

A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica

Jaqueline Tavares de Assis*¹

Graziella Barbosa Barreiros*²

Maria Inês Gandolfo Conceição*³

O artigo tem como objetivo analisar as variantes do cuidado para pessoas em sofrimento decorrente do uso de drogas, tecendo um paralelo com o percurso da reforma psiquiátrica brasileira. Para isso, apresenta-se um breve panorama das conquistas da reforma psiquiátrica para o processo de cuidado no campo da saúde mental, levantando questionamentos sobre a implantação dessa forma de cuidado no tratamento do usuário de drogas. Aponta-se para os perigos advindos do rumo atual que o campo tem tomado devido à utilização indistinta de paradigmas contraditórios que defendem práticas de internação de longo prazo.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica, usuário de drogas, saúde mental, modelos de atenção e cuidado

*¹ Coordenação Nacional de Saúde Mental, Ministério da Saúde (Brasília, DF, Brasil).

*² Coordenação de Saúde Mental de Santo André (Santo André, SP, Brasil).

*³ Universidade de Brasília – UnB (Brasília, DF, Brasil).

A luta pela mudança do Modelo de Atenção e Defesa de Direitos dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental constitui-se hoje na principal questão da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O momento atual é marcado pela consolidação das políticas públicas em torno do modelo de atenção psicossocial de base comunitária, em contraposição ao modelo clássico da psiquiatria, que vê no hospital e no isolamento dos usuários, a principal estratégia de cuidado no campo da saúde mental.

Inicialmente, as principais estratégias desse processo de Reforma foram o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das Residências Terapêuticas e outras estratégias de reinserção e reparação social como o “Programa de volta para casa”, dirigido a pacientes asilares, egressos de hospitais psiquiátricos. Hoje, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) conta com uma diversidade de componentes, como consta da Portaria Ministerial 3.088 de 23 de dezembro de 2011.

A RAPS propõe a perspectiva integrada, articulada e efetiva em diferentes pontos de atenção à saúde para atender as pessoas com demandas decorrentes de transtornos mentais e/ou do consumo de drogas. Contudo, esses avanços ainda são muito recentes e têm características muito particulares nas diversas localidades do território brasileiro que se acentuam quando comparamos o caminhar da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na área de drogas, em relação à área da loucura propriamente dita, e se distanciam ainda mais quando nos referimos, especificamente, à questão da defesa de direitos dos usuários de drogas.

No campo de trabalho com usuários de drogas, mesmo entre os militantes da Reforma Psiquiátrica, ainda são muitos os profissionais que acreditam que a única forma de cuidar dessa clientela é por meio da internação fechada e de longa permanência. As teses defendidas por muitos, e também promulgadas pelos meios de comunicação,

revelam concepções e crenças de que essas pessoas precisam de internação para se reorganizar, ou “se recuperar”, apanágio do discurso de muitas clínicas de “recuperação de dependentes químicos”.

Especialmente em relação aos problemas relacionados ao consumo de *crack* em nosso país, a mídia tem sido contundente ao propagar a certeza de que o *crack* tornou-se um problema endêmico que fugiu do controle do Estado, invadiu as ruas de pequenas e grandes cidades, e é acusado de ser o responsável pelo aumento da violência urbana. Essas informações sensacionalistas incitam iniciativas extremistas de repressão policial ou de defesa da internação do usuário como a solução para o problema do *crack*, o que retroalimenta o imaginário social que conclama a internação compulsória como solução para o problema. Diante dessa questão, cabe a pergunta: o debate sobre a Reforma Psiquiátrica, a luta pela mudança do modelo assistencial, e mesmo o debate sobre as concepções de loucura, sofrimento mental e métodos terapêuticos, acontece no cenário público da mesma forma para pessoas com transtornos mentais e para os usuários de drogas?

Muitas são as premissas da Reforma Psiquiátrica: a proposta de construção de um modelo de cuidado em rede; a articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico; a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental; a busca pela emancipação dos usuários, pelo rompimento do preconceito e do estigma em relação ao sujeito que enlouquece; os investimentos na participação e organização das famílias dos usuários como fundamentais na proposta do cuidado; a luta pelos direitos dos usuários. Seriam essas premissas igualmente promulgadas quando o assunto é o cuidado destinado aos usuários de drogas?

