



UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - UNIPAC
FACULDADE REGIONAL DE CIÊNCIAS EXATAS E SOCIAIS DE BARBACENA -
FACEC
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ALINE APARECIDA RODRIGUES
JÚNIOR SALMONT SOARES DE OLIVEIRA

O POSICIONAMENTO TEÓRICO-PRÁTICO DO PSICÓLOGO
FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL DIANTE DA INTERNAÇÃO
COMPULSÓRIA

BARBACENA
2013

**ALINE APARECIDA RODRIGUES
JÚNIOR SALMONT SOARES DE OLIVEIRA**

**O POSICIONAMENTO TEÓRICO-PRÁTICO DO PSICÓLOGO
FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL DIANTE DA INTERNAÇÃO
COMPULSÓRIA**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Patrícia Dias de Castro

**BARBACENA
2013**

**Aline Aparecida Rodrigues
Júnior Salmont Soares de Oliveira**

**O POSICIONAMENTO TEÓRICO-PRÁTICO DO PSICÓLOGO
FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL DIANTE DA INTERNAÇÃO
COMPULSÓRIA**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Júlio Hermes da Silva
Psicólogo Clínico

Patrícia Dias de Castro
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Ângela Buciano do Rosário
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Dedico este trabalho a todos os profissionais da Psicologia que, em algum momento, vislumbrarão nesta leitura a inspiração para continuarem a questionar modelos e propor novas formas de pensar o homem nas suas relações com o mundo.

Dedico este trabalho àqueles dotados de sensibilidade o bastante para não tomar o homem como um simples conjunto de porquês, àqueles que, com vigor, decidem existir e se conceber à sua maneira; mesmo que isso implique em carregar consigo o fardo de sua própria falta de sentido.

Agradecimento

Agradeço a todos que, de alguma forma, mobilizaram seu tempo e atenção, com o intuito de que este trabalho se concretizasse. Um agradecimento especial a meus pais, que deram todo suporte necessário; ao meu noivo que, nos momentos de exaustão, compreendeu e incentivou; e, finalmente ao meu parceiro, quem trouxe o brilho da inquietude diante do conformismo para este trabalho.

Agradeço a meus familiares, pela paciência e compreensão nos momentos difíceis; meus amigos e minha namorada, por não me julgarem pela minha ausência durante a confecção deste trabalho; à minha parceira, que manteve o foco durante as atividades; à Michale Graves, por ser um excelente cantor e me proporcionar alívio nos momentos de sobrecarga, e, por último, a mim mesmo, que, com paciência e um pouco de esforço, tornei possível a concretização deste trabalho e da minha graduação em Psicologia.

.

Não há nada a lamentar sobre a morte, assim como não há nada a lamentar sobre o crescimento de uma flor. O que é terrível não é a morte, mas as vidas que as pessoas levam ou não até sua morte.

Charles Bukowski

Resumo

A tradição paternalista, que sempre esteve presente nas determinações do Estado, e a vertente existencialista, que rege e conduz a psicoterapia fenomenológico-existencial, quando colocadas em voga, ao se focar o trabalho do psicólogo fenomenológico-existencial no contexto da internação compulsória, produzem um conflito recorrente das discrepâncias produzidas pelas peculiaridades epistemológicas de ambas. Sendo a psicoterapia fenomenológico-existencial um instrumento cujo fim é possibilitar ao homem um existir autêntico e, em contrapartida, a internação compulsória, num olhar existencial, um modelo 'terapêutico' que hostiliza e objetifica o homem, este trabalho visa promover uma discussão acerca do papel do psicólogo fenomenológico-existencial quando inserido nesta problemática. Para atender a esta proposta, realizou-se um estudo bibliográfico a fim de conceituar os fatores envolvidos nesta questão, a saber: a história da Psiquiatria, o contexto da drogadição no Brasil, a Lei Federal Nº. 10.216/01 e as bases teóricas da psicoterapia fenomenológico-existencial. Após este levantamento, utilizou-se, como mediador, o Código de Ética Profissional do Psicólogo que, por regulamentar a prática no Brasil, pôde estabelecer parâmetros para que se pudesse justificar nosso posicionamento e repensar as diretrizes das políticas públicas no Brasil quando se objetiva uma proposta que dê espaço à subjetividade do sujeito.

Palavras - chave: Internação Compulsória. Existencialismo. Psicoterapia. Código de Ética.

Abstract

The paternalistic tradition, which has always been present in the determinations of the State, and the existential aspect, which governs and leads to phenomenological-existential psychotherapy, The paternalistic tradition, which has always been present in the determinations of the State, and the existential aspect, which governs and leads to phenomenological-existential psychotherapy, when put into vogue by focusing the work of the phenomenological-existential psychologist in the context of compulsory hospitalization, produces a recurring conflict of discrepancies produced by the epistemological peculiarities of both. Being phenomenological-existential psychotherapy an instrument whose purpose is to enable man to an existing authentic and in return, compulsory hospitalization, in an existential look, a 'therapeutic' model that harass and objectifies man, this work aims to promote a discussion about the phenomenological-existential psychologist role when inserted in this issue. To meet this proposal, a bibliographic study was performed in order to conceptualize the factors involved in this matter, namely the history of psychiatry, context of drug addiction the Brazil, the Federal Law No. 10.216/01 and the theoretical foundations of phenomenological-existential psychotherapy. After this survey, the Code of Professional Ethics Psychologist was used as a mediator that was able to establish parameters that could justify our position and rethink the guidelines of public policies in Brazil when it targets a suggestion to give space to the subjectivity of the subject by regulating the practice in Brazil.

Keywords: Compulsory Hospitalization. Existentialism. Psychotherapy. Code of Ethics.

Sumário

1	Introdução.....	17
2	A História da Psiquiatria.....	19
2.1	A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	20
2.2	A Lei Federal N°. 10.216/01.....	21
2.2.1	A Internação Compulsória.....	21
3	A Evolução Sócio-Histórica do Uso de Substâncias Psicoativas.....	25
3.1	Evolução Sócio-Histórica das Drogas no Brasil.....	27
3.2	Dados Estatísticos da Drogadição no Brasil.....	28
4	A Atuação do Psicólogo no Contexto de Internação.....	31
5	Liberdade e Escolha: Conceito e Práxis da Psicologia Fenomenológico-existencial.....	35
6	O Paradoxo da Internação Compulsória e a Psicologia Fenomenológico-existencial.....	39
7	Leitura Existencial-Fenomenológica do Código de Ética Profissional do Psicólogo - Reconstrução do Saber Psicoterápico no Contexto de Internação Compulsória....	41
8	Considerações Finais.....	45
	Referências.....	47

1 Introdução

Sabe-se que o uso de drogas é um problema mundial que alcança 10% de sua população urbana (PEIXOTO et al., 2010).¹ Em proporção, os dados brasileiros são expressivos: em algum momento da vida, 22,8%, da população consumiu drogas, excluindo-se o álcool e o tabaco (BRASIL, 2009).² Diante deste contexto, o Estado tem criado algumas estratégias para combater o avanço da drogadição. Uma das ações mais radicais da legislatura brasileira foi a criação do Artigo 6º, da Lei Federal Nº. 10.216/01, que prevê a possibilidade de internação por ordem judicial de portadores de transtorno mental, mediante laudo médico atestando a necessidade.

Mediante a implantação desta lei, e a execução da mesma em usuários de drogas, coube-nos o questionamento acerca do posicionamento teórico-prático do psicólogo da abordagem fenomenológico-existencial. Visto que o pilar de atuação do terapeuta é composto de intervenções cuja finalidade principal é possibilitar ao sujeito encontrar-se consigo mesmo e com a autenticidade da sua existência, de forma a assumi-la e a projetá-la mais livremente no mundo (TEIXEIRA, 2006)³, se torna contraditória a atuação deste profissional em um ambiente onde o indivíduo está com a sua liberdade de escolha negada perante as atribuições do Estado. Tal discussão se torna relevante para os profissionais em formação e em exercício, uma vez que é uma prática contemporânea e se contrasta com o contexto pós-Reforma Psiquiátrica.

Assim, ao estipularmos o paradoxo acima citado, consideraremos como imprescindível a análise dos aspectos que perpassam a problemática constituída. Inicialmente, será feita a análise da evolução socio-histórica do contexto de drogadição, bem como da loucura, uma vez que estão intrinsecamente ligadas pela classificação de transtorno mental, a fim de identificarmos a estruturação da problemática social das drogas e suas legislações. Contextualizaremos, ainda, a atuação do psicólogo no ambiente de internação no momento atual, de forma a construir o papel exercido pelo mesmo nestas instituições.

