

CIDADANIA REGULADA E POLÍTICA GOVERNAMENTAL: ESTUDO SOBRE TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS

Marcelo Alves Pereira Eufrásio¹
Ana Caroline Cardoso Lustosa²
Hellen Camila Oliveira da Silva³
Nalygiaa de Alencar Ferreira Primo⁴
Vitória Souza de Siqueira Barbosa⁵

Artigo

Resumo

Objetivo: Analisar a política governamental voltada para o atendimento terapêutico de pessoas em situação de dependência química, particularmente o público de Campina Grande – PB. **Métodos:** A metodologia pautou-se na pesquisa bibliográfica. O método de procedimento empreendido foi o analítico, para entender as relações de poder que perpassam o tratamento, internação e inserção destes indivíduos na sociedade. **Resultados:** Constatou-se com a pesquisa que ocorreram mudanças político-governamentais decorrentes da reforma psiquiátrica mundial em 2005, seguidas no Brasil pela Lei nº 10.216/2001, que instituiu o fim dos hospitais manicomiais, os quais também acolhiam para tratamento os adictos. Nesta esteira, as instituições públicas de recuperação dos dependentes químicos passaram a oferecer tratamento humanista, sobretudo com ações descentralizadas. Muito embora ainda incipiente e com dificuldades de parceira para gestão de recursos e estratégias de atuação público-privada, a política de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) tem sido uma experiência governamental positiva, que assegura tratamento e recuperação aos dependentes químicos. **Conclusão:** Apesar das garantias legais advindas da Constituição da República, e dos novos direitos e ações governamentais instituídos no sentido de promover o tratamento da dependência química, no município de Campina Grande essa assistência ainda vem sendo desenvolvida de forma incipiente, embora com alguns resultados positivos, sobretudo nos CAPS AD e em algumas entidades de caráter filantrópico.

Palavras-chave: Cidadania. Higienismo. Humanismo.

REGULATED CITIZENSHIP AND GOVERNMENT POLICY: A STUDY ON THE TREATMENT OF DEPENDENTS

Abstract

Objective: To analyze the governmental policy focused on the therapeutic care of people in situations of chemical dependency, particularly the public of Campina Grande - PB.

¹ Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Campo Grande (UFCG). Professor da Unifacisa/Cesed nos cursos de bacharelado em Direito e Engenharia Civil. Pesquisador cadastrado no CNPq. Vinculado na qualidade de pesquisador no Grupo de Pesquisa Trabalho, Desenvolvimento e Políticas Públicas (PPGCS/UFCG). Email: marcelo.eufrasio@gmail.com

² Acadêmica do curso de Direito da Unifacisa/Cesed. Email: carolcardoso001@gmail.com

³ Acadêmica do curso de Direito da Unifacisa/Cesed. Email: hellencamili@hotmail.com

⁴ Acadêmica do curso de Direito da Unifacisa/Cesed. Email: alygiaalencar2014@gmail.com

⁵ Acadêmica do curso de Direito da Unifacisa/Cesed. Email: vitoriaflp@hotmail.com

Methods: The methodology was based on bibliographical and documentary research. The method used was the analytical method to understand the power relations that permeate the treatment, hospitalization and insertion of these individuals in society. **Results:** It was verified with the research that political-governmental changes resulting from the world psychiatric reform occurred in 2005, followed in Brazil by Law nº 10.216 / 2001, which instituted the end of asylum hospitals, which also welcomed treatment for addicts. In this vein, the public institutions for recovery against chemical dependence started to have a humanistic treatment, especially with decentralized actions, although still incipient and with difficulties of a partner for resource management and strategies of public-private action, health policy CAPS AD, has been a positive governmental experience, which guarantees treatment and recovery of dependents. **Conclusion:** In spite of the legal guarantees coming from the Constitution of the Republic, and from the new rights and governmental actions instituted to promote the treatment against chemical dependency, this assistance has been developed in an incipient way in the city of Campina Grande, although with some results, Positive, especially in the CAPS AD and in some entities that operate with philanthropy.

Keywords: Citizenship. Hygienism. Humanism.

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa versou sobre a questão da política governamental voltada ao atendimento terapêutico de pessoas que se encontram em situação de dependência química no Brasil, particularmente em Campina Grande – PB. Tem como aspecto central entender as ações governamentais diretamente ligadas à população de usuário de drogas, ações que estão em sintonia com a legislação internacional, conforme apregoa a Organização das Nações Unidas – ONU desde a década de 1990, e, em nível nacional, com a Constituição da República.

As políticas públicas para atendimento assistencial dos dependentes químicos encontram-se apregoadas pela Lei nº 10.216/2001, que ampara as ações orquestradas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

Como problemática da pesquisa, as questões norteadoras foram às seguintes: como tem se colocado histórica e conceitualmente a cidadania no tocante aos indivíduos que se encontram na dependência química na contemporaneidade? Em que termos a política pública de tratamento terapêutico de dependentes das drogas, amparado pela Lei nº 10.216/2001, nos moldes terapêuticos propostos pela governança, tem sido uma medida positiva ou não?

O estudo da política pública direcionada aos dependentes químicos, particularmente sobre a questão do tratamento terapêutico, é tema de grande relevância acadêmica, uma vez

que aborda uma problemática social que vem preocupando a sociedade civil e o aparelho governamental, devido o alto índice de dependência química, problemas de saúde, violência, entre outros, decorrentes do uso das drogas.

Tais questões têm desafiado as instituições sociais a pensar alternativas e soluções para a problemática do tratamento da dependência química no Brasil, sobretudo pelo advento de uma legislação protecionista que estabelece as regras para tratamento e recuperação dos adictos, fazendo-se necessária uma abordagem de viés sociológico e jurídico da política de garantia à saúde para os usuários de drogas.

Nessa perspectiva, a pesquisa é relevante e oferece sua contribuição acadêmica ao trazer para o debate uma reflexão sobre a atuação do aparelho governamental, amparado pela legislação vigente, ao abordar as garantias e ações direcionadas para um grupo social vulnerável, principalmente por se tratar de uma medida governamental ainda incipiente.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa, de cunho bibliográfico, procurou evidenciar os aspectos analíticos do objeto de pesquisa, a partir de uma abordagem histórica e sociológica. Para atingir os objetivos propostos, utilizamos concepções teóricas das áreas da sociologia, direitos humanos e políticas públicas.