Este artigo tem como objetivo analisar as variantes do cuidado para pessoas em sofrimento com necessidades decorrentes do uso de drogas em associação com o percurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira, problematizando as propostas atuais de cuidado, as repercussões de concepções de tratamento contraditórias ao paradigma psicossocial, base da Política Nacional de Saúde Mental.

Do processo de institucionalização da loucura à Reforma Psiquiátrica

Historicamente, a noção de loucura ganha corpo social no final do XVII, com o desenvolvimento da medicina. Na antiguidade e na Idade Média foram evidenciadas formas distintas de conceber a questão. Contudo, as formas de lidar com o problema ainda se configuravam no cenário privado. As críticas à interpretação moral religiosa para o fenômeno, acentuada na Idade Média, e o nascimento da medicina

moderna favoreceram o desenvolvimento da noção de doença mental para caracterizar o fenômeno da loucura, e também sua caracterização dentro do campo de estudo e tratamento das ciências médicas. A noção de doença mental, então, começa a perpassar toda a discussão sobre o fenômeno da loucura e passa a sustentar a psiquiatria no cenário científico, tendo como desdobramentos específicos, as práticas da internação que incluíam diversos tipos de tratamento, entre eles, o tratamento moral, disciplinar e a institucionalização dessas pessoas nos manicômios.

Importante lembrar que, inicialmente, mesmo que o hospital psiquiátrico consistisse no isolamento social, essa instituição trazia uma importante mudança para o tratamento dado a essas pessoas em sofrimento mental, em vista de que, antes, o isolamento se dava em condições sub-humanas (porões, cárceres, prisões etc.), sem nenhuma perspectiva de cuidado. O hospital nasce sob a sina da salvação em nome da liberdade, dos direitos das pessoas ao tratamento mais humanizado, mas, principalmente com a proposta de possibilitar o avanço da medicina, sendo um lugar onde se poderia observar, descrever, conhecer e intervir sobre a loucura, para corrigi-la e devolver a liberdade ao sujeito (Alarcon, 2000).

Todavia, progressivamente e em nome do tratamento, a medicina desenvolveu-se, assim como a farmacologia, mas as pessoas com transtorno mental seguiam isoladas do convívio social. As condições de cuidado foram deteriorando-se e cada vez mais desconsideravam-se os direitos das pessoas com transtorno mental, processo que se desenvolveu e se consolidou no decorrer dos séculos XVIII e XIX. Nessa perspectiva, Foucault (1961/2007) discute o tratamento da loucura nesse período como forma de correção de falhas morais e alienação do sujeito, visando à sustentação da disciplina e norma social vigente. Segundo o autor, o discurso médico passou a produzir novas verdades em torno da loucura, que contribuíram para a ideia da produção dos corpos dóceis no âmbito da sociedade disciplinar, e para a institucionalização da doença mental. Assim, o tratamento da loucura apoiou-se principalmente na normalização, adestramento e disciplina do louco (Foucault, 1975/2012), além da exploração do trabalho dos internos nos manicômios.

Na segunda metade do século XX, movida principalmente pelo grave quadro de crise social do pós Segunda Grande Guerra, a sociedade ocidental, especialmente os países europeus, inicia um processo de rediscussão de suas instituições e valores fundantes. Passa-se a discutir a organização da sociedade, a forma como se trata seus cidadãos e como estes podiam atuar nos espaços sociais. Nesse contexto, começa-se a questionar a problemática da internação psiquiátrica, debatendo a desumanização produzida por esse tipo de tratamento, que isola e retira a voz e a cidadania do louco (Foucault, 1961/2007).

Nas décadas seguintes, o Brasil vivencia um longo período de ditadura militar e, similarmente ao que se observou na Europa do pós-guerra, durante esse período e sobretudo no fim da ditadura, a sociedade brasileira inicia diversos movimentos

sociais que discutem questões econômicas, sociais e políticas, inclusive no que diz respeito à saúde pública. Nesse bojo, desenvolveu-se a Reforma Psiquiátrica Brasileira, impulsionada por tal movimento e pelo contexto internacional de críticas às práticas de violência e maus-tratos nos manicômios. O movimento da Reforma consolidou-se na década de 1980 e envolveu transformações no campo assistencial e em quatro campos distintos: o teórico-conceitual, o técnico-assistencial, o jurídico-político e o sociocultural (Amarante, 1995/1998). Na prática, essas mudanças foram o solo fértil onde germinou o paradigma psicossocial de atenção a saúde mental.