Para este trabalho, focaremos na proposta de intervenção psicoterapêutica adotada pela psicologia fenomenológico-existencial que, como se sabe, incorpora a metodologia fenomenológica de Husserl e a visão de homem inspirada nesta metodologia, ou seja, a filosofia existencialista. Este modelo psicoterápico, que concebe o homem como constante

¹ <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n4/08.pdf>

² <http://www.escs.edu.br/arquivos/RelatorioBrasileirosobreDrogasResumoExecutivo.pdf>

³ http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312006000300003&lng=pt&nrm=iso

processo de formação de si próprio em sua relação com mundo, quando inserido nesta problemática, irá se deparar as diferentes propostas entre sua filosofia e as atribuições do Estado.

Para que se possa pensar esta questão, utilizar-se-á, como mediador das atividades da psicologia no Brasil, o Código de Ética Profissional do Psicólogo, que trará considerações relevantes para se refletir não só o tema proposto neste trabalho como, também, o contexto atual da produção de políticas públicas voltadas para a drogadição.

2 A História da Psiquiatria

Segundo Neto, Annes e Becker (2003), antes que se estabelecesse a segregação do portador de transtorno mental e o rótulo de “diferente”, a loucura era predominantemente interpretada à luz do imaginário coletivo, onde as sociedades primitivas, cada qual em seu contexto, faziam associações divinas e/ou demoníacas ao fenômeno, sendo que, mais tarde, pensadores como Hipócrates (460-380 a.C.), que atribuiu variações de estados mentais a quadros de infecções, hemorragias e ao parto, e Galeno (131-200 d.C.), que delegava ao cérebro a função de comandar os fenômenos mentais, iniciaram um modo de concepção da loucura que partiria de um princípio não-místico, deixando de lado a perspectiva religiosa. Sendo assim, “todo conhecimento que antes era voltado para o misticismo, passa por uma transição do pensamento mágico para causas naturais” (FORTES, 2010)⁴.

Chegando à Idade Média, com a instauração da Inquisição, o pensamento religioso passou a ser novamente dominante e o transtorno psiquiátrico passou a ser considerado heresia (NETO; ANNES; BECKER, 2003). Em contrapartida, em meados do século XVII, o pensamento revolucionário de Descartes impulsionou uma corrente de pensamento que primava pelo conhecimento racional e empírico e que, posteriormente, iria servir de base para o Iluminismo (BRASIL, 2003).

No final do século XVIII, o médico contratado pela Assembleia Francesa, Phillippe Pinel, inaugurou a Psiquiatria ao estabelecer uma classificação para os internos e o tratamento moral para lidar com estes e, logo em seguida, estaria sendo instaurado o hospital psiquiátrico juntamente com a compreensão de que a loucura era uma doença a ser tratada e que o louco estava destinado a este mesmo hospital, onde os internos eram excluídos e vítimas de maus-tratos (BRASIL, 2003).

Em 1862, o médico Jean-Martin Charcot assumiu a direção de Salpêtrière e, durante seus estudos sobre a histeria, utilizava a hipnose como forma de manipulação dos sintomas de seus pacientes histéricos (NEVES, 2012). Seguindo o pensamento de Charcot, Freud, que encontra “o início de respostas que procurava para suas indagações sobre a psique” (NEVES, 2012, p. 40), começa a formular a psicanálise e nomeia a dimensão inconsciente do homem, o que coloca uma nova compreensão acerca da subjetividade humana que, infelizmente, não foi capaz de romper com a tradição do hospício pineliano; sendo este feito realizado somente no

⁴ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009

século XX pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia e seu método diversificado de Serviços de Atenção Diária em Saúde Mental de Base Territorial e Comunitária (BRASIL, 2003).

2.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

Conforme Fortes (2010)⁵, a Igreja Católica era responsável pela assistência psiquiátrica pública, que era feita de maneira precária e asilar na mesma época em que foi estabelecida, sob o decreto do Imperador na segunda metade do século XIX, a partir da pressão popular, a construção de um lugar específico para a contensão da loucura: o Hospício Pedro II, que serviu como modelo vigente para o tratamento do louco em todo o país, que, até a década de 1950, significava manter os internos nos hospitais.

A partir da década de 1970, com as crescentes denúncias de violação dos Direitos Humanos contra os hospitais psiquiátricos, os profissionais da saúde se viram obrigados a repensar o modelo de atenção à loucura e, em 1987, realizou-se a “I Conferência Nacional de Saúde Mental”, no Rio de Janeiro, onde se reconheceu as possíveis dificuldades do modelo vigente, concluindo que seria necessária a conversão deste “em um modelo assistencial de base territorial comunitário e aberto” (BRASIL, 2003, p. 152).

Dois anos depois, o deputado Paulo Delgado propõe, a partir do Projeto de Lei de N°. 3.657/89, “a extinção progressiva dos manicômios e a substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta internação psiquiátrica compulsória” (DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, Seção I, 1989, p. 67), que, em abril de 2001, como lembra Goulart (2006, p. 15)⁶:

foi finalmente aprovado [...], convertendo-se na Lei Federal N°. 10.216/01. Mesmo que bastante descaracterizado em suas proposições antimanicomiais através de inúmeras emendas, ele se converteu, em linhas gerais, em uma legislação que preconiza o atendimento territorial, estabelece parâmetros de qualidade para o atendimento terapêutico, prevê o desenvolvimento de projetos de reabilitação psicossocial e estabelece critérios para internação compulsória.

Sabe-se que, tanto a Lei Federal N°. 10.216/01 quanto o Projeto de Lei N°. 3.657/89, basicamente seguiram o exemplo da Lei Basaglia, que entrou em vigor na Itália em 1978 (GOULART, 2006, p. 13)⁷.

⁵ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009

⁶ http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais..._-MSB_Goulart.pdf

⁷ *ibidem*

2.2 A Lei Federal N.º. 10.216/01

Como descrito no Diário Oficial da União (Seção I, 2001, p. 02), a Lei Federal N.º. 10.216/01 “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” e, nas palavras do autor, Paulo Delgado, “nasceu de dois preconceitos blindados que contaminaram a família e a sociedade: as ideias da periculosidade e da incapacidade civil permanente dos doentes mentais, que serviram para alimentar os lucros da indústria da loucura” (BRASIL, 2003, p. 156).

2.2.1 A Internação Compulsória

Além de garantir os direitos de portador de transtorno mental, a Lei Federal N.º. 10.216/01 regulamenta o requisitos para a efetuação de internações. Tais requisitos estão dispostos nos seguintes artigos desta mesma Lei (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, Seção I, 2001, p. 02):

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

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

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

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

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

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

Art. 10º Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

No art. 4º, § 2º, da legislação acima exposta, é determinado que o regime de internação é dirigido a portadores de transtornos mentais (ibid, p. 02, 2001). Na busca de referências quanto às classificações destes transtornos, prima-se pelo DSM-IV, da Associação Americana de Psicologia, correlacionado à Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, de autoria da Organização Mundial de Saúde. (MATOS; MATOS; MATOS, 2005)⁸. Estes manuais dividem-se em eixos compreendidos em retardo mental, transtornos ansiosos e psicóticos, transtornos causados por uso de substância psicoativa, entre outros (ibid, p. 313, 2005).

De acordo com OMS (2008), na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, as classificações discriminadas entre o F-10 e F-19, compreendem o uso de substância psicoativa e seus efeitos como transtorno mental. A OMS (2004)⁹ define que a dependência química é um transtorno cerebral como qualquer outro

⁸ <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n3/v27n3a10.pdf>

⁹ http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf

problema psiquiátrico ou neurológico. Este estudo aponta que “mostraram ser a farmacodependência um transtorno crônico, recorrente, com uma base biológica e genética, e não uma simples falta de vontade ou de desejo de se libertar.” (OMS, 2004, p.7).¹⁰

A partir desta colocação, entende-se que a Lei Federal N°. 10.216/01 também se aplica aos casos de drogadição, que é o contexto base para este trabalho. Desta forma, salta a necessidade de colocação da drogadição, vista através da sua evolução sócio-histórica, e de acordo com o posicionamento dos profissionais da saúde, especificamente, o profissional de saúde mental.