O estudo procurou pautar-se ainda numa abordagem hermenêutica, especialmente na teoria sociológica de Elias e Foucault, bem como nos direitos fundamentais, com o intuito de entender o contexto histórico e suas transformações; as dinâmicas sociais e as relações que engendraram o surgimento de ordenamentos jurídicos e ações governamentais de proteção e tratamento dos adictos, sobretudo no município de Campina Grande. Também foi utilizada a Lei nº 10.216/2001, legislação de fomento à atuação do CAPS AD e medida governamental do Sistema Único de Saúde – SUS, trabalhada a partir de seus aspectos referentes às garantias legais e estratégias de atuação.

O método utilizado foi o analítico, que teve como intento obter uma avaliação aprofundada das informações sobre o tema proposto, assim como entender as relações de conflito que perpassam a questão social do tratamento e internação de dependentes químicos como política governamental.

As observações foram realizadas durante o período de nove meses (abril a dezembro de 2015), o qual propiciou tempo oportuno para o estudo do arcabouço teórico selecionado no período de 2005 a 2015, uma vez que, em nível nacional, as ações

governamentais sobre a questão ainda apresentavam-se em fase de implementação, não oferecendo, portanto, profusos resultados sobre a atuação governamental no nível local – Campina Grande - PB. A coleta de dados realizou-se por meio de livros e artigos publicados em periódicos científicos nacionais, assim como legislações e outras fontes (revistas, sites, dentre outros) publicadas.

Entre as temáticas discutidas estão à relação entre a sociologia e a civilização que impacta com a marginalização dos grupos vulneráveis, a atuação governamental referente ao tratamento contra a dependência química e a abordagem sociológico-jurídica acerca da cidadania regulada, expressão cunhada por Santos (1987) para discutir a supressão de direitos e a regulação da sociedade via discurso normativo.

Após a exploração dos materiais examinados, realizamos uma síntese das análises que será apresentada em três seções nominadas: “sociologia e civilização em face da dependência química”, “afirmação de direitos no contexto da dependência química” e “ações governamentais de tratamento contra dependência química e a cidadania regulada”.

3 SOCIOLOGIA E CIVILIZAÇÃO EM FACE DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Desde os primórdios da humanidade, há relatos do uso de substâncias capazes de causar dependência. Na Grécia Antiga, a bebida alcoólica foi amplamente consumida e exaltada (BUCHER, 1992). No Brasil, no início da colonização, os portugueses identificaram o costume dos indígenas de produzir e consumir o “cauim” (bebida fermentada a partir da mandioca) em rituais e festividades. Ademais, as tribos indígenas também fizeram uso de plantas como a *cannabis sativa*⁶, que contém substâncias capazes de acarretar delírios, sendo, a princípio, utilizada com propósitos medicinais, bem como nos rituais e nas atividades recreativas, como a pesca, rodas de conversa e outras (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2017).

Os relatos de manipulação da maconha com expectativas medicinais datam de 2.700 a.C. No continente europeu, a referida planta foi amplamente empregada com essa finalidade durante os séculos XVIII e XIX. No Brasil, ela foi introduzida pelos escravos africanos e, posteriormente, foi disseminada entre os povos indígenas. Por conseguinte, no primeiro quarto do século XX, reconheciam-se no país duas categorias de “vícios” entre

⁶ A *cannabis sativa* é a planta herbácea da família das Canabiáceas (*Cannabaceae*), cultivada mundialmente e a partir dela é produzida a maconha.

os segmentos populacionais: os “vícios elegantes”, atribuídos aos dependentes da morfina, heroína e cocaína que, na sua maioria, eram indivíduos brancos que faziam parte da classe economicamente abastarda (elite), e os “vícios deselegantes”, relacionado ao alcoolismo e ao maconhismo, peculiar nas camadas pobres, constituídas geralmente por negros e seus descendentes. Esses achados demonstraram que, remotamente, as drogas eram consumidas por todas as classes sociais (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2017). Todavia, em decorrência da possibilidade de dependência química e dos efeitos causados ao organismo, ainda no mesmo século ocorreram às primeiras proibições quanto ao uso de tais substâncias.

É importante salientar que, além do impacto negativo sobre a saúde, o uso das drogas pode desencadear outros problemas entre os usuários, tais como: crises familiares, financeiras e sociais, tanto no trabalho quanto nos relacionamentos pessoais, interferindo nas relações sociais.

Nessa perspectiva, em 2006, o Brasil mudou a forma de tratamento dos usuários, uma vez que, através da Lei n. 11.343/06, houve a despenalização dos dependentes químicos de substâncias proibidas, deixando a prisão apenas para os traficantes. Percebe-se, então, que o uso dos alucinógenos passou a ser considerado um problema de saúde pública, pois a dependência começou a ser concebida como um transtorno mental que merece tratamento e não pena de prisão.

Com relação à problemática, estudos realizados pela Organização das Nações Unidas – ONU (2016) revelaram que, ao contrário da tendência mundial de estabilidade, no Brasil, nos últimos anos, o consumo de drogas tem aumentado consideravelmente. A maconha, por exemplo, que em 2001 era consumida por 1% dos brasileiros, em 2016 passou a ser por 7%. Cerca de 5% da população adulta, equivalente a aproximadamente 250 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos, usou pelo menos uma droga em 2014. Na opinião dos familiares dos usuários, os motivos que levaram os indivíduos a fazer uso de drogas foram: más companhias (46%), baixa autoestima (26,1%), ausência do pai (22,7%) e motivos genéticos (10,3%).

Os achados de Lenad Família (2015) revelaram que existe uma variedade de espécies de drogas consumidas, distribuindo-se o universo de usuários do seguinte modo: 73% dos indivíduos são poliusuários, 13% usam apenas álcool, 8% usam *crack* ou cocaína e 6% usam exclusivamente a maconha.