Em oposição ao paradigma asilar – no qual o indivíduo era visto como um “doente mental”, personificado pela doença e que ameaçava a sociedade por oferecer risco à sua integridade e à de seu grupo social, devendo por isso ser excluído do convívio social por meio da internação (Rotelli, 1990) – o modelo de atenção psicossocial desencadeou a desconstrução do modelo clássico de abordagem psiquiátrica da loucura ao reconhecer direitos e cidadania das pessoas com transtornos mentais e considerar as dimensões biopsicossocioculturais na atenção em saúde mental (Costa-Rosa, 2000). A mudança de foco da doença para o indivíduo permitiu eclodir de novos saberes e práticas no campo da psiquiatria e saúde mental.

Mesmo que grande parte das pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos lá estivesse por questões relacionadas ao consumo de álcool e/ou outras drogas, o Movimento da Reforma Psiquiátrica, inicialmente, não conseguiu encampar, no rol de seus desafios, a discussão do cuidado comunitário para essas pessoas, como o fez para os portadores de transtorno mental. Só em 2002, consoante às recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde implementou o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de *Álcool e outras drogas*, reconhecendo o uso prejudicial de drogas como problema da saúde pública e construindo uma política pública específica para a atenção a essas pessoas, situada no campo da saúde mental e tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos. Apesar disso, em oposição aos princípios e práticas que Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental, assistimos no cenário social do cuidado para pessoas com problemas de abuso de drogas, a retomada da defesa de práticas e concepções semelhantes às usadas na perspectiva asilar, sob a justificativa de que usuários de drogas não têm condições de lidar, em liberdade, com os problemas decorrentes de seu uso. Em tese, esses usuários estariam subjugados ao poder das drogas, seriam “fracos”, necessitados de contenção e tutela. Em razão disso, justificar-se-ia interná-los, ainda que contra sua vontade, antes de tentar quaisquer outras abordagens, descaracterizando os princípios do cuidado em saúde mental em suas diferentes dimensões, sobretudo no concernente ao potencial emancipatório e de exercício dos direitos dos usuários.

O fenômeno contemporâneo da drogadicção e as concepções que embasam os modelos de atenção aos usuários de drogas

Bucher (1992) aponta que as visões sobre as intervenções na área da drogadicção são marcadas por duas concepções opostas, de éticas diferentes das drogas na sociedade, e também da vida social em si, do ser humano, da visão de homem. A primeira avalia as drogas como um mal extremo à sociedade, trazidas por traficantes e produtores. Na segunda concepção, as drogas não são trazidas de fora, mas representam um mal inerente à sociedade, secretado por ela devido a desequilíbrios, tornando-se válvula de escape para sustentar tensões intoleráveis. As drogas, dessa forma, vestem a carapuça de bode expiatório moderno do “mal-estar na cultura”, caminhando ao lado da marginalização social.

O fenômeno da drogadicção não se reduz a uma relação linear de causa e efeito, mas insere-se numa perspectiva complexa, envolvendo diversas interações de variáveis e articulações entre áreas distintas do conhecimento. Contudo, dificilmente se considera o fenômeno das drogas em sua amplitude e complexidade. Para Schneider (2011), o tema vem sendo abordado de forma reducionista, fragmentada e determinista. A autora salienta que há quatro concepções sobre a atenção à problemática da drogadicção e seus respectivos desdobramentos e implicações: a jurídica-moral, a biomédica, a psicossocial e a sociocultural.

A primeira retoma as concepções sobre loucura promulgadas na Idade Média e considera a droga o grande mal a ser combatido, na medida em que lhe é atribuído poderes maléficos, capazes de corromper o indivíduo e afastá-lo do “bem”. Essa concepção, denominada de jurídica-moral, traz a crença de que é possível a existência de uma sociedade livre das drogas e apoia-se em práticas de controle e repressão do uso, aliado a propostas terapêuticas de cunho religioso que têm como meta de tratamento a abstinência.

Analogamente à história da loucura, a segunda concepção nasce da ruptura com o modelo de explicação não científico que considera a droga o grande mal a ser combatido, para uma concepção do uso de drogas como uma doença, inspirando tratamentos que acontecem prioritariamente no contexto da internação para desintoxicação e da adoção de terapêutica farmacológica. Em suma, ambas as concepções concebem *a noção de uma sociedade livre de drogas* e a necessidade mandatória da abstinência como prática de tratamento.

