



**SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL,
TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL**
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis SC - 27 a 29 de Outubro de 2015

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: UM DESAFIO À POLÍTICA ANTIMANICOMIAL

Lincon Fricks Hernandez¹
Raquel De Matos Lopes Gentilli²

Resumo

Este trabalho tem como objeto de estudo analisar a visão de pacientes que se encontram internados compulsoriamente para o tratamento de álcool e outras drogas. Tem como objetivos problematizar as medidas de internação compulsória enquanto retrocesso à política de saúde mental instituída pela Lei 10.216 e como mecanismo sociopolítico de reprodução das desigualdades sociais. Metodologicamente, utilizou-se abordagem qualitativa e entrevistas. Conclui que tais práticas se configuram como uma política de cunho higienista e moralizador, descartando como tratamento os serviços substitutivos, impondo a esses sujeitos um tratamento pautado na abstinência que, configura-se na prática, como punição aos usuários pobres de drogas.

Palavras-Chave: Saúde mental. Internação. Serviços substitutivos. Desigualdades sociais.

1 INTRODUÇÃO

A atual Política Nacional de Saúde Mental encontra-se fundamentada na Lei 10.216/2001. Visa fazer valer os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e repelir o modelo asilar de saúde mental que existia até então. Com isso, buscou-se criar serviços de atenção psicossocial que apresentem caráter substitutivo a este modelo para o cuidado de pessoas com sofrimento mental e problemas no uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2001).

Ainda se encontra previsto na Lei 10.216 três modalidades de internação, sendo estas: voluntária, involuntária e compulsória. A internação voluntária acontece mediante consentimento do próprio indivíduo; na internação involuntária, ao contrário da primeira, se dá contra a vontade do paciente, solicitada por terceiros. Já a internação compulsória ocorre mediante determinação judicial.

Torna-se relevante para prosseguir nesta discussão enfatizar o art. 4º da Lei 10.2016, que assegura a internação, independente de qual seja a modalidade e deverá ocorrer somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001).

Na segunda década dos anos 2000, as internações compulsórias de usuários de drogas têm mobilizado diversas categorias profissionais, dentre as quais o Serviço Social e a Psicologia, em favor da defesa dos direitos humanos, preocupados com a forma como esse modelo de internação que estava se efetuando no país. A título de exemplo, podem-se apontar as ações realizadas nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Vila Velha (ES), Salvador, e outras cidades brasileiras.

As práticas de internação, em sua origem, estiveram associadas a manobras higienistas e na reestruturação dos espaços coletivos. No século XVII - um exemplo desse retrato de exclusão -, registra-se, em Paris, no ano de 1956, o nascimento do Hospital Geral. Tais espaços não possuíam caráter médico, ou intenção de promover tratamento, mas

¹ fricksjr@hotmail.com – Mestrando.

² rgentilli@uol.com.br - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.



simplesmente de banir do convívio social, aquelas pessoas consideradas “perigosas” para a população (FOUCAULT, 1978).

Segundo Zimer (2011) as internações compulsórias na atualidade se tornam uma porta de entrada legal para espaços de reclusão social, reproduzindo modelos de tratamento asilar, que, por longos anos, muito se tentou e ainda se tenta combater.

Entende-se que as medidas de internação compulsória se configuram como um retrocesso à política de saúde mental e aos serviços substitutivos, pois vem atuando na lógica conservadora de uma política de cunho higienista. Esta pode ser pensada ainda como um instrumento ideológico de dominação de classes, destinado a determinados segmentos sociais. Os alvos de tais medidas seriam muito bem selecionados: dependentes químicos pobres e miseráveis em situação de rua, reforçando os processos de desigualdade e exclusão social, aos quais estão submetidos todos aqueles que sucumbem à lógica de exploração do modelo atual de capitalismo.