O relatório da ONU (2016) ainda aponta para o acentuado aumento das drogas, sobretudo as consideradas ilegais, que tem alimentado o contrabando e o uso ilegal dos

entorpecentes. No tocante ao tratamento da dependência química, durante muito tempo esta situação foi encarada como problema de natureza manicomial, dando surgimento, a partir do século XIX, aos hospitais destinados a retirar do ambiente social as pessoas que não se enquadravam na realidade moral da sociedade. Assim, foram criados centros de confinamento e tratamento, a exemplo do Hospício de Pedro II localizado no Rio de Janeiro.

Peres e Barreira (2009) indicam que a criação da modalidade de hospital para alienados no Brasil resultou de um importante movimento de mudança na sociedade, desencadeado pela união de discursos de origens diferentes contrários à segregação do louco no Hospital Geral da Santa Casa.

Apenas na década de 1970, o Brasil, seguindo a tendência mundial iniciada na década anterior, iniciou a reforma psiquiátrica. Esse movimento contou com a participação de familiares, sindicalistas e profissionais da área de saúde que criticavam a forma de tratamento adotada nos estabelecimentos manicomiais. Ademais, os hospícios não apresentavam estrutura física capaz de comportar o número de pacientes confinados. As denúncias de maus tratos, estupros e tortura foram inúmeras. O manicômio de Barbacena, por exemplo, localizado no estado de Minas Gerais, ficou conhecido mundialmente pelas mortes entre seus pacientes em decorrência dos maus tratos (MUROFUSE, 2014).

Esse movimento em favor da reforma psiquiátrica refletiu-se no ordenamento jurídico brasileiro. Após o processo de redemocratização, o movimento antimanicomial ganhou expressão, principalmente em decorrência da forte influência da Constituição da República de 1988. Em 1989, o deputado Paulo Delgado deu início a um projeto de lei que visava estabelecer os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como a extinção dos manicômios.

Esse projeto resultou na Lei nº 10.216/2001, um marco no tratamento da doença mental de forma humanizada. Em apenas treze artigos, o governo federal consolidou um modelo de tratamento humanizado de saúde para os possuidores de doença mental e, mais importante, de forma integrada com a sociedade civil e o Estado. O art. 2º desta Lei merece destaque, uma vez que traz um rol de direitos como a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração, o sigilo das informações prestadas e a assistência médica para informar se é ou não necessária a continuidade da internação involuntária.

O art. 3º estabelece ainda que a responsabilidade pelo tratamento pertence ao Estado com participação da família e da sociedade. Uma vez que o objetivo não é excluir

da sociedade o portador de transtorno mental, mas reintegrá-lo de forma saudável ao convívio social. Concomitantemente, outra inovação trazida pela lei diz respeito à internação, que só será realizada em último caso, quando os outros recursos não forem suficientes, como, por exemplo, o acompanhamento realizado pelo Centro de Atenção Psicossocial - CAPS na atualidade⁷.

O parágrafo único do art. 6º elenca os tipos de internação que passam a existir

- I- internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II- internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III- internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (BRASIL, 2016).

Nos artigos subsequentes o legislador expôs o procedimento dos três tipos de internação, ressaltando sempre que sua duração deverá ser a estritamente necessária para melhores resultados no tratamento e abstinência do indivíduo. Afirma ainda que o Conselho Nacional de Saúde deva acompanhar a implementação da lei, inclusive no que diz respeito a pesquisas científicas realizadas com pacientes.

Essa lei impulsionou outras mudanças, como a Declaração de Caracas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1990), a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994), a criação dos CAPS, o Programa De volta para casa, implementado pela Lei nº 10.708/03, que tinha como objetivo fornecer moradia e auxílio financeiro para pessoas que passaram muito tempo em manicômios, entre outras medidas. Portanto, a partir dessas deliberações, depreendemos que, atualmente, o portador de transtorno mental dispõe de um aparato legislativo que garante um tratamento humano, respeitoso e adequado a cada caso particular. Cenário este, em tese, totalmente oposto ao presenciado antes da edição da Lei nº 10.126/01.

Nessa acepção, é importante ressaltar que, para distinguir a posição dos dependentes químicos na sociedade brasileira, após a promulgação da Lei nº 10.126/01, faz-se necessário compreender o que é uma civilização e como sujeitos envolvidos se amoldam nas suas relações de sociabilidade. Sobre essa questão, o sociólogo Norbert Elias, ao analisar a sociedade moderna na obra *O Processo Civilizador*, argumenta que:

⁷ Após a reforma psiquiátrica, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, espaço de referência no tratamento de pessoas que sofrem de transtornos mentais.

O conceito de “civilização” refere-se a uma grande variedade de fatos: ao nível de tecnologia, ao tipo de maneiras, ao desenvolvimento dos conhecimentos científicos, às ideias religiosas e aos costumes. Pode se referir ao tipo de habitações ou à maneira como homens e mulheres vivem juntos, à forma de punição determinada pelo sistema judiciário ou ao modo como são preparados os alimentos (ELIAS, 1994, p. 23).

A partir das considerações feitas pelo autor, podemos considerar que o termo “civilização” é utilizado para referir-se à forma pela qual a coletividade se organiza, incluindo seus costumes e hábitos. Seguindo o raciocínio de que há um padrão de conduta imposto pela sociedade, Elias (1994) estuda o comportamento dos cidadãos a partir da formação dos Estados Nacionais na Europa, época em o Rei Luís XIV institucionalizou a maneira cortês, através da forma de falar, vestir e portar-se, que possibilitava a sua aceitação no meio social.

Dessa forma, pode-se afirmar que cada região, de acordo com sua cultura e estágio de desenvolvimento, possui uma forma de viver que considera “civilizada”. Na sociedade brasileira atual, baseada no paradigma capitalista, dentre as principais atribuições impostas ao cidadão civilizado está à capacidade para produzir ou ser apto ao consumo.

