



ISSN: 2175-5493

XI COLÓQUIO DO MUSEU PEDAGÓGICO

14 a 16 de outubro de 2015

## POLÍTICAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: DA LOUCURA À ATENÇÃO

Weber Soares Filho\*  
(UESB)

Rosangela Vasconcelos Raimundo Santos\*\*  
(UESB)

Luci Mara Bertoni\*\*\*  
(UESB)

### RESUMO

Considerando a amplitude da temática saúde mental e a diversidade de ações e serviços especializados em reabilitação e/ou atenção psicossocial, o presente artigo busca contextualizar a trajetória da Reforma Psiquiátrica e delimitar seu objeto em torno do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, na modalidade “ad” (álcool e drogas) e da problemática relacionada ao uso de álcool e outras drogas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Álcool e drogas; Políticas públicas; CAPSad.

---

\*Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB – no *campus* de Vitória da Conquista. Assistente social (UEMG), Especialização em Psicopedagogia Institucional e Clínica (UCB/RJ). Membro do GePAD (Grupo de estudos e pesquisas sobre Gênero, Políticas, Álcool e Drogas). *E-mail:* wesoafi@gmail.com

\*\*Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB – no *campus* de Vitória da Conquista. Enfermeira, com Especialização em Saúde Coletiva (UFBA), Especialização em Obstetrícia (UESC) e Especialização em Saúde Mental (UFRJ). Membro do GePAD (Grupo de estudos e pesquisas sobre Gênero, Políticas, Álcool e Drogas). *E-mail:* rosangelavasconcelos@hotmail.com

\*\*\*Professora Titular do Departamento de Filosofia e Ciências Humanas e Professora Colaboradora no Programa de Pós Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB – no *campus* de Vitória da Conquista. Pedagoga, com Doutorado em Educação Escolar (UNESP). Pós-doutorado na Universidade de Brasília (UnB) e na Universidade de Santiago de Compostela (USC/Espanha). Coordenadora do GePAD (Grupo de estudos e pesquisas sobre Gênero, Políticas, Álcool e Drogas). *E-mail:* profaluci.mara@hotmail.com



## INTRODUÇÃO

Na perspectiva de apresentar políticas e práticas alternativas aos modelos convencionais de internação e de abstinência em decorrência do uso de álcool e outras drogas, no presente artigo procuramos situar historicamente as mudanças de concepção da saúde mental perpassando a compreensão diferenciada do tratamento das dependências até chegar no modelo do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) na modalidade AD (álcool e drogas) e as estratégias de Redução de Danos (RD), que configuram uma resposta aos movimentos de reforma culminando na Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas. Assim, consideramos os conceitos e as várias concepções da loucura e a forma que essas pessoas eram tratadas na sociedade pois a dependência química é considerada transtorno mental pela legislação em vigor.

## POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: UM POUCO DE SUA HISTÓRIA

O campo da saúde mental traz em sua trajetória histórica marcas de diferentes saberes e práticas que, conseqüentemente, influenciaram o fazer clínico. A loucura foi compreendida de diferentes formas nas diversas fases da história da civilização. Na Grécia Antiga, por exemplo, a pessoa que possuía algum tipo de transtorno mental era prestigiada pela sociedade, pois acreditava-se que tal distúrbio lhe conferia uma forma de manifestação dos deuses (FOUCAULT, 1978).

Michel Foucault (1978) relata que, no início da Idade Média, o louco sofria intensa exclusão e abandono. Era relacionado a demônios, acorrentado e exposto a toda espécie de maus tratos e humilhações, chegando, muitas vezes, a ser queimado em fogueira.

No final da Idade Média, período em que ocorreu a regressão da lepra, os leprosários, que já eram numerosos em toda Europa, passaram a ser povoados por incuráveis e loucos. Segundo Foucault (1978), era uma prática comum que as



autoridades municipais expulsassem os loucos que se encontravam nas ruas, sem moradia. Existiam, naquela época, as “Naus de Loucos”<sup>5</sup> em vários portos europeus. Já no Renascimento, a loucura é vista como ameaça, dotada de periculosidade, pois domina todas as fraquezas humanas.