Nesse sentido, essa pesquisa busca realizar uma reflexão entre o que propugna a legislação para tratamento de usuário de drogas, apontando, por meio da crítica expressa no discurso dos clientes entrevistados, como a aplicação da Lei é desigual e excludente, reproduzindo as relações sociais.

A pesquisa esta sendo realizada em uma clínica privada para dependentes químicos, localizada no sul do estado do Espírito Santo, que trabalha com internação compulsória. Tem como objetivos problematizar as medidas de internação compulsória enquanto retrocesso à política de saúde mental instituída pela Lei 10.216 e como mecanismo sociopolítico de reprodução das desigualdades sociais.

2 INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: DROGADIÇÃO E POBREZA

O Sistema de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD) foi instituído em conformidade com a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Em seus parâmetros iniciais, o SISNAD se propõe a construir uma sociedade na qual as drogas ilícitas não sejam mais uma ameaça e que se faça uso consciente das drogas lícitas, diferenciando o usuário do traficante, sem discriminação a pessoas que façam uso problemático de álcool e outras drogas, de forma a garantir o direito de acesso a tratamento adequado (BRASI, 2010).

No artigo 4º, incisos I e II estão elencados os princípios fundamentais, que asseguram aos usuários de drogas o respeito a sua pessoa humana, sobretudo a sua liberdade e autonomia, considerando as particularidades e diversidades existentes na população (BRASIL, 2010).

Há muito tempo o crack está presente nas camadas sociais mais pobres da sociedade brasileira. Para Rodrigues (2013), as drogas, principalmente o crack, começaram a ganhar mais atenção da pública, quando deixaram de ser um problema que afetava apenas às classes excluídas socialmente, e começou a alcançar a classe média e alta. Essa realidade pode ser metaforicamente assim identificadas: “(...) quando deixou de se pegar botijão de gás de casa para vender e comprar pedra e [se] começou a pegar o estepe do Mitsubishi, aí a coisa mudou para o crack.” (RODRIGUES, 2013, p.185).

Segundo Oliveira (2013), apesar de diversos temas constituírem o debate sobre drogadição, as desigualdades sociais devem ser reconhecidas enquanto “ponto de partida” em nossas intervenções, para que legitimamente possam se efetivar como práticas políticas na construção de laços sociais em defesa dos direitos humanos.

A política de drogas no país está atrelada ao intenso preconceito de classes, onde se utiliza instrumentos ideológicos na tentativa de esconder que a mesma se encontra associada às expressões da questão social. Consequente, a internação compulsória surge enquanto um aparato do estado, sobre a roupagem de um discurso de cuidado e defesa da sociedade, tornando-se mais uma engrenagem na produção de desigualdades sociais.



3 A DISTÂNCIA ENTRE O PRECEITO PRESCRITO E O INSCRITO SOCIALMENTE

As medidas de internação compulsória caminham na contramão daquilo que tem sido preconizado pela política. Segundo Zaluar (1994), mesmo sendo regidos pela mesma lei, os usuários de drogas são “tratados” de diferente modo, tanto pela sociedade, quanto pelo Estado, considerando-se a classe social que fazem parte. Esse pensamento do autor surge na fala dos participantes da pesquisa. Essa prática é percebida e denunciada pelos entrevistados:

“[...] o pobre sempre se fode [sic], desculpa falar assim, mas é verdade, ninguém vai descer porrada em filho de papai, agora prende um muleque negro da favela, tira até sangue, e todo mundo diz que tá certo bater, que tem mesmo que apanhar.”

“O rico sempre vai ser o *bad boy*, o menino mau, o pobre é o *nóia* [sic]. Sempre foi e sempre vai ser assim, quem me ofereceu drogas foram meus amigos que eram ricos tudo tinha dinheiro [sic], e mãe deles falavam [sic] que eu era má influencia. Não sei onde eles estão hoje, sei que eu tô aqui [sic].”