Nesse sentido, é importante ressaltar que os portadores de transtorno mental, mesmo contando com um aparato legislativo que garante o tratamento igualitário perante os demais integrantes da sociedade, é posto a margem da sociedade, haja vista que “a falta de acesso aos sistemas/relações sociais básicos – como trabalho, família, saúde e moradia – implica na dinâmica da exclusão social. O divisor de águas para a exclusão é delimitado pelo início dos problemas sociais” (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2017, p. 11). Tal fato acontece porque os dependentes de substâncias químicas, ao chegarem ao estágio do transtorno mental, tornam-se pessoas improdutivas segundo a visão capitalista, ou seja, não estão aptos a produzir ou consumir, não desempenhando corretamente as atribuições de um ser civilizado.

Ademais, associada a essa questão, predomina no imaginário coletivo a concepção de que o usuário de drogas é responsável por sua enfermidade, obliterando a concepção, por parte da sociedade, de que a dependência química, além dos danos causados à saúde física e mental dos indivíduos, traz como consequências o isolamento e rompimento de vínculos sociais, o que, por sua vez, favorece o afastamento de suas responsabilidades habituais. De modo que o dependente que não se dedica a sua recuperação, não cumpre

com aquilo que as pessoas esperam dele. Tal concepção encontra-se assentada em aspectos geopolíticos, culturais, ideológicos e econômicos que a temática alberga, e, por conseguinte, contribuem para a potencialização de interpretações e julgamentos das pessoas e sociedades sobre o comportamento dos dependentes químicos, bem como para o desenvolvimento de preconceito, discriminação e estigma em relação aos usuários de drogas (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014).

A condição do sujeito ou grupo social que se encontra em dependência química desqualifica-o perante as exigências da sociedade moldada segundo regras preestabelecidas, sobretudo diante da sociedade mercadológica. Goffman afirma que “*a situação do indivíduo que está inabilitado para aceitação social plena*” desqualifica-o ou desvaloriza sua condição, estigmatizando-o (GOFFMAN, 2007, p.4). Sobre essa questão Giddens (2005, p. 292) afirma que:

O último papel de doente é o papel ilegítimo, que ocorre quando o indivíduo sofre de uma doença ou condição que é estigmatizada. Nesses casos, existe a percepção de que o indivíduo pode ter algum grau de responsabilidade pela doença, não sendo necessariamente conferidos direitos ou privilégios adicionais. Doenças relacionadas com alcoolismo, tabagismo ou obesidade são exemplos possíveis de doenças estigmatizadas, que afetam o direito do indivíduo de assumir o papel de doente.

A partir dessa aceção, depreendemos que a doença pode receber influências sociais e culturais, uma vez que o corpo do doente ainda possui um papel na sociedade. Nessa perspectiva, o dependente químico, ao não desempenhar corretamente as atribuições previstas pela sociedade, no sentido de regular seus comportamentos, torna-se objeto para outrem. Na concepção de La Taille (2002, p. 84), “quem é olhado está entregue a quem o observa, tragado pelos seus olhos; está em situação de vulnerabilidade”. Essa condição contribui para a desintegração das práticas sociais e o fomento de atitudes preconceituosas e estigmatizantes da sociedade para com ele.

Com relação ao estigma social do indivíduo que se encontra no mundo da dependência química, analogamente, Goffman (2007, p. 115) analisa:

As manipulações de tensão e de informação foram enfatizadas - como o indivíduo estigmatizado pode apresentar a outras pessoas um eu precário, sujeito ao insulto e ao descrédito. Mas parar aqui criaria uma visão unilateral, dando sólida realidade ao que é muito mais frágil do que aquilo. O estigmatizado e o normal são parte um do outro; se alguém se pode mostrar vulnerável, outros

também o podem. Porque ao imputar identidades aos indivíduos, desacreditáveis ou não, o conjunto social mais amplo e seus habitantes, de uma certa forma, se comprometeram, mostrando-se como tolos.

A condição do estigmatizado é marcada por uma situação de subserviência e descrédito, alimentada por uma coação social, impregnada de preconceitos e regramentos sociais, fomentada em intensidade pelas instituições sociais e pelo moralismo da civilização. Conforme acentua o sociólogo Goffman (2007, p. 120), trata-se de “um eu precário, sujeito ao insulto e ao descrédito” por não se enquadrar nas condições impostas pelo paradigma defendido pela sociedade.

Similarmente, o movimento higienista ou sanitarista ocorrido entre a metade do século XIX e início do século XX, no Brasil, teve por objetivo impor regras e condutas que deviam ser seguidas para que a saúde coletiva e individual fosse assegurada, principalmente para as os loucos e dependentes de substâncias químicas.

A sociedade industrial do século XIX, marcada pelo pensamento positivista, procurava institucionalizar as práticas sociais, a partir dos fatos sociais e das regras de conduta (DURKHEIM, 2007), para afirmar um modelo político e social adequado às necessidades da sociedade civilizada que havia se desenvolvido na Europa e que servia de parâmetro para os demais continentes.

Nas palavras de Durkheim (2007, p. 2),

Eis, portanto uma ordem de fatos que apresentam características muito especiais: consistem em maneiras de agir, de pensar e de sentir, exteriores ao indivíduo, e que são dotadas de um poder de coerção em virtude do qual esses fatos se impõem a ele. Por conseguinte, eles não poderiam se confundir com os fenômenos orgânicos, já que consistem em representações e em ações; nem com fenômenos psíquicos, os quais só têm existência na consciência individual e através dela. Esses fatos constituem, portanto uma espécie nova, e é a eles que deve ser dada a qualificação de sociais.

A coerção social, na ótica durkheimiana, caracteriza as sociedades capitalistas. Assim, em nome de um modelo social, os indivíduos se colocam como sujeitos adequados às condições do processo produtivo e aos padrões sociais. Em decorrência dos movimentos conservadores, campanhas midiáticas atc., ainda se

acentuam os estigmas em relação aos grupos sociais vulneráveis que, por algum motivo, não se enquadram nos termos preestabelecidos.

4 AFIRMAÇÃO DE DIREITOS NO CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

As políticas públicas de tratamento da dependência química advêm do novo paradigma humanista esculpido na Constituição Federal de 1988, quando, neste texto normativo, são garantidos os preceitos de tutela da dignidade humana, particularmente no aspecto aqui abordado, isto é, as ações governamentais de promoção da vida, em especial na assistência social à saúde, visando melhor prestação dos serviços de atendimento à população vulnerável.