No século XVII, com o surgimento do mercantilismo, a pessoa passa a ser valorizada enquanto um bem de produção. Logo, aquele que não se enquadrava nesse padrão fazia parte do grupo dos excluídos (mendigos, loucos, prostitutas etc.). Como assinala Foucault (1978), neste século, também, foram criadas várias casas de internamento, para onde eram encaminhadas essas pessoas. Essas instituições mantinham péssimas condições de acomodação, totalmente desprovidas de higiene, além de serem frias e superlotadas, e sequer garantiam alimentação às pessoas.

O século XVIII é marcado pelo novo conceito de psiquiatria construído pelo médico Philippe Pinel que, em 1793, é nomeado médico chefe do *Hôpital Bicêtre* e entra para a história como o responsável por desacorrentar as pessoas que eram consideradas como loucas. Seu gesto foi um marco simbólico, decorrendo daí a criação da Psiquiatria. Surge, então, uma mudança referente à assistência na qual os loucos passam a ser chamados pacientes e há a introdução do tratamento medicamentoso e terapêutico (FOUCAULT, 1978).

O método Pineliano consistia no isolamento, na organização dos espaços asilares e na constituição de uma relação terapêutica baseada na autoridade. A organização do sistema hospitalar impunha normas disciplinares do asilo com a instituição do trabalho como valor moral.

Com a Revolução Francesa, a loucura passa a ser vista como uma questão clínica que pode ser avaliada e acompanhada utilizando critérios científicos positivistas da época. O paciente é objeto de estudo da Medicina, se mantém isolado do convívio social e familiar, e permanece em tempo integral no ambiente

---

<sup>5</sup>“Naus de Loucos”, de acordo com Foucault (1978), eram barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra ou que as deixava à deriva, confiados à própria sorte.



hospitalar onde o trabalho terapêutico era considerado um potente remédio contra o delírio. Considerando a alienação mental como um distúrbio moral, buscava-se canalizar as energias e os pensamentos através da disciplina do trabalho e, dessa forma, a consciência seria redirecionada ao mundo objetivo da realidade.

O século XX é marcado pela mudança do paradigma da psiquiatria. A trajetória histórico-cultural da saúde mental, bem como as relações de poder no tratamento psiquiátrico que se davam de forma concentradora, excludente, tutelar e estigmatizada, requeria um movimento de reforma na qual tivesse como ponto de partida a desconstrução de uma política hegemônica até os anos 80, e a construção participativa de um lugar social para o paciente com transtorno mental, através de iniciativas setoriais na saúde, educação, justiça, cultura, direitos humanos, dentre outros.

Nas últimas décadas, o perfil dessa reforma ganha nova significação com relação ao reclame dos direitos do doente mental. Desse modo, a Reforma Psiquiátrica pode ser definida como:

[...] processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização. (AMARANTE, 1995, p. 91).

Tenório (2002) registra que, durante as décadas de 1960 e 1970, algumas iniciativas, embora criticadas e reelaboradas pelo movimento da reforma, influenciaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira, em especial as Comunidades Terapêuticas e a Psiquiatria Comunitária.



A Comunidade Terapêutica (CT) foi a primeira influência do movimento da Reforma Psiquiátrica, consagrada por Maxwell Jones, em 1959. Foi um processo de reforma institucional restrito ao espaço hospitalar, marcado pela aplicação de ações técnicas e administrativas que valorizava aspectos democráticos, participativos e coletivos com propósito transformador da dinâmica asilar institucional.

No Brasil, a CT representou, grosso modo, uma tentativa de construção, a partir da psicanálise, “de um novo modelo discursivo/organizacional que comande e remodele as ações do cotidiano hospitalar” (TENÓRIO, 2002, p. 29). Porém, apesar do desejo reformista do modelo asilar psiquiátrico, a CT não gerou grandes impactos ao modelo assistencial sendo absorvida pelo manicômio privado que, apesar da inovação, esboçava um caráter conservador, pouco aberto a mudanças.

O legado ideológico dessa iniciativa apresentou algumas limitações: manteve o foco principal que era o tratamento e a cura, sem questionar a prática psiquiátrica nem o lugar onde se desenvolvia; além disso não se discutia o conceito de doença mental nem sua relação com a sociedade. Ainda assim, é inegável sua contribuição como uma tentativa de criação de um espaço institucional onde havia uma relação social mais liberal e equânime, com aplicação além do discurso psicanalítico, de valores democráticos.

