Gilberto S. – **Introdução ao nascimento da psicanálise no Brasil**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1989.

RODRIGUES, Thiago. Narcotráfico: um esboço histórico. In: CARNEIRO, Henrique; VENÂNCIO, Renato Pinto. **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda, p.291/310, 2005.

ROSA, Pablo Ornelas. **Drogas e a Governamentalidade Neoliberal: uma genealogia da redução de danos**. Florianópolis: Insular, 2014.

ROTELLI, F. *et al.* **Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos**, *Psiquiatria sem hospícios - contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Bezerra, B. et al (Orgs). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

RUGGIERO, Leticia Amorim de Amaral. A Ética do Cuidado como Perspectiva de Resgate da Dignidade da Pessoa Humana na Pós-Modernidade. In: **Ética e a Decoberto do Outro**. Aloisio Krohling (org.). Curitiba: Editora CRV, p.69/82, 2010.

SÁ. Natan Monsores. **Discurso, Biotecnociência e bioética: Análise dos discursos morais acerca de células-tronco em mídia de massa**. 2012. 134p. Tese (Doutorado em Bioética: Situações Emergentes em Bioética e Saúde Pública) – Universidade de Brasília – Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília/DF, 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang. FIGUEREDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. In: **Revista de Direito do Consumidor**. Publicação oficial da Brasilcon. Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor. São Paulo: Editora dos Tribunais, ano 17, n.67, p.125/172, jul-set 2008.

SARMENTO, Daniel. **Livres e iguais: estudos de Direito Constitucional**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006.

\_\_\_\_\_. **Direitos Fundamentais e relações privadas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

SILVA, Rosimere. **Loucura, ética e política: escritos militantes** / (organização) Conselho Federal de Psicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SOUZA, Jessé. Introdução. In: SOUZA, Jesse (org.). **A Ralé Brasileira: Quem é e como vive?** Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2006.

\_\_\_\_\_. **A Construção Social da Subcidadania**. Para uma sociologia política da modernidade periférica. Belo Horizonte: UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2003.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. AMARANTE, Paulo. Protagonismo e Subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. 6(1), p.73/85, 2001a. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7026.pdf> Acesso em 9 de outubro de 2014.

\_\_\_\_\_. História da Loucura: quarenta anos transformando a história da psiquiatria. In: **Psicologia Clínica**, v 13. Rio de Janeiro: PUC RIO, p.11/26, jan-jul 2001b.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNODOC. **Convenção das Nações Unidas contra Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988**. Disponível em [http://www.unodc.org/pdf/convention\\_1988\\_es.pdf](http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf). Acesso em 2 Jun de 2014.

WACQUANT, Loic. **Punir os Pobres: Uma Nova Gestão da Miséria nos Estados Unidos**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Revan, 2003.

XAVIER, Dartiu. **A internação compulsória é sistema de isolamento social, não de tratamento**. 11 de Janeiro de 2013a. Disponível em: <http://www.carosamigos.com.br/index/index.php/politica/2888-entrevista-dartiu-xavier-a-internacao-compulsoria-e-sistema-de-isolamento-social-nao-de-tratamento> Acesso em 21 set 2013.

\_\_\_\_\_. **Drogas: “Fizemos a guerra contra o inimigo errado”**. Felipe Rousselet Revisa Forum. 20 de setembro de 2013b. Disponível em <http://www.revistaforum.com.br/blog/2013/09/drogas-fizemos-a-guerra-contra-o-inimigo-errado/> Acesso em 24 set 2014.

\_\_\_\_\_. **Drogas: dos perigos da proibição à necessidade da legalização – Parte 6**. Escola da Magistratura do Rio de Janeiro. 18 abril 2013c. Disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=pTQR1kwsXCg> Acesso em 29 set. 2014.

\_\_\_\_\_. **Comunidades Terapêuticas usam a oração como arma contra o crack**. Site IG. Por Agência Pública. 19 de novembro de 2013d. Disponível em

<http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2013-11-19/comunidades-terapeuticas-usam-a-oracao-como-arma-contra-o-crack.html>. Acesso em 24 set 2014.

ZANOTTO, Daniele Farina. BUCHELE, Fátima. Revisão sistemática sobre crack: aspectos relacionados ao uso e abuso. In: **Saúde em Debate**. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: Rio de Janeiro: v. 37, n. especial, p.12/20, dez 2013.