Em entrevista ao Portal Brasil – Cidadania e Justiça (2014), o Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas, do Ministério da Justiça (Senado/MJ), Vitore Maximiano, declarou que:

A Política Nacional sobre Drogas (PNAD), definida pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), em 2005, prevê responsabilidade compartilhada entre União, estados, municípios e a sociedade brasileira. A União tem por dever, por meio do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), articular, integrar, organizar e coordenar as políticas de prevenção, atenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de substâncias psicoativas. Estados e municípios são os executores dessas políticas (PORTAL BRASIL, 2014).

Destarte, o governo brasileiro desenvolveu políticas de saúde mental instituindo serviços de atendimento assistencial aos usuários, bem como adaptou os que já existiam para diversas classes de dependência química, tais como: centros de conveniência, moradias assistidas, pontos ambulatoriais, casas de apoio para internações de curta e longa estadia, acompanhamento terapêutico, dentre outros.

Para dedicar-se ao fidedigno desenvolvimento das ações envolvendo a redução do uso de entorpecentes, o governo federal compartilha a responsabilidade com as entidades filantrópicas de direito privado, dispondo de medidas de ressocialização como meio de tratamento. Desse modo, tenta-se evitar que os usuários sejam excluídos do convívio social, e salvaguardar aqueles já voltados aos efeitos negativos das drogas.

As comunidades terapêuticas dispõem do amparo voluntário, involuntário ou compulsório, apoiando as estratégias de prevenção sob a ótica familiar, educacional, pedagógica e social, mantendo os internos em instituições hospitalares ou na psicoterapia individual.

Essas políticas de tratamento no sistema voluntário não se resolvem somente com a internação, visto ser necessário e imprescindível para a crescente recuperação o cumprimento das fases terapêuticas – desintoxicação, reabilitação, cuidados contínuos e prevenção de eventuais recaídas. Vale ressaltar que a autoajuda do dependente químico é fundamental para o tratamento.

A Constituição da República Federativa do Brasil tem como princípio basilar a Dignidade da Pessoa Humana, tal princípio maior vem corrigir a omissão do Estado no passado, precisamente no período anterior a reforma manicomial da primeira década do século XXI, no tocante a inexistência de políticas de assistência à saúde dos que possuíam algum tipo de dependência química. Todavia, em entrevista para a revista *Em discussão*”, a socióloga criminal Roberta Duboc Pedrinha (2011) afirmou que a Constituição Federal e as leis penais discriminam os usuários de drogas como inimigos da sociedade, no intuito de impor leis mais severas como argumento pertinente ao temor da população, em virtude da violência do tráfico de drogas.

Diante das mudanças advindas com a promulgação da carta constitucional, a população brasileira abriu espaço para movimentos sociais em defesa dos direitos dos portadores de dependência química. Em sintonia com o art. 6º da Constituição, que assegura os direitos coletivos com o propósito de melhorar a qualidade de vida e fortalecer as garantias individuais dos adictos, no âmbito das drogas, intensificou-se o canal de conversação com a participação do aparelho governamental e da sociedade civil, com o intuito de estabelecer uma política democrática e participativa.

Movimentos sociais em defesa dos direitos à saúde sustentam que as iniciativas de tornar as internações involuntárias, como base do tratamento da dependência química, é um retrocesso na luta antimanicomial para o Brasil. Rousselet (2013) destaca, em matéria da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a carta contra o Projeto de Lei nº 7.663/2010, sustentando que:

Políticas emergenciais de internação involuntária e compulsória caminham na mesma direção dos modelos repudiados desde a década de 1940 do século XX, rejeitados pela luta antimanicomial e pela reforma psiquiátrica, que demonstraram a ineficácia do sistema de segregação em equipamentos fechados e representavam espaços de reclusão, miséria e reprodução da violência. A internação somente é possível como última forma de tratamento, depois de esgotadas todas as alternativas na área da Saúde e demais políticas sociais de garantia de direitos (ROUSSELET, 2013, s/p).

Destarte, perante a problemática da dependência química, emergem indagações sobre a forma mais apropriada nas técnicas de tratamento presentes na rede pública, visto serem adaptáveis duas alternativas no sistema público de saúde brasileiro, como já mencionado: o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas⁸ (CAPS AD) e as internações em comunidades terapêuticas em convênio com o poder público, sobretudo as unidades de caráter filantrópicas, em grande medida mantidas por entidades religiosas. Vale ressaltar o destaque maior na problematização da violência e da exclusão social e dos meios cautelares em defesa da saúde pública no Brasil.

5 AÇÕES GOVERNAMENTAIS DE TRATAMENTO CONTRA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E A CIDADANIA REGULADA

Diante da situação de vulnerabilidade e hipossuficiência física e mental, o dependente químico precisa de ajuda especializada, pois sua condição não permite autonomia de vontade ou entusiasmo pela vida, o que se acentua com o tempo em que se encontra no vício.

Já desde o final do século XVIII, baseado numa institucionalização racional e moderna, pós-revolução francesa, os tratamentos clínicos e os centros de recuperação passaram a incorporar o paradigma da *sociedade disciplinar* (FOUCAULT, 1987), acreditando que a atuação do poder panóptico, marcado pelo disciplinamento, vigília e atuação dos saberes médicos sobre os corpos poderia atuar eficazmente no tratamento dos doentes mentais e dependentes químicos. Neste passo, a internação compulsória aparece como tábua de salvação para os dependentes químicos, livrando as ruas dos centros urbanos e bairros nobres dos “viciados” e “marginalizados”.

Neste exercício disciplinar para os “excluídos socialmente”, a figura do poder panóptico se instaura pela vigilância contínua, como meio de tornar possível o pleno controle dos indivíduos, principalmente numa sociedade industrial que presa por pessoas adestradas para inserirem-se, o quanto antes, no sistema produtivo. Dessa forma, a internação compulsória aparece como uma estratégia de poder que legitima o surgimento e a proliferação de uma série de instituições que formalizam o modelo do *Panopticon*⁹. A

⁸ Cf. Segundo a psicóloga Gabriela Silveira Ayres: “o CAPS AD é a única unidade de saúde especializada em atender os dependentes de álcool e drogas na capital, dentro das diretrizes determinadas pelo Ministério da Saúde, que tem por base o tratamento do paciente em liberdade, buscando sua reinserção social” Disponível em: <http://www.pmcg.ms.gov.br/comad/canaisTexto?id_can=3149>. Acesso em: mai. 2016.