¹⁰ http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf

3 A Evolução Sócio-Histórica do Uso de Substâncias Psicoativas

A atual conjuntura mundial destaca em seus variados desdobramentos, um objeto de discussão globalizado: a drogadição e seus efeitos individuais e sociais. As políticas públicas de saúde e segurança estão com seu foco estratégico e prático diretamente voltados para esta realidade, na égide da manutenção da democracia (RODRIGUES, 2002). Diante do alarde proveniente deste fenômeno, faz-se necessário o retrocesso histórico para entendimento do significado do uso de drogas para os indivíduos e para a sociedade.

Segundo Sullivan e Hagen (2002, *apud* RIBEIRO, 2012)¹¹, partindo da teoria de Charles Darwin, alguns estudiosos acreditam que, inicialmente, as ervas alucinógenas teriam alto teor nutritivo, sendo necessárias para a sobrevivência e adaptação. Souza (2004)¹² aponta que nos primórdio da civilização eram utilizadas para aproximação de um estado e/ou patamar sagrado almejado pela religiosidade, potencializador da reflexão no apreendimento de um conhecimento superior e no combate à insônia e dor de cabeça.

Na Idade Média, com o nascimento do Cristianismo, de acordo com Ribeiro (2012)¹³, os homens começaram a condenar tudo que fazia com que o homem perdesse o domínio da mente sobre o corpo, incluindo os indivíduos que utilizavam os alucinógenos e entorpecentes no grupo de hereges. Por conseguinte, no então denominado Século das Luzes, com a elevação da razão, surge o paradoxo, em que, ao mesmo tempo que defende-se a liberdade, condena-se tudo o que é capaz de “atordoar a moral e a consciência humana” (*idem*, p. 124).

De acordo com Labate *et al.* (2008)¹⁴, no fim do Século XVIII e início do século XIX, o processo de industrialização das formas de vida resulta-se em um aumento populacional e aglomeração nos grandes centros urbanos. Neste contexto, o Estado se depara com a dificuldade em conter a individualidade para a permanência de uma ordem social. Assim, entra em vigor o Proibicionismo:

A utopia da reforma do indivíduo motivou a defesa da prisão como forma humana e justa de punição e serviu de parâmetro para outras formas de disciplinamento de corpos não-feitos à ordem estabelecida como a escola, o hospital, a caserna. O importante era apartar o desvio, puni-lo, corrigi-lo ou afastá-lo em definitivo do convívio social (LABATE *et al.*, 2008, p.97).

¹¹ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392002000200012&lng=pt&nrm=iso

¹² <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/srh/article/view/11301/6415>

¹³ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392002000200012&lng=pt&nrm=iso

¹⁴ http://www2.cultura.gov.br/site/wp-content/uploads/2010/03/drogas_e_cultura.pdf

E neste sentido, os Estados Unidos foi um grande mentor das políticas proibicionistas no globo. Em 1920, foi aprovada no Congresso norte-americano a Lei Seca, que proibia a utilização de bebidas alcoólicas. Por conseguinte, abre-se a possibilidade da venda proibida e do uso de outras drogas, que também viria ser alvo da proibição do Estado (RIBEIRO, 2012)¹⁵.

No movimento pós guerra, começaram a surgir grupos que visavam contestar a rigidez moral. Ribeiro (2012)¹⁶ aponta que, neste ambiente de questionamentos, surge o Psicodelismo, movimento no qual, basicamente, possui o lema “abrir as portas da percepção”. Seu ápice se dá na publicação do livro *As Portas da Percepção* (1954), de Aldous Huxley, onde são relatadas experiências provenientes do uso de substâncias que alteravam o estado da consciência. Estes relatos enfatizavam que “se as portas da percepção estivessem limpas, tudo apareceria para o homem tal como é: infinito” (HUXLEY, 1989, *apud* RIBEIRO, 2012, p. 261).¹⁷

Neste contexto, cada substância torna-se símbolo de um ideal de grupos. Labate *et al.* (2008, p.386)¹⁸ consolida de forma concreta o sentido das substâncias para os usuários:

Temos, como emblemáticas das gerações do desbunde e da contracultura, a maconha e o ácido lisérgico (LSD), associadas à imagem da *viagem*. A cocaína também aparece com muita frequência, mas investida menos do caráter de frenética produtividade que veio a tomar entre os *yuppies* nos anos de 1980, e mais de um aspecto lúdico, festivo e eventualmente frívolo. O *ecstasy* assume o posto de “droga emblema” para as gerações contemporâneas, aparecendo nos relatos da metade para o final da década de 1990, e firmando-se como hegemônico, nas falas biográficas, a partir de 2000. Enquanto a maconha e o LSD sinalizam uma temporalidade estendida – o tempo da busca, da expansão da consciência, da mudança como imperativo, da estetização da existência – o *ecstasy* vai de encontro à temporalidade enérgica, tensa e rápida que se erigiu em valor contemporaneamente, aliada à permanente exigência de competência e ao pragmatismo asséptico que deve acompanhá-la.

Concomitante ao fenômeno da Contracultura, o movimento estadunidense, no século XX, consegue globalizar suas idéias de intervenção proibicionista em toda a América, facilitando assim sua intervenção no combate à drogadição e comercialização de entorpecentes, criando diretrizes e embasamento para as práticas de controle, exercidas até as épocas atuais. (RODRIGUES, 2002)¹⁹.

¹⁵ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392002000200012&lng=pt&nrm=iso

¹⁶ *ibidem*

¹⁷ *ibidem*

¹⁸ http://www2.cultura.gov.br/site/wp-content/uploads/2010/03/drogas_e_cultura.pdf

¹⁹ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392002000200012&lng=pt&nrm=iso

3.1 Evolução Sócio-Histórica das Drogas no Brasil

No Brasil, os primeiros indícios de uso de drogas foram encontrados em rituais de passagem de tribos indígenas, para a comunicação com o mundo dos mortos e, mais tarde, no período colonial, onde se oferecia tabaco como recompensa ao trabalho em condições mínimas de saúde dos negros escravos (LABATE *et al.*, 2008)²⁰. No campo da medicina, alguns médicos aconselhavam o tabaco para o tratamento de verminoses (WEST, 1979, *apud* LABATE *et al.*, 2008)²¹. E, aos poucos, o tabaco foi se inserindo como produto integrante da economia do Brasil, alcançando a aristocracia brasileira.

Segundo Labate *et al.* (2008)²², já no século XVI, surgem os primeiros registros do uso da maconha. Era basicamente utilizada em ritos de candomblé e mais tarde no sertão nordestino. A planta é considerada como herança dos negros escravos e, enquanto o fumo de tabaco era reservado aos aristocratas, a maconha emergia na cultura da escravidão.

Nos anos 20, o Brasil em concordância com as Conferências de Haia, uma das ações proibicionistas promovidas pelos Estados Unidos com intuito de criminalizar o uso de drogas, coloca em vigor a lei que restringia o uso de cocaína, ópio, morfina e heroína. A legislação brasileira previa punição para a utilização destas substâncias sem prescrição médica (RODRIGUES, 2002)²³.

Durante um extenso período, a maconha foi utilizada pelas camadas mais pobres da população. Apenas em meados dos anos 60, quando a substância começa a atingir as classes média e alta, principalmente do estado do Rio de Janeiro, que seu uso começa a ser percebido como um fenômeno social. A cocaína, por sua vez, era conhecida como a droga elegante, consumida principalmente pela classe alta carioca (VELHO, 1994; LABATE *et al.*, 2008)²⁴.

No Brasil, na década de 80, o mercado ilícito de drogas é potencializado com os fugitivos das facções provenientes das guerrilhas contra a ditadura e criminosos comuns, que fizeram de toda a extensão do Rio de Janeiro sua rota de fuga. Assim, instalados nos morros cariocas, iniciam a comercialização da droga. Em resposta ao crescente aumento do

²⁰ http://www2.cultura.gov.br/site/wp-content/uploads/2010/03/drogas_e_cultura.pdf

²¹ *Ibidem*

²² *ibidem*

²³ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392002000200012&lng=pt&nrm=iso

²⁴ *ibidem*

narcotráfico, o Estado constrói a penitenciária Bangu I, destinada a prisioneiros oriundos do tráfico de drogas (RODRIGUES, 2002)²⁵.

No século XXI, a proposta é reprimir o comércio de drogas e promover a reinserção social do dependente químico (LEAL, 2011)²⁶. Em 2006, cria-se a Lei Federal N°.11.343/06, que segundo Documento Oficial da República (2008, p.27), visa:

Articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como as de repressão ao tráfico estando em perfeito alinhamento com a Política Nacional sobre Drogas e com os compromissos internacionais do país.