“E assim tem gente que pensa que só pobre usa e vende droga, a gente não pode abrir a boca, senão veste o “paletó de madeira”, mas tem policial, político, gente de bem que vende e usa. Tem muito que nem usa, mas vende porque dá dinheiro.”

Os pacientes internados na clínica de recuperação privada que está sendo estudada, queixam-se por se sentirem excluídos, em decorrência da influência dos preconceitos, tanto nas relações sociais, quanto na adoção de medidas judiciais e apontam possíveis riscos maiores que temem.

De acordo com Coimbra e Nascimento (2002), a associação de pobreza com periculosidade é uma ideologia que vem se perpetuando no decorrer dos tempos, justificando diversas práticas direcionadas às classes sociais mais pobres. Zimmer (2011, p.33) adverte que: “esse tipo de controle não está preocupado com o que realmente os indivíduos fazem em termos de conformidade com a lei, mas com que eles podem vir a fazer”. Esse vir a fazer aparece como uma periculosidade potencial, muitas vezes alimentada pelos preconceitos, que ao funcionarem como mecanismos de discriminação social, consagram exclusões seculares e confirmam desigualdades sociais.

Em decorrência da visão negativa e discriminatória presente na contemporaneidade, constrói-se uma determinada opinião enviesada sobre as drogas e sobre os dependentes químicos. Tal situação distorce outras possibilidades de visualizar a temática, arrastando o preconceito para olhares que afetam possibilidades de trabalhos profissionais. Diante de tal pressuposto, faz-se necessário romper com uma série de estigmas e olhares sociais que se constroem a cerca do assunto e, em troca, propor um novo olhar mais amplo sobre esse fenômeno social.

Outro depoimento nos aponta como esse olhar estigmatiza as relações sociais. Correlaciona também a expressão discriminatória, preconceituosa com o diagnóstico profissional:

(...) “tem gente que fala: ‘Ah! Não interessa o que os outros falam de mim’. Interessa sim! Porque é a sua personalidade, o seu perfil social, entendeu? Se você for vista como um. Lá fora a gente fala ‘nóia’, mas aqui dentro a gente aprende que é adicto. Se você for visto como uma ‘nóia’ lá fora você não consegue emprego. Você mal, mal, fala com as pessoas porque eles não te dão confiança, entendeu?”

O recolhimento compulsório dos pacientes retrata uma manobra higienista (praticada por interesses políticos e econômicos), de cunho repressor (executada pela repressão policial), que evidencia uma intolerância com as diferenças das formas singulares



de subjetividade. Consequentemente, observa-se que são adotadas práticas de exclusão, em nome de um tratamento que se apresenta como um caráter de punição a esses sujeitos (BICALHO, 2012).

Tal mecanismo é usado de maneira a parecer que a internação compulsória do usuário de drogas é a única opção de tratamento a ser oferecida pelo Estado. Internar compulsoriamente acaba por se tornar muito mais uma prática rápida, autoritária e paliativa, que supostamente resolve essa situação, ao invés de se propor novas condições que ampliem as possibilidades de vida dos usuários. (LANCETTI, 2011; ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013).

Ao falarem de seu tratamento os usuários afirmam que:

“A internação compulsória ela, no fundo no fundo, não vale a pena, por que você é capturado, no meio da rua por um resgate, e trago [sic] por um lugar onde você passa uns meses que se você analisar bem tem até como fugir, mas você vai se rasgar todo, mas que você vai ficar aqui um ano vai embora para ter outros pacientes aqui. Primeira vez que você sair você vai usar entendeu? Eu acho que, a internação ela tem que partir da pessoa, ela tem que querer entendeu? Porque se você não quiser não vai, uma hora, hora você surta, uma hora você vai ter que sair desse lugar. Ai de repente você pode sair até pior.”

“Rapaz, minha internação compulsória pra mim não funciona, que depende da pessoa querer.”