⁹ O *Panopticon*, idealizado pelo jurista britânico Jeremy Bentham, retrata o modelo de edificação cuja arquitetura, de forma hipotética, permitiria vigiar e controlar as ações das pessoas encarceradas. Presas em celas dispostas num círculo, ao centro haveria uma torre elevada cuja estrutura proporcionaria ao vigia

partir desse estereótipo, o indivíduo é fixado dentro do sistema de produção, forjando sua visão de mundo influenciado pelas normas e saberes já constituídos. Há, com isso, um movimento instituído de inclusão no interior do processo de exclusão do indivíduo em estado de abstinência química.

Com base nesta proposta, as políticas de internação clínica, sobretudo para dependentes químicos, têm reproduzido o paradigma higienista brasileiro desenvolvido em meados do século XIX e início do século XX, cujo objetivo era valorizar a condição humana como capital e recurso material para a produção. Nesta abordagem sanitária, os indivíduos considerados produtivos deveriam ter boa saúde, além de se inserir na seletividade de raças “limpas” e bem adestradas. Dessa forma, seria importante instituir hábitos, costumes e normas de conduta que visassem o aprimoramento da saúde coletiva e individual, tendo como pressupostos fundamentais a valorização do arcabouço teórico (biológico e racial) e ideológico (liberalismo econômico) (ELIAS, 1994; SOARES, 1990).

Estes modelos forçados de tratamento foram em grande medida revistos ou têm se adequado às novas demandas após a efervescência do regime democrático, amplamente propagado no final de década de 1980, principalmente com a criação de espaços de mobilização e exercício da cidadania.

Apesar da lacuna na institucionalização e efetivação de um modelo de cidadania nos moldes do *Welfare State* no Brasil, os acontecimentos políticos ocorridos com a abertura política na década de 1980 abriram as portas para as experiências reivindicatórias, ainda que o processo de garantia de direitos no país seja fortemente marcado pela “cidadania regulada”¹⁰. No entanto, graças às lutas e mobilizações sociais reivindicatórias que marcaram os anos de 1980, foi possível o surgimento de ações políticas que abriram um novo espaço de possibilidades para a afirmação da cidadania e da democracia.

Em termos políticos e jurídicos, houve um recuo dos grupos mais elitistas e tradicionais da sociedade brasileira, quando se promoveu formalmente a institucionalização de movimentos populares e democráticos a partir da inserção, em

a observação de todos os movimentos das pessoas em suas celas, sem que os presos pudessem ver seu observador. As implicações da ideia foram conceitualmente elaboradas por de Michel Foucault, em sua obra *Vigiar e Punir* (1987).

¹⁰ “Cidadania Regulada” é uma expressão cunhada pelo sociólogo Wanderley Guilherme dos Santos na obra *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira* (1987), e que expressa o tipo de cidadania que temos no Brasil, restrita a uma parcela da população trabalhadora que possui registro na Carteira de Trabalho, com direitos formalmente garantidos e submetidos ao controle do aparelho estatal no tocante a aspectos políticos e sociais.

diferentes espaços políticos e sociais, de entidades sindicais, novos movimentos sociais e projetos alternativos de política, além de novas propostas de legislação para serem incorporadas à Carta Constitucional (OLIVEIRA; MOREIRA, 2010).

Desse modo, o processo de afirmação de direitos ligados à cidadania e à democracia passou a ampliar os limites da representação mediante os primeiros passos em relação à participação dos atores sociais nas iniciativas e decisões políticas, além de oferecer a abertura para o surgimento de forças sociais e políticas de mobilização, a exemplo do sindicalismo. No entanto, essa mudança conjuntural ainda não trouxe um modelo de cidadania que efetivamente garantisse o exercício de direitos consolidados no Brasil.

Motivado por questões de ordem estrutural relacionadas à tensão entre democracia e capitalismo, este último aspecto se sobrepõe como uma lógica interna fundamental que está baseada em três aspectos: a universalização de direitos políticos e sociais; a regulação pública do mercado e a participação da sociedade civil na gestão pública (OLIVEIRA; MOREIRA, 2010). Neste processo, a questão social torna-se presa ao processo de regulação e conformação baseado na lógica do mercado capitalista e da consolidação de um Estado nacional que enfrenta desafios na construção da cidadania.

Nessa acepção, no lugar do aparelho estatal privilegiar a garantia de acesso à educação, saúde, segurança, lazer, trabalho, entre outros, o que se assiste, sob fortes limitações estruturais, é o avanço institucional da regulação do mercado, que enfraquece a instrumentalização da gestão pública no tocante à garantia de direitos políticos, civis e sociais para todos.

Neste sentido,

O que era para ser uma política regida por critérios universalistas da cidadania virou um simulacro – caso exemplar de como, no Brasil, a exclusão se dá no modo mesmo como a lei é formulada, não nos seus princípios genéricos, mas nas formas de sua regulamentação, nos modos como tipifica situações e prescreve as condições para o acesso a direitos que em princípio a lei deveria garantir (TELLES, 1999, p. 93).

Apesar do reconhecimento formal de direitos tutelados pelo Estado, a garantia efetiva dos direitos de cidadania ainda não foi sublevada como garantias sociais legítimas que são fruto das necessidades sociais no país. Em seu lugar, a sociedade tem se constituído não como um espaço de reconhecimento e proteção social, mas como um espaço de descredenciamento das camadas sociais mais pobres diante do estatuto dos

direitos outorgados pelo Estado. No cenário brasileiro, os direitos jamais foram instituídos segundo a noção de igualdade. Ao contrário, a classe pobre esteve condicionada enquanto público-alvo de uma série de medidas estatais, assim como de repressão policial, sempre desprovida da condição de direitos.