Já a concepção psicossocial e sociocultural passam a incluir fatores relacionados ao meio social e à dinâmica psicológica do indivíduo na discussão sobre o uso de drogas. A partir dessas concepções, nasce a perspectiva do cuidado baseado na lógica da Redução de Danos que é uma das principais estratégias da Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas para atuar em saúde e no cuidado aos usuários de drogas.

Essa lógica ganha importante destaque na Política Nacional de Saúde Mental, por portar imprescindível plasticidade para o cuidado nessa clínica, supondo não só uma forma diferenciada de abordagem terapêutica, quando comparada às tradicionais, mas também um lugar jurídico e político diferente para os usuários de drogas e para a comunidade, envolvendo valores sociais e políticos sobre as relações entre indivíduos, sua liberdade individual e o direito de dispor do seu próprio corpo.

Visto isso, e considerando a Política Nacional de Saúde Mental, suas normativas e as práticas, ancoradas na Lei 10.216 de janeiro de 2001, a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas opôs-se de forma clara e coerente às práticas de cuidado para esses usuários que privilegiam o tratamento em estabelecimentos fechados, tendo como único propósito a manutenção da abstinência total. O artigo 4º da Lei afirma que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, 2001). Dessa forma, a internação psiquiátrica nunca deve ser a primeira opção no tratamento de usuários de drogas (Cruz, 2009) e, se por acaso ocorrer tal internação, devem ser assegurados os direitos da pessoa na instituição.

A contrarreforma em curso: a atualização da internação como forma de cuidado para usuários de drogas

Para Goffman (1961/2001), nas instituições totais, o “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída, muitas vezes materializadas na estrutura física da instituição, como grades, distância geográfica dos centros urbanos, arame farpado, muros altos, entre outros. Esse aspecto de fechamento e isolamento característico das instituições totais a cargo das internações de usuários de drogas, contraria frontalmente o preconizado na Política de Atenção Integral aos Usuários de *Álcool e outras drogas* que aponta para a necessidade imperativa de estruturação e fortalecimento de uma rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase em dispositivos extra-hospitalares pautados na reabilitação e reinserção social dos usuários devidamente articulados à Rede de Atenção Psicossocial e às demais redes de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos. E como essas recomendações ocorrem nas práticas de cuidado aos usuários de drogas no Brasil?

Primeiramente, é importante considerar que as concepções moral e biomédica sobre o uso de drogas exercem forte influência sobre a sociedade. Assim, a dificuldade de tratar o fenômeno da drogadicção de forma complexa, associada à relativa

ausência do Estado, que inicialmente não conseguiu estabelecer juntamente às mudanças protagonizadas pelo movimento da Reforma, o cuidado comunitário para usuários de drogas, contribuiu para 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 finalidade a abstinência (Ministério da Saúde, 2003).

Em segundo lugar, há que se considerar que, na prática do cuidado, as concepções sobre o uso de drogas ainda misturam perspectivas diametralmente opostas e, nesse sentido, muitos serviços realizam uma combinação de diferentes concepções de análise do fenômeno que se refletem em modos conflitantes de atuação (Schneider, 2011). Embora as concepções evidenciem claramente diferenças e contradições, na prática profissional o mesmo não ocorre.

A falta de clareza sobre as diferentes concepções evidencia uma dificuldade de entendimento do fenômeno da drogadicção, ou mesmo a redução do fenômeno complexo em partes fragmentadas, com consequências para o estabelecimento de práticas do cuidado. Nesse contexto de indefinições, surge novamente, no cenário público, a discussão sobre a internação como forma de tratamento para pessoas em sofrimento atribuído ao uso de drogas.

O uso indiscriminado da internação compulsória ou involuntária como principal alternativa, principalmente no que se refere às pessoas em situação de rua, e antes mesmo da utilização de ações extra-hospitalares de base territorial, reflete ainda importante força das concepções moral-jurídica e biomédica, tão amplamente discutidas pela reforma psiquiátrica, no campo de trabalho com usuários de drogas. Percebe-se que, quando o fenômeno do uso de *crack* extrapolou os limites dos espaços privados ou discretos para seu uso e se tornou rotina de um extenso grupo de excluídos socialmente, que passaram a consumir a droga nos espaços públicos das pequenas e grandes cidades brasileiras, a perspectiva de internação aparece como resposta ao clamor popular para solucionar o problema de segurança e realizar a assepsia dos espaços públicos ocupados por tão perigosos e desagradáveis inquilinos.