Prevê, ainda, a distinção entre dependentes químicos e traficantes de drogas:

Entre os principais pontos a serem destacados está a distinção clara e definitiva entre usuários/dependentes de drogas e traficantes, colocados em capítulos diferentes. A nova lei não descriminaliza qualquer tipo de droga. Apesar do porte continuar caracterizado como crime, usuários e dependentes não estarão mais sujeitos à pena privativa de liberdade mas, sim, a medidas sócio-educativas aplicadas pelos juizados especiais criminais (DIÁRIO OFICIAL DA REPÚBLICA, 2008, p.27).

Faz-se de extrema importância esta retomada de sentido à inserção de drogas no âmbito social. Como foi explorado, o uso de entorpecentes é/foi utilizado em diferentes culturas, épocas e com sentidos diferentes, desembocando em legislações específicas para tratamento de usuário e dependentes, ora criminalizando-os, ora destituindo-os de sua saúde. Como todo fenômeno que perpassa o social é supremaciado pelo Estado, o fenômeno da drogadição com seu agravante de estar às margens do controle estatal, torna-se o maior desafio global, tanto para os chefes de Estado, quanto para os profissionais da área das ciências humanas e sociais.

3.2 Dados estatísticos da drogadição no Brasil

Segundo o Relatório da ONU (2013)²⁷, o uso de cocaína vem aumentando significativamente no Brasil. Ainda, segundo levantamento do relatório, o país vem se destacando no cenário mundial como rota do tráfico de cocaína e crack, e destaque na apreensão de maconha - 174 toneladas em 2011. Em contrapartida, apresentou diminuição no índice de usos de drogas injetáveis.

²⁵ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392002000200012&lng=pt&nrm=iso

²⁶ <http://jus.com.br/artigos/8957>

²⁷ http://www.unodc.org/documents/lpobrazil/Topics_drugs/WDR/2013/World_Drug_Report_2013.pdf

Outros índices foram destacados neste relatório da Organização das Nações Unidas. A estimativa de uso de cocaína entre a população geral situa-se em 1,75% e a prevalência anual do uso por estudantes universitários situa-se na faixa de 3% (ONU, 2013)²⁸.

Em pesquisas domiciliares realizadas para consolidação do relatório, foi observada a presença do uso de cetaminas, anestésico com efeitos hipnóticos em 0,2% na taxa de prevalência de uso, na faixa etária de 12 a 65 anos. Esta foi equivalente à taxa de uso de merla, uma variante fumável da pasta-base da cocaína, e maior do que a prevalência de consumo de heroína (0,09%) (ONU, 2013)²⁹. E, segundo Brasil (2009)³⁰, a região brasileira que tem maior porcentagem de uso de drogas em algum momento da vida é a região nordeste (27%), atrás da região sudeste (24%).

Desconsiderando o álcool e tabaco, as drogas com maior porcentagem de uso, em 2001, são: maconha (6,9%), solventes (5,8%), orexígenos (4,3%), benzodiazepínicos (3,3%) e cocaína (2,3%); em 2005, são: maconha (8,8%), solventes (6,1%), benzodiazepínicos (5,6%), orexígenos (4,1%) e estimulantes (3,2%) (BRASIL, 2009)³¹.

Com relação ao uso por sexo e faixa etária, o gênero masculino apresenta maior uso e maior dependência de álcool do que o gênero feminino, em todas as faixas etárias. A faixa etária que apresenta a maior dependência é a de 18 a 24 anos, seguida da de 25 a 34 anos (BRASIL, 2009)³².

Com relação à percepção de risco do uso das drogas, Brasil (2009, p.27)³³ aponta:

A porcentagem de pessoas com percepção de risco grave do uso de álcool, maconha e cocaína/crack é maior nas mulheres do que nos homens, o que pode estar associado a um consumo menos frequente e intenso dessas substâncias pelas mulheres com relação aos homens. Quando se trata de uso frequente de cocaína/crack, o risco é percebido igualmente por homens e mulheres. De 2001 para 2005, a percepção de risco no uso eventual de maconha e cocaína/crack aumentou, mas a de álcool diminuiu.

Ainda, conforme o Relatório Brasileiro sobre Drogas, o uso de substâncias psicoativas não é exclusividade de determinada classe socioeconômica, distribuindo-se regularmente por todas elas (BRASIL, 2009)³⁴.

Tomando como base o relatório da primeira década do século XXI, o uso de drogas no Brasil, em algum momento da vida, atinge a porcentagem de 22,8%, excluindo-se o uso de

²⁸ ibidem

²⁹ http://www.unodc.org/documents/Ipobrazil//Topics_drugs/WDR/2013/World_Drug_Report_2013.pdf

³⁰ <http://www.escs.edu.br/arquivos/RelatorioBrasileirosobreDrogasResumoExecutivo.pdf>

³¹ ibidem

³² ibidem

³³ ibidem

³⁴ <http://www.escs.edu.br/arquivos/RelatorioBrasileirosobreDrogasResumoExecutivo.pdf>

tabaco e álcool (BRASIL, 2009)³⁵. Tal porcentagem, na sua expressividade, gera alerta no Estado, uma vez que o uso ilícito de drogas “alimenta as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros” (BRASIL, 2008, p.13) e no setor de saúde, decorrente da nomeação de transtorno mental para os dependentes químicos.

A Psicologia, como ciência componente da área da saúde, encontra-se envolvida diretamente nas Políticas Públicas criadas para atender os drogaditos. Especificamente, sendo a Política Nacional de Saúde Mental apoiada na Lei Federal N°. 10.216/01 (BARROS; SALLES, 2011)³⁶, o psicólogo, um dos representantes desta subárea da saúde, encontra-se intrinsecamente ligado à possibilidade de efetuação de internação de dependentes químicos presentes na legislação supracitada. Assim, torna-se inerente à construção da profissão do psicólogo no Brasil a clarificação e discussão acerca da atuação deste profissional nos ambientes de tratamento em regime de internação.

³⁵ <http://www.escs.edu.br/arquivos/RelatorioBrasileirosobreDrogasResumoExecutivo.pdf>

³⁶ <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800025>

4 A Atuação do Psicólogo no Contexto de Internação

Diante do exposto da legislação envolvendo a internação compulsória, a demarcação do profissional psicólogo no ambiente receptor de usuários de drogas internados compulsoriamente, torna-se imperativa. Com a emancipação dos ideais de Basaglia (BRASIL, 2003) e a mudança da legislação de tratamento direcionado ao portador de transtorno mental no Brasil, questiona-se se a transformação de norma regente refletida na ideologia de relação da instituição pública/privada de tratamento e seus usuários. Sendo esta relação permeada pela atuação de profissionais de saúde, a atuação dos psicólogos é variável importante no entendimento da dinâmica de funcionamento contemporâneo da assistência psicossocial ao usuário (SANTANNA; BRITO, 2006)³⁷.

Sant'anna e Britto (2006)³⁸ apontam que a Lei Federal N°. 10.216/01, não atribui especificamente ao psicólogo no ambiente institucional direcionamentos de atuação. O art. 4°, § 2°, prevê que “o tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros” (BRASIL, 2003), não explicitando linhas teóricas ou técnicas para a garantia da assistência dispensada aos usuários.

Da mesma forma, a Portaria N°. 336/GM do Ministério da Saúde, de 19 de fevereiro de 2002, item 4, a e b, especifica que as atividades voltadas para a atenção integrada ao portador de transtorno mental envolvem atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) e atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras), não especificando a forma que tais atividades devem ser desenvolvidas.

É importante destacar que as mudanças de legislação, mesmo que decorrentes de lutas populares pela causa antimanicomial, não são acompanhadas de forma linear pela construção do saber psicológico. O profissional atuante nestas instituições além de ser perpassado pelo pessoal, é influenciado pelo institucional (SANTANNA; BRITO, 2006)³⁹.

Na tentativa de traçar um perfil de atuação do psicólogo presente hoje nas instituições de internação, Sant'anna e Britto (2006)⁴⁰ desenvolveram uma pesquisa qualitativa com psicólogos que trabalham em instituições de saúde mental pública de Brasília – DF. Alguns resultados obtidos desta amostra traçam um perfil parcial deste profissional: descrição

³⁷ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000300004&lng=en&nrm=iso

³⁸ ibidem

³⁹ ibidem

⁴⁰ ibidem

geralmente patológica dos usuários dos serviços, trabalho individual focado em clínica excludentes às questões do social, pouca interdisciplinaridade, intervenções provenientes de demanda médica, e, conseqüentemente, apresentam dificuldades de colocar em voga sua posição com relação às abordagens biológicas e humanistas.