As políticas governamentais que surgiram nestas duas últimas décadas foram amparadas pelo discurso protetivo da Constituição Federal de 1988, demonstrando que o cidadão deve ter assegurada sua dignidade humana e o exercício da cidadania. Muito embora aquele que se encontra em situação de dependência química não esteja no gozo dos seus direitos em sentido pleno, deve ter amparo assistencial assegurado em lei, principalmente quando esteja em risco de morte.

No Brasil, o tratamento da dependência química segue os pressupostos estabelecidos no *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), em consonância com a legislação vigente. Muito embora não haja suporte familiar, a internação, quando necessária, se dá unicamente para desintoxicação, por períodos curtos de tempo, buscando a voluntariedade do recuperando no tratamento.

A Lei nº 11.343/2006, em seu art. 1º dispõe, que: “Esta Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social dos usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico de drogas e define crimes”.

No âmbito da regulação do tratamento de dependentes, a Portaria nº 3.088/2011 regula e institui a Rede de Atenção Psicossocial - RAP, que atende pessoas com diferentes níveis de dependência, principalmente decorrentes do uso do *crack*. Neste sentido, dispõem os art. 2º, 3º e 4º da Portaria sobre a tutela e garantias legais asseguradas aos adictos no tocante a RAP. Dentre eles, destacam-se:

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

[...]

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Pelo que se expõe, conforme o preceituado pelo princípio da dignidade humana, o Estado busca a reinserção do recuperando no seio da sociedade civil, muito embora ainda sejam necessários maior mobilização e engajamento do aparelho governamental e dos agentes sociais envolvidos para garantia os direitos e deveres.

A Lei de nº 10.216/2001 foi promulgada em consonância com a Constituição Federal, e tem por objetivo garantir e proteger os direitos dos portadores de doenças mentais, bem como aqueles que estão na condição de dependência química. Dispõe a lei supracitada sobre o tratamento de pessoas em dependência química a partir de três modalidades de internação psiquiátrica, são elas (BRASIL, 2004):

a) Internação voluntária: tipo de tratamento que leva em consideração a vontade livre e espontânea do usuário de drogas em se recuperar, mediante o acompanhamento de terceiro(s);

b) Internação involuntária: tipo de tratamento clínico que se dá sem o consentimento do usuário e autorizado por um terceiro, geralmente pessoa próxima (por exemplo, familiares, isto é, pessoas com ligação consanguínea com o usuário, mãe, pai ou filhos.), além do exame clínico que constate a dependência química e a necessidade de internação. A internação se dá frequentemente em clínicas particulares ou em unidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);

c) Internação compulsória: tipo de tratamento clínico que ocorre após laudo médico e determinação de autoridade Judiciária, podendo ou não ser a pedido da família. A internação também pode ocorrer em clínicas particulares ou em unidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

As duas últimas modalidades de internação mencionadas ocorrem sem a permissão do usuário de drogas, involuntária ou compulsoriamente, em ambientes físicos adequados para a atuação clínica e voltados à recuperação, geralmente com emprego de medicação. Os saberes médicos atuam como forma de disciplinamento e terapêutica sobre as visões e práticas sociais do internado¹¹. Ambos os tratamentos são feitos com acompanhamento médico, envolvendo desde atividades ocupacionais, físicas e educativas até a ingestão de medicação para controlar a ansiedade e outros fatores decorrentes do vício, podendo ser eficazes se associados à persistência da equipe e da família, além do interesse, por parte do interno que se encontra em abstinência química, em recuperar-se.

¹¹ Numa perspectiva foucaultiana, a “idade moderna” foi conformada pelo poder disciplinar, cada vez mais representado pelos artifícios de um *biopoder*, que envolve formas sutis de regulação dos sujeitos por meio de saberes e técnicas numerosas de subjugação e controle dos corpos.

Nesse sentido, tem sido cada vez mais difundida a modalidade de tratamento por meio da internação voluntária, baseada na autonomia da vontade, que pressupõe a livre escolha do indivíduo em estado de abstinência química em deliberar pelo acompanhamento psiquiátrico ou não.

As modalidades de internação propostas pela legislação atual devem ser concebidas no campo sociológico da tutela dos interesses, em detrimento do pressuposto da hierarquização dos valores e condutas, conforme defende a sociedade burguesa e autocrática.

Na contramão deste processo histórico-social, mas também representando a afirmação dos direitos de solidariedade, encontram-se experiências governamentais positivas, em grande medida inspiradas pela democratização advinda dos princípios constitucionais. Nesta esteira, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) como referência no atendimento aos portadores de algum tipo de dependência química e/ou distúrbio psíquico.

Na Paraíba existem 101 CAPS AD espalhados pelos 223 municípios do Estado. Particularmente em Campina Grande, eles são mantidos pela rede municipal de saúde e acompanham pessoas com transtornos mentais, dependência química, dentre outros. O público atendido em 2016 foi composto de 7.500 pessoas entre adictos e familiares atendidos (CLEMENTINO et al., 2016).

Neste tipo de tratamento, também é utilizado, quando necessário, medicação sob prescrição médica. O atendimento é composto por uma rede psicossocial, médica, pedagógica, dentre outros. Em caso de necessidade de internação, a rede do CAPS AD em Campina Grande funciona em parceria com a rede hospitalar da cidade, que encaminha para um hospital especializado no tratamento clínico de indivíduos com distúrbios mentais, o Hospital Dr. Edgley. Além desta assistência, existem seis residências mantidas pela prefeitura, que funcionam com a cooperação dos profissionais do CAPS AD no acolhimento de indivíduos que têm histórico de uso de drogas ou que perderam o vínculo com a família (CLEMENTINO et al., 2016). Estes estabelecimentos domésticos substituíram a antiga filosofia da internação manicomial, desde a reforma psiquiátrica mundial ocorrida em 2005.

A partir das análises realizadas, depreendemos que a dependência química é uma problemática de cunho social, cuja demanda para atendimento e acompanhamento adequado é crescente, sendo ainda escassas no Brasil as unidades hospitalares com

estrutura para oferecer uma atenção especializada. Essa situação, por sua vez, vem preocupando e despertando o interesse da sociedade pela questão, ao mesmo tempo em que passa a requerer do Estado a obrigatoriedade de arcar com a responsabilidade do acompanhamento da saúde mental dos indivíduos acometidos pela dependência química, mediante políticas sociais que possibilitem a redução dos riscos da doença e de outros agravos, garantindo-se o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação.