Já a Psiquiatria Comunitária, que teve a sua origem na década de 1960, nos Estados Unidos, trouxe inovações no que se referem às possibilidades de intervenção sobre as causas e à evolução das doenças mentais. Acreditava-se que a doença mental poderia ser identificada precocemente, evitada e tratada. Tinha como princípio a promoção da saúde mental a partir da organização da prática da psiquiatria – que passa a ter como foco de intervenção a comunidade, o espaço social, identificando pontos críticos capazes de desencadear o adoecimento mental, garantindo a intervenção precoce, de modo evitar a internação (TENÓRIO, 2002).

A Psiquiatria Comunitária constituiu uma proposta que mais se aproximou da reforma psiquiátrica brasileira, a partir do momento em que instituiu uma



equipe multiprofissional de saúde mental que focava, além da doença, em sua prevenção, muito embora, de acordo com Tenório (2002), temia-se, no Brasil, que se gerasse uma psiquiatrização do social, ou seja, o condicionamento do estado de saúde mental à capacidade do indivíduo doente em adaptar-se ao grupo social, não se preocupando com a cura de sua doença mental.

O Ministério da Saúde, em seu relatório apresentado na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: “15 anos depois de Caracas” (BRASIL, 2005), afirma que o ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. Porém, de acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2015), a realidade social, na década de 1980, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), restrita aos trabalhadores que para ele contribuía, prevalecendo a lógica contraprestacional e da cidadania regulada. Com a transição do regime autoritário para o democrático, o processo de constituição do movimento pela Reforma Sanitária e, como parte desta, a Reforma Psiquiátrica, adquire concretude com a pretensão de ir muito além de uma simples reforma setorial: estava engajada em servir à democracia e em consolidar a cidadania dos brasileiros.

Na esteira do processo democrático constituinte, o “movimento sanitário” tinha proposições bastante objetivas: a saúde como direito de todo o cidadão; as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e deveriam estar integradas em um único sistema; a descentralização da gestão, administrativa e financeira; por fim, o controle social das ações de saúde. Cabe aqui registrar que o fundamento legal do Sistema Único de Saúde (SUS) é a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2000), e está regulamentado na Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a) que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes –, e na Lei n.º



8.142/1990 (BRASIL, 1990b) que trata do financiamento da saúde e da participação popular.

Ainda, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, como, por exemplo, na Colônia Juliano Moreira, asilo com mais de 2.000 internos no início dos anos 1980, no Rio de Janeiro. Passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. O II Congresso Nacional do MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental ocorrido em Bauru/SP, em 1987, adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, sediada no Estado do Rio de Janeiro.

A partir deste momento, em 1987, em São Paulo, é criado o primeiro CAPS no Brasil e, em 1989, inicia-se um processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos/SP, em um hospital psiquiátrico – a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Esta intervenção, com repercussão nacional, demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de se construir uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico, passando a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira.

A década de 1990, foi marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, e foi quando entraram em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Foi quando se deu, de acordo com Delgado (2011), a participação ativa dos pacientes na luta antimanicomial, pela força de um projeto de lei que propunha reconstruir a ordem da assistência psiquiátrica no Brasil.

Em 06 de abril de 2001, é sancionada a Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001) que



assegura os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no país. Os princípios do movimento iniciado na década de 1980 tornam-se uma política de Estado – importante destacar que a referida Lei e todos os dispositivos legais posteriores garantem os direitos das pessoas com transtorno mental, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. De forma geral, a Lei assegura às pessoas que se beneficiam das ações e serviços do SUS, o direito a um tratamento que respeite a sua cidadania e que, por isso, deve ser realizado preferencialmente em serviços comunitários ou de base territorial. Apesar de sua importância no tocante às pessoas dependentes de álcool e outras drogas, não se exclui a necessidade do estabelecimento de políticas públicas efetivas de atenção a esse usuário. Nessa perspectiva, ações ampliadas promotoras da saúde, ofertas terapêuticas, preventivas e reabilitadoras passaram a constituir metas das políticas públicas do país que abordam a problemática. Inicia-se então a criação de uma rede de serviço extra-hospitalar para a atenção à saúde mental e aos problemas com álcool e outras drogas (CRUZ, 2010).

### **A DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM DEBATE: A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS (RD) E A CRIAÇÃO DOS CAPSAD**

Para Duarte e Morihisa (2010), a forma como as pessoas percebem o consumo de álcool e outras drogas, bem como as formas de julgamento moral, passaram por um processo contínuo de mudança, pois a relação humana com as drogas, principalmente com o álcool é muito antiga.