Boa parte da sociedade hoje, em consonância aos meios de comunicação, considera o usuário de drogas uma ameaça, associando indiscriminadamente o uso de drogas à violência e a criminalidade. Essa associação é feita, em geral, de forma linear e parcial, associada a demandas por políticas de segurança e controle em detrimento das políticas de saúde, assistência e educação (Sudbrack & Conceição, 2005) e tem sido um dos fatores que têm justificado a oferta de tratamentos baseados na exclusão/separação dos usuários do convívio social (Ministério da Saúde, 2003).

Nessa esteira, a clínica no campo do cuidado de usuários de drogas, com influência de todas aquelas concepções, ainda gasta muita energia na ideia de que é necessário mudá-los, transformá-los para que os mesmos possam voltar a viver em sociedade. Cabe, nesse sentido, estabelecer espaços de cuidado aptos a receber o

indivíduo vitimizado pela droga superpoderosa e devolver-lhe o estado de saúde apropriado para o convívio em sociedade. Assim, vamos assistindo a proliferação de um discurso que apela para o poder da droga sobre a pessoa, impossibilitando-a de fazer escolhas para si. O sujeito (usuário) perdendo espaço para o objeto (droga). Tal concepção desconsidera o desejo, confere poderes avassaladores ao objeto (droga) que aniquila o sujeito desejante e impede a produção de subjetividade livre e autônoma.

Estaríamos assistindo a atualização da apropriação do discurso médico sobre a loucura, no qual o sujeito enlouquecido, ou seja, acometido de um grande mal (possessão demoníaca) deveria ser isolado? A concepção da possibilidade de uma sociedade livre de todas as drogas, sendo esta o grande vilão a ser combatido, justificaria mecanismos repressivos de controle, o isolamento do usuário do convívio social e até de violação de direitos? Estaríamos novamente nos revestindo da ideia de que em nome da liberdade do sujeito seria necessário reduzir sua autonomia e adequá-lo à norma social, visto que a concepção de que a droga tem o poder de descaracterizá-lo da “verdadeira liberdade”?

Também em consonância com o processo histórico da loucura, que naquela época transformou o louco em doente mental, o uso de drogas agora, na perspectiva do discurso científico, não subordina o sujeito em sofrimento à doença “dependência química”? Reduzido à noção de doença, agora esse sujeito não é mais um fraco acometido por um grande mal, mas é impotente perante a doença que nasce da sua constituição bioquímica.

O fato é que seja o “grande mal” ou a “doença que acomete a pessoa”, essas concepções possibilitam o ressurgimento, no campo do cuidado a usuários de drogas, de fantasmas que já haviam sido combatidos (mas ainda não abatidos) pela reforma psiquiátrica, isto é, a ênfase em tratamentos normatizadores e outras práticas de subordinação e anulação do sujeito (Foucault, 1975/2012). Os tratamentos baseados na internação fechada de longo prazo identifica nesse sujeito a ausência da ordem estabelecida e traz de volta os modelos de tratamento inspirados nas concepções jurídico-moral ou biomédica, ou ainda a junção das duas, como possibilidade moduladora da disciplina necessária ao domínio da razão social configurada. Sem grades e sem eletrochoques, equipamentos típicos do sistema disciplinar, novos espaços de cuidado em regime de internação fechada são constituídos e exercem novas modulações na vida do sujeito. Eis a contrarreforma!

Considerações finais

A especificidade da relação entre risco social e uso abusivo de drogas nos solicita uma reflexão consistente sobre como, historicamente, a sociedade brasileira

tem considerado o usuário de drogas. A compreensão sobre o fenômeno do consumo esteve, por muito tempo, limitada a uma relação linear do tipo causa e efeito e se negligenciou a complexidade das relações envolvidas no fenômeno. Essa perspectiva identifica nos fenômenos relacionados com o uso de drogas, uma trama complexa de fatores que se estende para além da relação exclusiva entre usuário e droga.