5 CONCLUSÃO

A dependência química nas sociedades contemporâneas é desafiadora, uma vez que impacta diretamente a situação dos usuários de substâncias químicas, considerando-se a forma estigmatizada e marginal com que parte da sociedade civil ainda enfrenta o problema da vulnerabilidade social diante das drogas, sobretudo em decorrência da influência do paradigma manicomial, que perdurou até recentemente, e que tratava o dependente químico como improdutivo e marginal em relação à sociedade de mercado, valorizando os indivíduos que se adequam a realidade produtiva das sociedades industriais.

Os resultados da pesquisa sugerem que historicamente as formas de tratamento contra a dependência química ainda são muito recentes, tendo pouco mais de dez anos de existência, especialmente aquelas medidas assistenciais que valorizam o respeito à dignidade humana, sobretudo após a reforma psiquiátrica mundial em 2005.

Apesar dos avanços em termos legais, ainda perdura a cultura jurídica, ora identificada pelo sociólogo Wanderley Guilherme dos Santos (1987), marcada sutilmente pela cidadania regulada, a qual expressa o tipo de cidadania arraigada no Brasil, restrita a uma parcela da população trabalhadora portadora dos direitos formais, com forte controle do aparelho estatal no tocante a aspectos políticos e sociais.

Outro aspecto a considerar é a política pública de tratamento terapêutico de dependentes das drogas amparado pela Lei nº 10.216/2001, que foi implementada em Campina Grande-PB, reflexo da realidade regional e nacional, e que tem trazido resultados positivos, embora seja uma realidade recente, ainda desprovida de dados mais concretos que possam oferecer informações mais esclarecedoras. Entende-se que a política de saúde, que possui como logística o CAPS AD, tem sido uma experiência governamental positiva, que garante tratamento e recuperação aos dependentes químicos submetidos aos moldes terapêuticos propostos pelo aparelho governamental.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, T. M. de; ESPINHEIRA, C. G. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicotrópicas na cultura brasileira. In: **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**: módulo 1. 11. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Organização de Alexandre de Moraes. 16. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Lex-Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5. ed. amp. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 17-19.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011.

_____. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Lei da Reabilitação Psicossocial. In: **Vade Mecum Compacto**. Obra coletiva da ed. Saraiva com a colaboração de Luiz Roberto Curia, Livia Céspedes e Juliana Nicoletti. 7. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2012.

_____. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Lei de Drogas. In: **Vade Mecum Compacto**. Obra coletiva da ed. Saraiva com a colaboração de Luiz Roberto Curia, Livia Céspedes e Juliana Nicoletti. 7. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2012.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei Complementar PL nº 7662/2010**. Acrescenta e altera dispositivos à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=483808>>. Acesso em: jun. 2017.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1992. p. 89-112.

CLEMENTINO, F. de S. et al. Avaliação de Estrutura Organizacional dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de Campina Grande, Paraíba. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 20, n. 4, p. 261-268, 2016.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS – CNM. **Reinserção social: o direito de recomeçar**. Brasília: CNM, 2017. Disponível em: <http://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Projeto_Reinserir-Reinsercao_Social-2017.pdf>. Acesso em: 22 out. 2017.

DURKHEIM, É. **As Regras do Método Sociológico**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ELIAS, N. **O Processo Civilizador: uma história dos costumes**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: o nascimento das prisões**. Petrópolis: Vozes, 1987.

GIDDENS, A. **Sociologia**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GOFFMAN, E. **Estigma** - Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad. Mathias Lambert. Rio de Janeiro: LTC, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA - INPAD. **Lenad Família**. Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos . Disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/11/Familia_Apresentacao.pdf>. Acesso em: 2 dez. de 2015.

LA TAILLE, Y. de. **Vergonha a ferida moral**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Saúde Mental. **II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: MS, 1994.

MUROFUSE, N. T. O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho. 2004. 297p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

OLIVEIRA, R. V. de; MOREIRA, E. M. **Introdução: Sentidos da globalização, um desafio ao pensamento sociológico**. João Pessoa: Ed. da UFPB, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 1990 nov 14; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS;1990 Declaração de Caracas, 1990.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Aumenta consumo de cocaína no Brasil, diz relatório da ONU**. 2016. Disponível em: <<https://http://www.unodc.org/wdr2016/>>. Acesso em: 11 fev. 2016.

PEDRINHA, R. D. Dependência Química. **Em discussão**, n. 8, 8 de agosto de 2011. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/iniciativas-do-governo-no-combate-as-drogas.aspx>>. Acesso em: 5 dez. 2015.

PERES, M. A. de A.; BARREIRA, I. de A. Desenvolvimento da assistência médica e de enfermagem aos doentes mentais no Brasil: os discursos fundadores do hospício. **Texto contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 4, out./dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400004>. Acesso em: 20 fev. 2017.

PORTAL BRASIL. Secretário fala sobre Política Nacional sobre Drogas. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2014/03/secretario-fala-sobre-politica-nacional-sobre-drogas>>. Acesso em: 23 jan. 2016.

RONZANI, T. M.; NOTO, A. R.; SILVEIRA, P. S. da. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: Ed. da UFJF, 2014. Disponível em: <http://www.editoraufjf.com.br/ftpeditora/site/reduzindo_o_estigma_entre_usuarios_de_drogas.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2017.

ROUSSELET, F. Dependência química: internação é solução? **Revista Forum Semanal.** 30 de setembro de 2013. Disponível em: <<http://www.revistaforum.com.br/blog/2013/09/internacao-e-solucao/>>. Acesso em: 2 dez. de 2015.

SANTOS, W. G. dos. **Cidadania e Justiça:** a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campos, 1987.

SOARES, C. **O pensamento médico higienista e a Educação Física no Brasil: 1850-1930.** 1990. 247p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1990.

TELLES, V. **Direitos Sociais: afinal do que se trata?** Belo Horizonte: UFMG, 1999.