Ainda na análise do perfil do psicólogo contemporâneo atuante nas instituições de saúde mental, Tedesco (2006)⁴¹ aponta que “neste sentido que a clínica se separou da política, que o cuidado com a saúde das pessoas se separou do cuidado com a saúde das populações, que a clínica se separou da saúde coletiva, que a psicologia se colocou à margem de um debate sobre o SUS”.

Sales e Dimeinstein (2009, p.82)⁴², em uma investigação realizada nos CAPS no município do Natal, no Rio Grande do Norte, retratam a dinâmica interdisciplinar nesta instituição:

a maior parte das decisões sobre o funcionamento da instituição é tomada na reunião de passagem – encontro diário ao meio-dia em que a equipe passa as informações do turno da manhã para a do turno da tarde. Esse espaço também é usado para troca de informações, discussão de casos e planejamento das atividades.

Com relação à abordagem teórica, foi constatado que seu impacto é tido como primordial no entendimento de cada caso e no processo terapêutico. A forma de enxergar o sofrimento psíquico e suas formas de enfrentamento são variáveis presentes nas observâncias dos psicólogos atuantes nestas instituições. Muitas vezes, estes profissionais utilizam adaptações de abordagens, alegando que a aplicação da linha teórica do consultório privado não alcança o ambiente de saúde mental (SALE; DIMENSTEIN, 2009)⁴³.

E, no que concerne ao conhecimento da Lei Antimanicomial e o histórico do movimento da Reforma Psiquiátrica, Sant’anna e Britto (2006)⁴⁴ constataram que tais profissionais apresentaram um grau de apreensão apropriado. Entretanto, devido a pouca articulação da nova visão de tratamento com as instituições e as outras questões já citadas, apresentam dificuldades na aplicabilidade em situações reais de trabalho.

Até o presente citado, foi apontada como influências na atuação do psicólogo no contexto de saúde mental, a ideologia propagada de tratamento do portador de transtorno mental, a instituição e a abordagem utilizada. Outra variável presente na dinâmica da atuação do psicólogo frente à demanda de tratamento dos usuários de instituições de saúde mental é o

⁴¹ <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewArticle/7694>

⁴² <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n2/v14n2a07.pdf>

⁴³ *ibidem*

⁴⁴ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000300004&lng=en&nrm=iso

Código de Ética Profissional do Psicólogo, o conjunto de sanções que orientam o exercício profissional do psicólogo no Brasil, como será explicitado mais a frente. Entretanto, destaca-se neste momento a abordagem ou linha teórica, por constituir a visão filosófica e o conseqüente conjunto de técnicas utilizadas para compreender o homem inserido no mundo. Assim, coloca-se, junto a outras variáveis, como componente importante para a construção de uma profissão crítica nos contextos em que atua.

5 Liberdade e Escolha: Conceito e Práxis da Psicologia Existencial-fenomenológica

Para entendimento do direcionamento da atuação do psicólogo em ambientes de internação aqui colocado em discussão, elege-se para fundamentação dos posicionamentos teóricos-práticos, a psicologia fenomenológico-existencial, linha teórica reconhecida como filosofia e práxis componente da ciência psicológica. A psicologia fenomenológico-existencial constituiu-se a partir da epistemologia e ontologia fenomenológicas, aliadas a uma afirmação advinda do movimento existencialista (NASCIMENTO, [20--])⁴⁵.

Entende-se a Fenomenologia de Husserl, como um método investigativo antinatural, que preconiza a concepção subjetiva dos fenômenos, ou seja, contraria o método positivista e considera como conhecimento puro a compreensão subjetiva que se faz destes (ZILLES, 2007). Segundo Feijoo (2009), Husserl tinha a intenção de romper com as acepções do senso comum e da ciência que se ocupava destas, onde permeava a certeza de que aquilo que se vê e que se comprova empiricamente se define como verdade. Dever-se-ia, antes de se partir para interpretações acerca do mundo, definir com precisão como este mundo se apresenta na consciência, que é onde, de fato, este existe com certeza (COBRA, 2009). A atitude antinatural seria, então, “deixar de tomar a verdade com referenciais e categorias como se as coisas fossem estruturadas naturalmente, dando a idéia falsa de que se conhece a verdade” (FEIJOO, 2009).

Seguindo esta metodologia, o filósofo alemão Martin Heidegger, em oposição às teorias ônticas das ciências metafísicas, e com a proposta de analisar a existência humana, utiliza e aperfeiçoa a fenomenologia husserliana para criar sua ontologia, onde o ser humano – agora Dasein (ser-aí); ou o ente que se pergunta sobre o ‘ser’ – iria ser concebido de modo a diferir das concepções objetificadoras da filosofia e das ciências (SEIBT, 2012)⁴⁶. Sendo assim, esta ontologia consistiria “em buscar o sentido do ser, partindo do princípio de que o ser-aí não possui nenhuma determinação que se associe essencialmente a ele, justamente porque a sua única determinação consiste no caráter do poder-ser” (FEIJOO, 2009).

Heidegger sugere que a compreensão que o Dasein faz de si mesmo e de seu modo de ser, se dá a partir da sua relação com os outros entes (SEIBT, 2012)⁴⁷. Esta compreensão, inicialmente, é admitida no nível do falatório do impessoal: o ser-aí afasta de si suas possibilidades próprias e assume um sentido pré-estabelecido pela tradição que compartilha

⁴⁵ <http://www.ifen.com.br/artigos/artigo01.pdf>

⁴⁶ http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2012000100014&lng=pt&nrm=iso

⁴⁷ *ibidem*

com os outros entes, podendo ele, nesta posição, assumir-se em suas possibilidades ou abrir mão delas. (SEIBT, 2012)⁴⁸. Na interpretação de Feijoo (2009), para que o ser-aí possa se desvincular do impessoal e apossar-se de si e de seu poder-ser, é necessário o contato com a angústia, que antecipa o seu poder-ser mais próprio, que é ser-para-a-morte. Como enfatiza Seibt (2012)⁴⁹, a angústia

tem o poder de dissipar o sentido que tudo organiza e mantém em ordem. Quando o Dasein está angustiado, tudo perde para ele a importância e significado. Ele é açoitado, assim, pelo “nada”, que lhe revela exatamente o fato de que “existe” e tem sobre si a responsabilidade do seu próprio ser. Ela abre para a finitude, para a condição de ser-para-a-morte e, assim, impede que ele se refugie na ocupação com os entes. Torna-se possível o encontro com as possibilidades mais próprias do Dasein. A angústia revela-se como o existencial capaz de reconduzir o homem a si mesmo. Assumindo a finitude e a ausência de fundamento revelados pela angústia, o Dasein pode tomar o destino nas próprias mãos.

Após entrar em contato com esta visão existencial de homem, alguns psicoterapeutas começaram a criticar o tecnicismo presente no modelo de atuação psicanalítico, deixando esta concepção de lado e direcionando sua psicoterapia para a análise dos modos de existência humana; sendo L. Binswanger, M. Boss e E. Minkovski os pioneiros na adaptação da visão existencialista de homem e do método fenomenológico para a clínica psicológica (NASCIMENTO, [20--]).

Dados os pressupostos epistemológicos, faz-se mister a exploração dos conceitos de liberdade e escolha, bem como a visão de homem, por conveniência e afinidade, na visão do filósofo existencialista Jean-Paul Sartre e, posteriormente, a prática psicológica clínica embasada nestes conceitos.

Sartre postula, como base para o existencialismo, a consideração de que a existência do homem precede sua essência, onde este se encontra no mundo de tal modo que não há nada que defina sua natureza; com exceção de sua própria subjetividade (SARTRE, 2013). Isto quer dizer que, nas palavras do autor, “o homem existe primeiro, se encontra, surge no mundo, e se define em seguida. Se o homem, na concepção do existencialismo, não é definível, é porque ele não é, inicialmente, nada. Ele apenas será alguma coisa posteriormente, e será aquilo que ele se tornar” (SARTRE, 2013, p.25).

Sendo assim, o homem encontra-se só, cabendo a ele fazer escolhas e responsabilizar-se por estas, de forma a não existir nenhum legislador que esteja por detrás de suas decisões

⁴⁸ http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2012000100014&lng=pt&nrm=iso

⁴⁹ *ibidem*

ou à frente delas, de tal sorte que, sendo assim, nada ou ninguém irá eximir os homens das consequências de suas decisões (SARTRE, 2013).