Apesar de uma nova legislação sobre drogas ter entrado em vigor, a prática não acompanhou a mudança tão rapidamente, e ainda hoje temos vestígios do antigo tratamento perante o fenômeno, predominando a abordagem repressora e punitiva aos usuários. Na contramão da humanização dos serviços e das conquistas do movimento da luta antimanicomial, alguns setores da sociedade tentam repetir o paradigma asilar de tratamento da loucura trazendo, como proposta de cuidado, o isolamento social dos usuários de drogas, contendo-os à revelia em instituições totais. Essa tendência é semelhante à adotada nos tribunais norte-americanos cuja ideia central é de que os usuários de drogas fiquem obrigados a tratar da “doença”, a qual é diagnosticada na maior parte dos casos por uma autoridade jurídica. O descumprimento dessa obrigação implica uma punição legal mais severa e gera o modelo de tratamento compulsório em que os usuários passam a ser vistos tanto como doentes quanto como criminosos (Bravo, 2002).

Visto isso, é preocupante o rumo que questões tão relevantes, que envolvem o cuidado em saúde mental no que tange às demandas relacionadas ao consumo de drogas, assim como, as políticas relacionadas aos direitos humanos, vêm tomando no Brasil, haja vista o apelo popular e político pelo tratamento em regime fechado com longos períodos de internação, desconsiderando inclusive a vontade e o desejo do sujeito para iniciar o tratamento.

Referências

- Alarcon, S. (2000). Aos homens de boa vontade: estudos sobre sujeição e singularidade. In P. Amarante (Org.). *Ensaio. Subjetividade, saúde mental e sociedade* (pp. 25-40). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2a ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Brasil (2001). Lei 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. Brasília. Recuperado em 29 de fevereiro de 2013, do site: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm.
- Bravo, O. A. (2002). Tribunais terapêuticos: vigilar, castigar y/o curar. *Psicologia e Sociedade*, 14(2), 148-162.

- Bucher, R. (1992). A ética da prevenção. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 8(3), 385-398.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modelo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. D. C. Amarante (Org.). *Ensaio. Subjetividade, saúde mental e sociedade* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Cruz, M. S. (2009). As redes comunitárias e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas. In *Supera, Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas* (pp. 42-48). Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Foucault, M. (2007). *História da loucura* (8ª ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2012). *Vigiar e punir: nascimento da prisão* (40ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Goffman, E. (2001). *Manicômios, prisões e conventos* (7ª ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Ministério da Saúde (2003). *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de drogas*. Brasília.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, 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, drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. Recuperado em 29 de fevereiro de 2013, do site: <http://www.brasilsus.com.br/>.
- Rotelli, F. (1990). A instituição inventada. In M. F. Nicácio (Org.). *Desinstitucionalização* (pp. 89-99). São Paulo: Hucitec.
- Schneider, D.R. (2011). Implicações dos modelos de atenção à dependência de drogas na rede básica em saúde. *Psico*, 42(2), 168-178.
- Sudbrack, M. F. O. & Conceição, M. I. G. (2005). Jovens e violência: vítimas e/ou algozes? In L. F. Costa & T.M. C. de Almeida (Orgs.). *Violência no cotidiano: do risco à proteção* (pp. 185-198). Brasília: Líber Livros Universa.

Resumos

(Hospitalization for drug users: dialogues with the Brazilian psychiatric reform)

This article has the objective of analyzing variants of care for patients with drug-related difficulties and discussing parallels between this area and the Brazilian psychiatric reform. We first present a brief overview of the advances of the psychiatric reform in terms of care in mental health, and raise questions regarding the implementation of this type of care when treating drug abusers. We point out the dangers arising from the current direction the field has taken, involving the contradictory paradigms present in advocating long-term hospitalization.

Key words: *Psychiatric reform; drugs users; mental health; care models.*

(L'hospitalisation des toxicomanes: dialogues avec la réforme psychiatrique)

Cet article vise à analyser les variantes de soins pour les toxicomanes qui représentent une alternative à la réforme psychiatrique brésilienne. Nous présentons un bref aperçu des réalisations de la réforme psychiatrique pour le processus des soins dans le domaine de la santé mentale, mettant en question l'application de cette forme de soins pour le traitement de la toxicomanie. On attire l'attention sur les dangers découlant de l'approche actuelle prise dans ce domaine en raison de l'utilisation indiscriminée de paradigmes contradictoires qui préconisent l'hospitalisation de longue durée.