Cruz (2010) assinala que, por muitos anos, a assistência prestada às pessoas dependentes de álcool e outras drogas foi realizada exclusivamente nos hospitais psiquiátricos. Lá se tratava a abstinência ou a intoxicação e, após a crise, eram liberados sem nenhum outro acompanhamento terapêutico especializado e contínuo. Ocorriam frequentes recidivas e estes usuários quase sempre retornavam, porém nos hospitais havia apenas reprodução de condutas médicas



anteriores sem novas alternativas de tratamento. A falta de resolutividade desse problema implicou no surgimento de serviços alternativos privados ou voluntários, como por exemplo, as Comunidades Terapêuticas e os grupos de ajuda mútua (Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, entre outros).

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD, 2014) registra que foi no ano de 2003 que o Ministério da Saúde lançou oficialmente a política para a assistência ao uso indevido de álcool e outras drogas no Brasil. Com ela foram instituídos uma diretriz clínico-política, a RD<sup>6</sup>, e seu dispositivo assistencial, os CAPS, que têm como objetivo integrar as redes de saúde, social, cultural e a comunidade. A base de sua assistência está na atenção comunitária, com ênfase na reabilitação psicossocial dos usuários. A abstinência não é mais tratada como a única meta, o que torna possível a assistência a um número maior de usuários.

Embora estejamos acostumados a relacionar a proibição ao perigo oferecido por certa substância psicoativa, essa concepção não é natural, e sim determinada histórica e culturalmente. Drogas, que em nossa sociedade, são lícitas podem ter grande potencial de dano. Modos simplistas de compreender a relação desses fatores com os riscos potenciais levaram a propostas ineficazes e equivocadas para lidar com tais problemas (SENAD, 2011).

Buscando trazer à tona elementos para reflexões, cabe lembrar que, ao sancionar a Lei 11.343/2006 (BRASIL, 2006) que institui o SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e prescreve medidas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, o Brasil se destaca no cenário internacional, a partir do momento que reconhece as diferenças entre a figura do traficante e a do usuário/dependente, os quais passaram a ser tratados de modo diferenciados. Seguindo tendência mundial,

---

<sup>6</sup>No campo da prevenção, as Estratégias de Redução de Danos envolvem a utilização de medidas que diminuam os danos provocados pelo uso das drogas, mesmo quando os indivíduos não pretendem ou não conseguem interromper o uso dessas substâncias. Trata-se também de uma lógica de trabalho, uma perspectiva que se propõe a refletir sobre como cada sujeito se relaciona com as drogas, que lugar subjetivo e objetivo ela ocupa na vida de cada pessoa, sendo isso mais relevante do que a droga em si mesma (SENAD, 2014).



passa a entender que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela Justiça com a privação de liberdade, e sim ter a oferta de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo. Dessa forma, a Justiça retributiva baseada no castigo (que atuava com a visão de holofote, prescrevendo como única alternativa a abstinência e imaginava possível alcançar a ressocialização pelo encarceramento ou internação) é substituída pela Justiça restaurativa, cujo objetivo maior é a ressocialização por meio de penas alternativas (SENAD, 2011).

No intuito de elucidar as perspectivas do atual modelo de atenção, é indispensável tratar da Redução de Danos mais detalhadamente. A SENAD (2011) registra que essas práticas já eram utilizadas no início do século XX e cederam à pressão proibicionista de meados do século. Na década de 1980, na Holanda, usuários de drogas injetáveis exigiram do governo a disponibilização de serviços que diminuíssem seus riscos de contrair o vírus da hepatite B. Posteriormente, a preocupação com o risco de contaminação com o vírus HIV deu grande impulso à implementação das atividades de Redução de Danos, passando a integrar as estratégias de abordagem do problema com as drogas em inúmeros países da Europa, na Austrália e nos Estados Unidos. No Brasil, as primeiras ações surgiram em Santos (SP), em 1992, devido às altíssimas taxas de prevalência de soropositividade para o HIV entre os usuários de drogas injetáveis no final dos anos de 1980. De início, foram identificadas, especialmente pelos operadores do sistema penal, como auxílio ou apologia ao uso de drogas e, em sua decorrência, houve repressão policial a essas atividades e ações civis e criminais contra seus organizadores, culminando na interrupção do projeto. Porém, em 1994, o então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) deu parecer favorável à realização de atividades de RD e, em 1995, teve início no Estado da Bahia o primeiro programa brasileiro. Em 2003, mais de 150 programas de RD estavam em funcionamento no país com o apoio e, na maioria dos casos, com o financiamento do Ministério da Saúde.