A concepção de homem proposta por Sartre e Heidegger, como propulsoras da crítica ao tecnicismo clínico, influenciou fortemente os estudiosos da aplicação clínica da filosofia existencial, que buscavam dentro do existencialismo o resgate do ser humano na psicologia. Neste sentido, Feijoo e Protasio (2010)⁵⁰ destacam que os "os filósofos da existência trazem riquíssimas contribuições para que possamos pensar a clínica psicológica, prescindindo dos referenciais de verdade tais como tomados pelos especialistas da ciência". Pode-se destacar como principal ganho à crítica do tecnicismo, a possibilidade de posicionamentos teóricos do cientista existencial em discussões políticas e ideológicas, uma vez que este saber considera o homem como ser histórico-social, em constante construção no mundo (SCHNEIDER, 2002)⁵¹.

Sendo assim, o psicoterapeuta, seguindo a metodologia fenomenológica, deve rejeitar quaisquer pressupostos teóricos ou naturais, seja científico, do senso comum ou de sabedoria de vida, adotando uma postura antinatural de forma a dirigir-se ao fenômeno (FEIJOO; PROTASSIO, 2010)⁵². Deve, também, considerando a filosofia existencialista, reconhecer

o caráter da indeterminação e imprevisibilidade do existir, não sendo pertinente, neste sentido, tutelar o outro em suas escolhas, orientar ou indicar caminhos, seja a partir de filosofias, de experiência de vida ou, ainda, de modelos empíricos que ditam verdades a partir do cômputo estatístico ou de sistemas lógicos que pressupõem postulados dos quais se deduzem todas as verdades (FEIJOO; PROTASSIO, 2010, p.167)⁵³.

Neste sentido, Schneider (2002)⁵⁴ afirma que os projetos e os desejos de ser do paciente devem ser viabilizados, nunca se posicionando de forma a exigir que o paciente se ajuste socialmente. Ou seja, “a psicoterapia existencialista sartriana só faz sentido se possibilitar ao homem o seu estatuto de sujeito, se realizá-lo enquanto liberdade, se não contribuir para a produção de um sujeito alienado, mas se lhe proporcionar o verdadeiro direito de cidadania” (SCHNEIDER, 2002, p. 324)⁵⁵.

Giovanetti (2013) postula que, para que a psicoterapia aconteça de fato, o psicoterapeuta deve possibilitar que o outro esteja sempre buscando se reconciliar com o

⁵⁰ http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000200006&lng=pt&nrm=iso

⁵¹ <http://psiclin.ufsc.br/files/2010/05/Tese.pdf>

⁵² http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000200006&lng=pt&nrm=iso

⁵³ *ibidem*

⁵⁴ <http://psiclin.ufsc.br/files/2010/05/Tese.pdf>

⁵⁵ *ibidem*

mundo e sempre em busca de si mesmo, de forma que seus novos modos de existir garantam sua própria liberdade.

6 O Paradoxo da Internação Compulsória e a Psicologia Fenomenológico-existencial

Dado o contexto da drogadição no Brasil e suas formas de contenção, em especial o modelo citado na Lei Federal N°. 10.216/01 – a internação compulsória – pode-se estabelecer uma contradição filosófica ao se considerar a proposta da clínica fenomenológico-existencial. A realidade da drogadição no Brasil, expressa por Rodrigues (2002), ao se tornar prioridade política e social, integra de forma preponderante o alcance da atuação do psicólogo, uma vez que o enfoque deste profissional é diretamente ligado à promoção da qualidade de vida do indivíduo e da sociedade (CFP, 2005)⁵⁶.

O impasse entre a práxis deste psicólogo embasado na abordagem psicológica fenomenológico-existencial e a realidade político-social do dependente químico internado compulsoriamente, é demarcado pela premissa fundamental da filosofia sartriana quando associada à psicologia, que é a visão de homem livre (SARTRE, 2013), sendo esta caracterizada pela responsabilização do ser na construção da sua existência. Ora, se o profissional possuidor desta visão de homem se insere em um contexto em que o indivíduo é privado de suas possibilidades e submetido a um mecanismo que o direciona para a adaptação social, como exercer a clínica que prioriza o direito de o indivíduo gerenciar seu próprio projeto? Em decorrência, um paradoxo filosófico instaura-se frente à capacidade crítica deste profissional.

Da mesma forma, o método utilizado para análise da realidade do dependente químico inscreve-se como discrepante, quando o profissional embasado na metodologia antinatural se insere em um contexto regido pelo poder público. O Estado, detentor da responsabilidade de conscientização do malefício das drogas e de tratamento de dependentes químicos, (BRASIL, 2008) visando a proteção do indivíduo e da sociedade, tende e necessita unificar a visão de realidade envolvendo a drogadição, para um efetivo alcance de suas atribuições. A unificação, concretizada em criações de legislações, encontra-se em oposição à visão antinatural do psicólogo existencial-fenomenológico, uma vez que este parte do pressuposto de extirpar a visão de categorização e estruturação natural das realidades (FEIJOO, 2009).

Mediante a problemática instaurada, é imprescindível que os profissionais em enfoque, como produtores de saber que visam a promoção de saúde mental no âmbito social e individual, se posicionem. Dadas as circunstâncias, é fundamental que se consulte o Código de Ética Profissional do Psicólogo, pois este orienta e regulamenta a atuação deste

⁵⁶ http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica1.pdf

profissional em quaisquer contextos, visando, de forma coerente, o bem-estar individual e coletivo.

7 Leitura Fenomenológico-existencial do Código de Ética Profissional do Psicólogo - Reconstrução do Saber Psicoterápico no Contexto de Internação Compulsória

Para elucidar o código de sanções do profissional psicólogo e algumas de suas definições para atuação em ambientes de internação, deve-se entender a relação entre ética, moral e direito, conceitos que constituem a construção, a leitura peculiar de cada profissional, e a aderência ao código de ética profissional. Faz-se importante, também, a articulação entre ética e profissão e suas implicações.

Ética, segundo Vásquez (2002), se define como a teoria, investigação ou explicação de uma determinada configuração de comportamentos humanos, na sua totalidade, diversidade e variedade, tendo como objetivo a discussão de formação de normatizações e não as regras em si. Assim, pode-se entender que ética abrange a análise de qualquer intervenção do individual no social.

As configurações dos comportamentos humanos são denominadas por moral. Para Foucault (2001 *apud* MARCONDES, 2007), moral é o comportamento real dos indivíduos em relação às regras e aos valores que lhe são propostos pelos códigos morais: escola, família, igreja. Ainda de acordo com Nietzsche (2009), através dos códigos morais o “homem chegou a ser realmente calculável”. Entretanto, a relação do homem com este código é perpassada por obedecer ou resistir a uma interdição, respeitar ou negligenciar este conjunto de valores, na qual foi denominada moralidade dos comportamentos (FOUCAULT, 2001 *apud* MARCONDES, 2007).

Ainda nesta construção, temos o direito. Direito e moral regulamentam as ações dos indivíduos. Entretanto, entende-se que a moral é cumprida devido às convicções pessoais e o direito por determinações, ou seja, o direito age no indivíduo pela exterioridade. (VÁSQUEZ, 2002).

E, a profissão em si, como instrumento de intervenção no social e individual, também é atrelada aos conceitos já expostos: ética, moral e direito. Associa-se a ética às obrigações profissionais contidas em códigos legislativos entendidos na linha do direito, a realização destes códigos na atuação deste profissional situado no campo da moral, tendo como consequência o reflexo profissional na esfera individual e social:

Um Código de Ética Profissional, ao estabelecer padrões esperados quanto às práticas referendadas pela respectiva categoria profissional e pela sociedade, procura fomentar a auto-reflexão exigida de cada indivíduo acerca da sua práxis, de modo a

responsabilizá-lo, pessoal e coletivamente, por ações e suas consequências no exercício profissional. (CFP, 2005)⁵⁷.

Expostos os aspectos constituintes dos códigos de ética profissional, delimitemos a exposição ao Código de Ética Profissional do Psicólogo, articulado com a atuação no âmbito de internação. O código foi criado para

ser um instrumento capaz de delinear para a sociedade as responsabilidades e deveres do psicólogo, oferecer diretrizes para a sua formação e balizar os julgamentos das suas ações, contribuindo para o fortalecimento e ampliação do significado social da profissão (CFP, 2005)⁵⁸.