Mots clés: Réforme de la psychiatrique, toxicomane, santé mentale, modèles de soin

(La internación para usuarios de drogas: diálogos con la reforma psiquiátrica)

El artículo tiene como objetivo analizar las variantes del cuidado para personas en sufrimiento resultante del uso de drogas, tejiendo un paralelo con el curso de la reforma psiquiátrica brasileña. Para eso, se presenta un breve panorama de las conquistas de la reforma psiquiátrica para el proceso de cuidado en el campo de la salud mental, levantando cuestionamientos sobre la implantación de esa forma de cuidado en el tratamiento del usuario de drogas. Se señalan los peligros provenientes del rumbo actual que el campo viene tomando gracias a la utilización indistinta de paradigmas contradictorios que defienden prácticas de internación a largo plazo.

Palabras clave: Reforma psiquiátrica, usuario de drogas, salud mental, modelos de atención y cuidado

(Internierung von Drogensüchtigen: Dialoge mit der Reform der Psychiatrie)

Ziel dieses Beitrags ist, die Pflegevarianten leidender Menschen infolge von Drogeneinnahme zu untersuchen. Dabei werden Parallele zur Entwicklung der brasilianischen Reform der Psychiatrie gezogen. Zu diesem Zweck wird ein kurzer Überblick gegeben, welche Errungenschaften der Reform der Psychiatrie im Pflegeprozess der geistigen Gesundheit gemacht wurden. Es werden Hinterfragungen zu dieser Behandlungsart der Drogensüchtigen angestellt. Es werden auch die Gefahren aufgezeigt infolge der aktuellen Ausrichtung in diesem Bereich, wegen der nicht klar definierten Anwendung von widersprüchlichen Paradigmen, die langfristige Internierungspraktiken verteidigen.

Schlüsselwörter: Reform der Psychiatrie, Drogensüchtige, geistige Gesundheit, Beobachtungs- und Behandlungsmodelle

Citação/Citation: Assis, J. T. de; Barreiros, G. B. & Conceição, M. I. G.. (2013, dezembro). A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(4), 584-596.

Editor do artigo/Editor: Profa. Dra. Ana Cristina Costa de Figueiredo e Profa. Dra. Andrea Máris Campos Guerra

Recebido/Received: 10.9.2013/ 9.10.2013 **Aceito/Accepted:** 8.11.2013 / 11.8.2013

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Financiamento/Funding: Esta pesquisa é financiada pela Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Brasília, DF, Br)/ This research is funded by Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Brasília, DF, Br).

Conflito de interesses/Conflict of interest: As autoras declaram que não há conflito de interesses / The authors declare that has no conflict of interest.

596

JAQUELINE TAVARES DE ASSIS

Psicóloga; Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde; Doutoranda em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília (Brasília, DF, Br); Assessora Técnica da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Ministério da Saúde (Brasília, DF, Br).
SAF/Sul, Trecho 02, Lote 05/06 – Torre II – Edifício Premium – Térreo/Sala 13
70070-600 Brasília, DF, Br
e-mail: jaqueassis@gmail.com

GRAZIELLA BARBOSA BARREIROS

Socióloga; Sanitarista pela Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (Campinas, SP, Br); Especialista em Atenção Comunitária em Álcool e outras Drogas pela Universidade de São Paulo – USP (São Paulo, SP, Br); Treinadora Master do Projeto Treatnet II – UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) para o Cone Sul; Gerente Administrativo da Coordenação de Saúde Mental de Santo André (Santo André, SP, Br).
Rua 1º de Maio, 133 – Centro
09015-030 Santo André, SP, Br
e-mail: barreirosgraziella@yahoo.com.br

MARIA INÊS GANDOLFO CONCEIÇÃO

Doutora em Psicologia; Pós-Doutora pela Universidade Federal Fluminense – UFF (Niterói, RJ, Br) e pela University of Toronto (bolsista Capes); Professora Associada da Universidade de Brasília (Brasília, DF, Br); psicóloga; especialista em Psicologia Hospitalar.
Departamento de Psicologia Clínica, IP/UnB, Campus Universitário Darcy Ribeiro ICC Sul 70910-900 Brasília, DF, Br
e-mail: inesgandolfo@gmail.com