Ainda de acordo com a SENAD (2014), o desenvolvimento do modelo de



reabilitação psicossocial, traduzido em montagens institucionais como os CAPS, tem se constituído como eixo central das ações inovadoras que, nos últimos anos, ocorrera no campo da Saúde Mental brasileira, e coloca-se como uma medida consequente de atenção ao usuário de drogas. Esses modelos de reabilitação são oferecidos com o objetivo de mobilizar recursos sociais e culturais que possam permitir e promover a integração efetiva dos pacientes em uma nova forma de tratamento e sociabilidade possíveis.

## CONCLUSÕES

Considerar, garantir e atender às necessidades do ser humano em sua integralidade tem sido um grande desafio para as políticas sociais e públicas no Brasil. A constante busca em garantir os direitos fundamentais da pessoa humana, principalmente nos dias atuais, está associada às tendências mundiais, à globalização, ao acesso à informação, dentre outras. Entretanto, sabe-se que nem sempre foi assim, como o presente artigo pretende suscitar a reflexão, pois os processos dessas políticas podem ser lentos e demandar várias readaptações.

A trajetória das lutas travadas pelo movimento sanitário repercutiu em mudanças estruturais, a começar pela legislação nacional. Tais movimentos de “Reforma” estavam vinculados a uma tendência mundial que redirecionava o modelo de atendimento à saúde mental, atendendo aos preceitos e princípios de Direitos, Cidadania, Inclusão, Respeito e Dignidade.

Em decorrência dessas mudanças, a atenção ao uso de álcool e outras drogas acabam entrando na pauta do debate, considerando os inúmeros problemas de ordem social que o fenômeno provoca. As questões exigiam respostas desafiadoras, os recursos e os métodos existentes ainda não eram suficientes, induzindo à necessidade de mudanças de paradigmas no que tange à concepção do problema, sua manifestação e incidência, seus aspectos particulares, o perfil dos usuários e as possibilidades de tratamento. É importante reconhecer tanto o



percurso e as suas conseqüentes conquistas quanto os desafios ainda presentes que exigem a sua devida atenção. Como a SENAD (2014) nos convida a refletir, se, por um lado, a criação dos CAPSad concretizou e vem norteando a criação e a implementação de uma rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, baseada na proposta de RD, por outro evidenciou a necessidade de uma rede ainda maior e mais articulada, com ações locais em cada microambiente onde o seu uso aponta diferentes questões e dimensões a serem conhecidas e problematizadas.

Dados os avanços da Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas, o debate não se estagna e não se encerra por aqui, pois é fato que em cada município, bairro, comunidade e ambiente social e de trabalho podem existir demandas específicas e intervenções necessárias, capazes de serem contempladas pela criação de ações e iniciativas locais, com ampla participação de diferentes atores sociais.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

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

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 12 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 12 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei n. 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, 2001. Disponível em:



ISSN: 2175-5493

XI COLÓQUIO DO MUSEU PEDAGÓGICO

14 a 16 de outubro de 2015

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 15 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei n. 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)>. Acesso em: 15 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. 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, nov. 2005.

CRUZ, Marcelo. Redução de Danos, Prevenção e Assistência. In: SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS [SENAD]. **Prevenção ao uso indevido de drogas**. Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 2. ed. Brasília, 2010.

DELGADO, P. G. G. Saúde mental e direitos humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 63, p. 1-121, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v63n2/12.pdf>>. Acesso em 24 Mar. 2015.

DUARTE, Cláudio E.; MORIHISA, Rogério S. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. In: SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS [SENAD]. **Prevenção ao uso indevido de drogas**. Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 2. ed. Brasília, 2010.

FIOCRUZ. **Introdução**. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>>. Acesso em abr. 2015.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS [SENAD]. **Atenção integral na rede de saúde**: módulo 5. - 5. ed. - Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. **Integração de Competências no Desempenho da Atividade Judiciária com Usuários e Dependentes de Drogas**. Brasília, 2011.

TENORIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciência e Saúde- Manguinhos**. vol 9 (1): 25-59, jan-abr. 2002. Rio de Janeiro, 2002.