É importante ressaltar que as contribuições do código de ética profissional do psicólogo, trazidas aqui como orientação à atuação do psicólogo no ambiente de internação, não foram constituídas exclusivamente para esta intervenção profissional específica. Entretanto, os itens abordados serão de grande valia para o entendimento da atuação do psicólogo fenomenológico-existencial no ambiente de internação.

O item ‘c’, do art. 1º do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005, p.8)⁵⁹, prevê que é dever fundamental do psicólogo

prestar serviços psicológicos de qualidade, em condições de trabalho dignas e apropriadas à natureza desses serviços, utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional.

Esta disposição nos informa que, os psicólogos atuantes no Brasil devem exercer suas funções com técnicas e abordagens que sejam devidamente reconhecidas e autorizadas pelo conselho, como no caso da psicoterapia existencial-fenomenológica.

No item a, do art. 2º, observa-se que é vedado ao psicólogo “praticar ou ser conivente com quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão” (CFP, 2005, p.9)⁶⁰. Detendo-se ao conceito de opressão, entende-se a mesma como jugo, tirania, ação de fazer violência por abuso de autoridade (SACCONI, 1996). Ao ser colocado abuso de autoridade, entende-se a supressão da liberdade de outrem, caracterizando assim, no caso de internação sem consentimento do sujeito, a retirada de liberdade de escolha em estar ou não submetido a tratamentos para dependência.

⁵⁷ http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica1.pdf

⁵⁸ *ibidem*

⁵⁹ *ibidem*

⁶⁰ *ibidem*

Assim, partindo do pressuposto da legitimidade da abordagem fenomenológico-existencial perante à ciência psicológica, podemos concluir que o seu conjunto de técnicas e filosofia, nortearão a atuação do profissional em qualquer contexto. Schneider (2002)⁶¹, concebe o fazer-se livre do homem diante de suas possibilidades como a principal motivação da psicoterapia fenomenológico-existencial. Nesse sentido, a análise do contexto do paciente internado compulsoriamente, quando sob a ótica deste modelo psicoterápico, elucida uma discordância teórica.

Análoga à pontuação supracitada, ao considerarmos a discrepância entre o recebimento de demanda de atendimento clínico de internados compulsoriamente e a abordagem do psicólogo fenomenológico-existencial, faz-se imprescindível citar o item ‘b’ do art. 1º do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005. p. 8)⁶². Ele prevê que o mesmo assumirá “responsabilidades profissionais somente por atividades para as quais esteja capacitado pessoal, teórica e tecnicamente”. Este item se faz norteador para uso de abordagens psicológicas no âmbito da instituição de internação, deixando evidente a importância de alinhamento entre demanda e preparação técnica. Fato este importante, uma vez que o psicólogo só atuará com efetividade se estiver em consonância com as premissas da abordagem aplicada.

Considerando as incompatibilidades supracitadas, é necessário que o psicólogo fenomenológico-existencial se coloque em reflexão, no sentido de defender a legitimidade da sua teoria. É necessário que o mesmo compreenda que, ao desenvolver um trabalho psicoterápico com o internado compulsório, está agindo de forma oposta à premissa principal sartriana de liberdade de escolha do sujeito (SARTRE, 2013). Entende-se, ainda, que, o posicionamento contrário ao atendimento, pode ser validado pelas sanções supracitadas no Código de Ética Profissional do Psicólogo, no sentido de que este conjunto de determinações defende a atuação plena do profissional, para que as intervenções efetuadas pelo psicólogo promovam a qualidade de vida das pessoas. Esta atuação plena deve ser compreendida como a possibilidade de coerência na aplicabilidade da linha teórica defendida pelo profissional em questão.

Ainda no art. 1º, no item ‘k’, o código dispõe que é da responsabilidade do psicólogo “sugerir serviços de outros psicólogos, sempre que, por motivos justificáveis, não puderem ser continuados pelo profissional que os assumiu inicialmente, fornecendo ao seu substituto as

⁶¹ <http://psiclin.ufsc.br/files/2010/05/Tese.pdf>

⁶² http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica1.pdf

informações necessárias à continuidade do trabalho” (CFP, 2005, p.9)⁶³. Considerando a incompatibilidade entre a internação compulsória e a psicoterapia fenomenológico-existencial, que é o foco deste trabalho, o parágrafo acima nos remete à possibilidade de pensar em uma solução plausível para a questão, onde o psicólogo fenomenológico-existencial ao se isentar da responsabilidade de atender a demanda da internação, tem a possibilidade de sugerir este serviço a outro profissional que se sinta capacitado para tanto.

Inicialmente, pode-se estabelecer erroneamente um julgamento com relação a esta postura de recusa, isto ao considerar que o psicólogo deve se submeter às normas das instituições a partir da relação de poder que nele se exerce. Sobretudo, é dever do mesmo adquirir postura crítica até mesmo perante as considerações deste código, como atestado no item VII, dos ‘Princípios Fundamentais’, onde consta que deve ser considerado “as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste Código” (CFP, 2005, p.7)⁶⁴. Neste sentido, o próprio código instiga tal posicionamento. Sendo assim, é correto admitir que o psicólogo fenomenológico-existencial não só deve assumir e defender sua abordagem e renunciar aos atendimentos de internação compulsória, como também comprometer-se eticamente fazendo com que a dissonância entre a linha teórica e a demanda de internação compulsória se faça de conhecimento público, instigando, desta forma a possibilidade de se repensar se as medidas adotadas como políticas públicas para a questão da drogadição são, de fato, eficientes e dignas.

⁶³ http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica1.pdf

⁶⁴ *ibidem*

8 Considerações Finais

O presente trabalho buscou o diálogo entre o psicólogo embasado na abordagem fenomenológico-existencial e o contexto de internação compulsória, tema de grande expressão na contemporaneidade. Para tanto, contextualizou-se, brevemente, o lócus social da loucura até que se chegasse ao modelo de internação atual para, posteriormente, localizar a questão da drogadição no Brasil.

Uma vez que tal discussão é posta no enfoque do psicólogo em um contexto pré-definido, fez-se necessário adentrar-se no trabalho que este profissional realiza atualmente dentro da condição de atendimento a internados compulsoriamente, conforme definição da legislação específica constituinte do movimento de reforma psiquiátrica. Tal perspectiva nos possibilitou entender a realidade de atuação do psicólogo na atualidade, referência para a discussão proposta.

A abordagem psicológica utilizada pelo psicólogo permite demarcar sua visão de homem e do mundo que o cerca. O trabalho baseou-se, principalmente, nas implicações do existencialismo sartriano bem como na psicoterapia embasada nestes princípios. Assim, ao delimitarmos a linha teórica fenomenológico-existencial, pretendemos considerar a liberdade como referência de interpretação do contexto em discussão.

Assim, liberdade consiste na possibilidade de fazer-se a si mesmo, escolher e se responsabilizar pelo que se faz de si. De acordo com a teoria em enfoque, sendo a existência do homem precedida pela essência, cabe a mesmo questionar-se enquanto ser-no-mundo. Feito isso, o homem deve entrar em contato com a falta de sentido; o nada, que o levará a perceber que ele mesmo será responsável por criar um sentido para sua existência, concretizada no ato de escolher.

Na relação entre a abordagem fenomenológico-existencial e o contexto de internação compulsória, existe o paradoxo do conceito fundamental de liberdade de escolha e a condição em que se encontra o sujeito internado por determinação do Estado. Evidentemente não há, nesta modalidade de internação, o caráter da escolha do sujeito, implicando um dilema teórico-prático ao psicólogo fenomenológico-existencial, que faz parte do corpo profissional da instituição que recebe a demanda, onde o mesmo poderá, ao cumprir suas atividades, ser cúmplice de um processo que objetifica o sujeito para que o mesmo se enquadre num determinado padrão social. Consequentemente, esta atitude difere visivelmente das bases filosóficas que sustentam esta proposta psicoterápica que, por sua vez, inexoravelmente, não se caracteriza como possível opção de trabalho neste contexto.

Ao explorarmos os componentes do posicionamento teórico-prático do mesmo, ao se eximir de atendimentos de internados compulsórios, destacamos a coerência em tal posicionamento quando alinhado ao Código de Ética profissional do Psicólogo. Este conjunto de sanções que orienta a atuação do psicólogo apresenta-nos o aval para sermos coerentes com a linha teórica seguida, em detrimento das relações de poder pré-estabelecidas.