“Eu já fui internado uma vez no ano passado, aí eu, agora em março, fiquei dois, uns dois meses, três meses na rua. Ai, eu voltei de novo a ser internado, tava internado compulsório também pelo governo na outra clínica”

“(…) essa já a minha oitava internação, e compulsória já a minha terceira, entendeu? Que a minha família, não é que me obriga, mas chama o resgate para me pegar e ultimamente, agora de uns 3 anos para cá, eu não estava trabalhando mais, então minha mãe que estava sustentando meu vício (…)”.

É possível constatar da fala do usuário que as internações compulsórias tornam-se um processo contínuo na vida desses sujeitos. De acordo com Lancetti (2011), cria-se através da internação compulsória uma ideologia superficial e simplória, limitando-se à abstinência, pois se subtrai o desejo afastando-o das drogas, porém ele ressurgiu, pois nenhuma mudança significativa ocorreu na vida desse sujeito em relação ao seu modo de ser e estar, lidando com as drogas e as situações adversas da vida.

4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS DESCAMINHOS NA REALIDADE CONCRETA

Os principais objetivos da Reforma Psiquiátrica no Brasil foram: dar fim ao modelo de tratamento asilar existente no país, e implantar serviços substitutivos que oferecessem um atendimento humanizado aos pacientes com agravos em saúde mental (OLIVEIRA, 2013). Atualmente, o campo da saúde mental tem buscado ampliar as estratégias de tratamento, criando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas e o “Programa de Volta para Casa”, visando a reinserção social desses pacientes no convívio com as demais pessoas da sociedade. Outro importante avanço foi a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), formada por vários profissionais em conformidade com o que está previsto na Portaria Ministerial de número 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013).

Em função das negligências existentes nos serviços de saúde mental, durante o período da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a temática envolvendo o tratamento dos usuários



**SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL,
TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL**
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis SC - 27 a 29 de Outubro de 2015

de álcool e outras drogas não teve a devida atenção, pois esses pacientes passaram despercebidos em suas reais necessidades de atendimento (OLIVEIRA, 2013).

O Ministério da Saúde reconhece de forma explícita, conforme apontado abaixo, que:

“produziu-se historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência, associações religiosas. A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado, e possibilitou a disseminação em todo o país de “alternativas de atenção” de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançada a abstinência” (BRASIL, 2005, p.1).

Um dos principais desafios para Reforma Psiquiátrica brasileira na contemporaneidade é o de garantir os direitos conquistados aos usuários dos serviços substitutivos e romper com a ideologia de que um tratamento necessariamente só pode ser realizado através de uma internação (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013). A Reforma possibilitou um olhar diferenciado para as pessoas com agravos em saúde mental, no entanto, no que diz respeito aos usuários de drogas, ainda há um longo caminho a ser trilhado (LANCETTI, 2011).

Na área de tratamentos de usuários de drogas, observa-se uma grande distância em relação à evolução que já foi possível obter nos tratamentos aos transtornos da loucura propriamente dita. Fica evidente a diferenciação entre a forma de tratamento de um público e de outro, ainda mais, quando estes são comparados, especificamente, em relação à questão da defesa de direitos humanos e sociais dos usuários de drogas.

Os CAPS ainda são os modelos substitutivos mais conhecidos pelos entrevistados da pesquisa, apesar de integram a RAPS, que, a princípio, deveria promover atendimentos clínicos, atividades terapêuticas e acompanhamento profissional, aos usuários com sofrimento psíquico, também nos momentos de crise, fortalecendo vínculos psicossociais, tanto com a família, quanto a comunidade, por meio do trabalho, envolvimento com práticas de lazer e manutenção de seu papel enquanto cidadão de plenos direitos e deveres civis (BRASIL, 2015).

Foi possível observar que existe lentidão na implantação destes serviços, sobretudo de outras estratégias de tratamento, como redução de danos e Consultórios de Rua, que são desconhecidas para esses sujeitos.