O tema explorado neste trabalho encontra espaço para o desenvolvimento investigativo na dinâmica entre relações Estado-sujeito, sujeito-drogadição e Estado-Psicologia-sujeito. Neste emaranhado de relações, cabe ao profissional de psicologia visar sempre condições saudáveis para que o sujeito usufrua de sua liberdade e garantir que os pressupostos filosóficos de sua abordagem não se percam no mundo. Vale ressaltar que esta atitude anti-natural do psicólogo fenomenológico-existencial, poderá, não só garantir ao sujeito seus direitos de ser-no-mundo mas, também, produzir reflexões e críticas ao modelo de tratamento ao dependente químico, bem como impulsionamento para a produção de políticas públicas efetivas para o fenômeno de drogadição; assim como pretendeu este trabalho.

Referências

- BARROS, Sônia and SALLES, Mariana. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. v.45, n.2, 2011. p. 1780-1785. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800025>>. Acesso em: 10 out. 2013.
- BARROS, Sônia and SALLES, Mariana. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. v.45, n.2, 2011. p. 1780-1785. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800025>>. Acesso em: 10 nov. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília, 2003. p.135-169.
- _____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2009. 364 p. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/arquivos/RelatorioBrasileirosobreDrogasResumoExecutivo.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2013.
- _____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas**, 2008. Disponível em <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/327912.pdf>>. Acesso em 23 set. 2013.
- CFP – CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética do Psicólogo**, 2005. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica1.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2013.
- COBRA, R. Q. A Fenomenologia de Edmund Husserl. *In*: TAVARES FILHO, T. E. (Org.). **Psicoterapia Fenomenológica Existencial**. [s. l.]: [s. n.], [2009]. p. 21-24.
- FEIJOO, A. M. L. C. Clínica Psicológica: Filosofia e Práxis. *In*: _____. (Org.). **Psicologia Clínica e Filosofia**. Belo Horizonte: Fundação Guimarães Rosa, 2009. p. 41-72.
- _____; PROTASIO, M. M. Os desafios da clínica psicológica: tutela e escolha. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 16 , n.2, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2013.
- FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.10, n.2, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009> . Acesso em: 29 set. 2013.

FOUCAULT, M. **Moral e prática de si**: O uso dos prazeres. 9.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001. *apud* MARCONDES, D. *Textos Básicos de Ética*: de Platão a Foucault. 4.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009

GAUER, G. J. C. FURTADO, N. R. (Org.). **Psiquiatria para Estudantes de Medicina**. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003.

GIOVANETTI, J. P. Psicologia Clínica e Análise Existencial. *In*: _____. (Org.). **Psicologia e Clínica Psicoterápica**. Belo Horizonte: FEAD, 2013.

GOULART, M. S. B. A Construção da Mudança nas Instituições Sociais: A Reforma Psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, v. 1, n. 1, jun. 2006. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais...-MSB_Goulart.pdf>. Acesso em: 02 out. 2013.

HORTAL, A. **Ética das profissões**. São Paulo: Loyola, 2006. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=7Ftp_7Gt-EwC&oi=fnd&pg=PA9&dq=%C3%89tica+das+profiss%C3%B5es&ots=_PuhRCIEMN&sig=aKnyVrxwNdcrgiieX-BfgUHJNVg#v=onepage&q=%C3%89tica%20das%20profiss%C3%B5es&f=false>. Acesso em: 10 nov. 2013.

HUXLEY, A. **As portas da percepção e Céu e inferno**. Rio de Janeiro: Globo; 1987.

LABATE, B. C. B. et al. **Drogas e cultura** : novas perspectivas. – Henrique Carneiro: Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de Consciência. Salvador : EDUFBA, 2008. Disponível em: <http://www2.cultura.gov.br/site/wp-content/uploads/2010/03/drogas_e_cultura.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2013.

LEAL, João José. Política criminal e a lei Nº 11.343/2006: Nova lei de drogas, novo conceito de substância causadora de dependência. **Jus Navigandi**, Teresina, v.11, n. 1177, 2006 . Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/8957>>. Acesso em: 3 set. 2013.

MATOS, E.G.; MATOS, T.M.G.; MATOS, G.M.G. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v.27, n.3, 2005. p.312-18. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n3/v27n3a10.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2013.

NASCIMENTO, C. L. **Interfaces entre as “inspirações” da Fenomenologia e a Psicoterapia**. [Rio de Janeiro]: [s. n.], [20--]. Disponível em: <<http://www.ifen.com.br/artigos/artigo01.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2013.

NETO, A. C.; ANNES, S. P.; BECKER, V. R. História da Psiquiatria. *In*: NETO, A. C. NEVES, A. M. A Construção do Corpo Psiquiátrico. *In*: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. (Org.). **História da Psiquiatria**: Ciência, Práticas e Tecnologias de Uma Especialidade Médica. São Paulo: USP, 2012.

NIETZSCHE, Friedrich W. **Genealogia da Moral**. 3.ed. São Paulo: Escala, 2009.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório Mundial sobre Drogas**, 2013. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/lpobrazil//Topics_drugs/WDR/2013/World_Drug_Report_2013.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2013.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2004. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf>. Acesso em: 23 set. 2013.

_____. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 2ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1995. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2013

PEIXOTO, C. et al. (2010). Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *J Bras Psiquiatr*, v.59, n.4, 2010, p. 317-21. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n4/08.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Apresentação de Proposições. **Diário do Congresso Nacional**, Capital Federal, 13 setembro 1989. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/D13SET1989.pdf#page=67>. Acesso em: 03 set. 2013.

_____. Atos do Poder Legislativo. **Diário Oficial da União**, Brasília, 09 abril 2001. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/628932/pg-2-secas-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-09-04-2001/pdfView>>. Acesso em: 03 set. 2013.

RIBEIRO, M. **Uma leitura junguiana da história e clínica das dependências**. 2012. Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de membro-analista, Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica de São Paulo Comissão de Ensino da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica (SBPA).

RODRIGUES, Thiago M. S.. A infindável guerra americana: Brasil, EUA e o narcotráfico no continente. **São Paulo Perspec**, São Paulo, v. 16, n. 2, jun. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392002000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 out. 2013.

SACCONI, Luiz Antônio. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. 11.ed. São Paulo: Atual, 1996.

SALES, A. L. L.F de; DIMENSTEIN, M. Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução?. **Psicologia em estudo**, v.2, 2009. p. 277-285. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n2/v14n2a07.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

SANT'ANNA, Tatiana Camargo de; BRITO, Valéria Cristina de Albuquerque. A lei antimanicomial e o trabalho de psicólogos em instituições de saúde mental. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 26, n. 3, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2013.

SARTRE, J. P. **O existencialismo é um humanismo**. 3.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. **Novas Perspectivas para a Psicologia Clínica-um estudo a partir da obra “Saint Genet: comédien et martyr” de Jean-Paul Sartre**. Diss. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://psiclin.ufsc.br/files/2010/05/Tese.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

SEIBT, Cezar Luís. O pensamento de Heidegger na psicologia existencial de Boss e Binswanger. **Temas psicol**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, jun. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2012000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 nov. 2013.

SOUZA, R. L. O uso de drogas e tabaco em ritos religiosos e na sociedade brasileira: uma análise comparativa. **Saeculum – Revista de História**, João Pessoa, n. 11, ago./dez. 2004. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/srh/article/view/11301/6415>>. Acesso em 05 out. 2013.

SULLIVAN, R. J.; HAGEN, E. H. Psychotropicsubstance-seeking: evolutionary pathology or adaptation? **Addiction**, v. 97, n. 9, p. 389-400, 2002. *apud*

RIBEIRO, M.. **Uma leitura junguiana da história e clínica das dependências**. 2012. Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de membro-analista, Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica de São Paulo Comissão de Ensino da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica (SBPA).

TEDESCO, S. As práticas do dizer e os processos de subjetivação. **Interação em Psicologia**, v.10, n.2, 2006, p. 357-362. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewArticle/7694>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Introdução à psicoterapia existencial. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 24, n. 3, jul. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312006000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 nov. 2013.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Ética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

VELHO, Gilberto. **Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

WEST, R. C. **La minería de aluvi6n en Colombia durante el per6odo colonial**. Bogotá: Imprenta Colonial, 1979. *apud* LABATE, B. C. B. *et al.* **Drogas e cultura** : novas perspectivas. – Henrique Carneiro: Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de Consciência. Salvador : EDUFBA, 2008. Disponível em: <http://www2.cultura.gov.br/site/wp-content/uploads/2010/03/drogas_e_cultura.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2013.