“Minha mãe tentou que eu frequentasse o CAPS, mas eu não consegui porque lá você tinha que ir e ficar o dia todo, entendeu, tinha que ficar o dia todo lá. Não sei se em outros lugares é diferente”

“Já ouvi falar, mas não usei, o CAPS eu já frequentei, mas também não funcionou não, redução de danos nunca participei”

“Redução de danos? Não, mas se você me explicar mais ou menos como é ...”

O Programa de redução poderia se constituir numa alternativa de tratamento aos usuários de drogas, e não apenas aos que estão em situação de rua, por meio de uma aposta na vida, na ética e nos direitos humanos. Para Lancetti (2011), o que se propõe com a redução de danos é um rompimento com o modelo hegemônico instituído como tratamento na dependência química. Não se trata de levantar uma bandeira em prol do traficante ou do policial, mas sim em defesa da vida. “A redução de danos pode transformar-se num desvio que consiste em criar uma experimentação de vida ali onde o empreendimento é mortífero” (LANCETTI, 2011, p.82).



**SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL,
TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis SC - 27 a 29 de Outubro de 2015**

Ainda segundo Lancetti (2011), desde 1989 quando implantado no Brasil, o programa de RD enfrentou diversos impasses com a mídia e com o Ministério Público, a ponto de serem interrompidas algumas atividades. Essa mesma resistência permanece presente na sociedade, pois muitos familiares não chegam a tentar essa possibilidade de tratamento, como é possível observar no depoimento de uns dos entrevistados:

“Você conseguiu só cheirar pó? Eu falei: não, porque no final eu vou querer algo mais forte, que vai me suprir que vai ser a pedra. Ele: Se você fumar maconha? Eu: Se eu fumar maconha eu fico tranquila, eu posso até ficar dentro de casa o tempo todo. Minha mãe falou: isso é verdade se ela arrumar maconha ela fica só dentro de casa, ela não dá trabalho nem nada, mas de repente fica meio biruta mete e pé e vai fumar. Mas isso acontecia quando eu ia na boca comprar maconha, na boca não tem só maconha tem outras drogas eu acabava comprando a outra droga, entendeu? Ele: então seu problema é o seguinte vai e compra uma grande quantidade de maconha para que você não precise sair. A minha mãe olhou assim pra cara dele, eu to tentando tirar minha filha das drogas e você tá mandando ela comprar uma grande quantidade, o homem não senhora a senhora não está entendendo, ela ficou nervosa saiu de lá levantou e foi embora”.

De acordo com Lancetti (2011), embora de o programa apresentar resultados positivos, há ainda necessidades de quebrar paradigmas equivocados e enviesados sobre a RD, pois se trata de um modelo de tratamento que se difere dos métodos tradicionais. É um modo de ampliar a vida. É uma aposta que acredita na reabilitação do usuário em seu ambiente, sem confinamento ou segregação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos avanços alcançados no campo Saúde Mental ainda há cenário permeado por muita complexidade e limitações, que se tornam entraves para implantação de serviços substitutivos existentes na a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira. Segundo Fossi e Guarsch (2015) é notável a discrepância entre as políticas direcionadas para o tratamento de usuários de drogas, que se encontram vigentes no país. Nesse sentido, há duas posturas institucionais que se conflitam. Uma é representada pelo Ministério da Saúde, que preconiza a Redução de Danos; outra expressa na postura do Ministério da Justiça, que dá ênfase às medidas de internação compulsória, valorizando a abstinência em detrimento de outras abordagens.

Essa duplicidade de entendimento e na condução das medidas de internação compulsória configura ainda a persistência de uma visão política de cunho discriminatório, higienista e moralizador, descartando o tratamento por meio de outros serviços substitutivos, impondo a esses sujeitos um tratamento pautado na abstinência que, configura-se na prática, mais uma punição aos usuários pobres de drogas, que um tratamento propriamente dito.

Nas últimas décadas o debate sobre drogadição tem recebido relevante destaque na mídia e em estudos científicos, tornando-se alvo de debates estatais e nacionais. A drogadição na contemporaneidade consiste numa das expressões da questão social, de forte impacto na sociedade, desde sua venda, compra e consumo, apontando para desafios amplos e complexos, por estar vinculada a outros temas correlatos, também muito complexo, como é o caso da exclusão social, das desigualdades sociais, preconceitos, estereótipos, tráfico de droga e segurança pública.

As medidas de internação compulsória assemelhassem a episódios de um passado não muito distante, em que as práticas de internação visavam a retirada da sociedade aqueles que, de algum modo, eram vistos como perigosos e um risco à sociedade. Tais medidas trazem consigo uma ideia de “tratamento” norteada por um modelo médico de



clínica, entendendo o usuário de drogas como um sujeito desviado de seu estado normal, um ser improdutivo economicamente e imoral socialmente, funcionando como catalisador dos grandes problemas sociais que assolam o país.

REFERÊNCIAS

ASSIS, J. T.; BARREIROS, G. B.; CONCEIÇÃO, M. I. G. **A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica.** Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142013000400007&script=sci_arttext .

Acesso em 10 jul. 2015.

BICALHO, P.P.G. **Apresentação** In: Conselho Federal De Psicologia. Drogas, Direitos Humanos e Laço Social. Brasília, maio de 2013, p. 11-11.

_____. **Em Nome da Proteção do Cuidado, Que Formas De Sofrimento E Exclusão Temos Produzido?** In: Conselho Federal De Psicologia. Drogas, Direitos Humanos e Laço Social. Brasília, maio de 2013, p. 17-21.

BRASIL. **Observatório crack, é possível vencer.** Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Álcool e Drogas 24horas. Site: <

<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-atencao-psicossocial.html>>

Acesso em 15 Jul. 2015.

BRASIL. Decreto Nº 7.179, de 20 de maio de 2010. **Dispõe sobre o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Lei n. 10.216, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 de abr. 2001. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 20 nov. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DAPE. COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. Lei n. 11.343/2006, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 de agos. 2006. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm> Acesso em: 20 nov. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas/** Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013, p.88

COIMBRA, C. M. B., LEITÃO. M. B., **Direitos humanos e a construção de uma ética militante.** Revista Brasileira de Direito Constitucional – RBDC n. 09 – jan./jun. 2007. Disponível em <<http://www.esdc.com.br/RBDC/RBDC-09/RBDC-09-165>>. Acessado em 05 Jul. 2015.



**SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL,
TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL**
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis SC - 27 a 29 de Outubro de 2015

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978, p. 551

FOSSI, L. B., GUARESCHI, N. M.F. **O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos**. Estudos e Pesquisa em Psicologia. Rio de Janeiro. V.15. Nº1. 2015, p. 94-115.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética: políticas de desejo**. 6ª Ed. São Paulo. Hucitec, 2011.

OLIVEIRA, M. V. **População de rua e consumo de drogas: vulnerabilidades associadas**. In: Conselho Federal De Psicologia. Drogas, Direitos Humanos e Laço Social. Brasília, maio de 2013, p. 84.

RODRIGUES, S. **Meu trecho, minha vida**. In: Conselho Federal de Psicologia. Drogas, direitos humanos e laço social. Brasília, maio de 2013, p. 84-98.

STUDART, C. **A questão das drogas e o Serviço Social**. Jornal O POVO, Ceará, 10 mai, 2014. Disponível em <<http://www.cress-ce.org.br/noticias/informes/artigo-quest%C3%A3o-das-drogas-e-o-servi%C3%A7o-social>>. Acesso em 02 ago. 2015

ZALUAR, A. (Org.). **Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos**. São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 171.

ZIMMER, F. **A internação compulsória: uma nova porta de entrada legal para o asilo**. Dissertação de Mestrado Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas da Universidade Federal do Espírito Santo, 2011.