



Universidade Federal de Sergipe
Pró-reitora de Pós-Graduação e Pesquisa
Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa em Psicologia Social
Mestrado em Psicologia Social



JOÃO SAMPAIO MARTINS

CAPS AD III Primavera: entre a cor cinza da técnico-burocracia e as cores vibrantes que articulam clínica e política.

CAPS AD III Primavera: between the grizzly techno-bureaucracy and the bright colorful articulation of clinic and policy.

São Cristóvão – SE

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

M386C Martins, João Sampaio
CAPS AD III Primavera : entre a cor cinza da técnico-burocracia
e as cores vibrantes que articulam clínica e política / João Sampaio
Martins ; orientador Maurício Mangueira Viana. – São Cristóvão,
2015.
172 f.

Dissertação (Mestrado Psicologia Social) – Universidade
Federal de Sergipe, 2015.

1. Psicologia social. 2. Saúde. 3. Alcoolismo. 4. Drogas. 5.
Biopolítica. I. Viana, Maurício Mangueira, orient. II. Título.

CDU 316.6

COMISSÃO JULGADORA

Dissertação do discente João Sampaio Martins, intitulada “CAPS AD III Primavera: entre a cor cinza da técnico-burocracia a as cores vibrantes que articulam clínica e política”, julgada em 23/07/2015, pela Banca Examinadora constituída pelos Professores Doutores

Prof. Dr. José Maurício Manguiera Viana (Orientador)

Prof^a. Dr^a. Liliana da Escóssia Melo (Membro Interno)

Prof^a. Dr^a. Michele de Freitas Faria de Vasconcelos (Membro Externo)

Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira (Membro Externo)

Dedico esta dissertação a minha flor de lírio e a minha flor de maracujá.

Agradecimentos

Aracaju tem sido uma cidade de encontros e possibilidades para mim.

Encontro com o mestrado e a possibilidade de viver uma nova experiência enquanto coordenador de um CAPS AD.

Encontro com colegas e docentes do Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa em Psicologia Social e a possibilidades do debate e enriquecimento de ideias.

Encontro com trabalhadores e usuários do CAPS AD Primavera e a possibilidade de atualizar desafios e potencialidades de atuar no SUS.

Encontro com novas pessoas e a possibilidade de tecer laços de amizade, respeito e admiração.

Encontro com o Oşogunlade' e a possibilidade de renovar minha fé.

Encontro com cores, com o amarelo cintilante das flores de Acácia e com o vermelho sedutor das flores de Lírio, e a possibilidade de sentir no peito o amor pulsar forte e verdadeiro.

Encontro com saudades de minha terra natal, de minha família, de minha filha e amigos e a possibilidade fortalecer os sentimentos que nos unem e nos mantem próximos mesmo que distantes.

Durante o mestrado me encontrei entre as possibilidades de ler e cozinhar, escrever e nadar.

Agradeço primeiramente a minha filha Sofia por ser a luz da minha vida e a principal razão que me leva a tentar contribuir para fazer do mundo um lugar melhor. Minha pequena flor de maracujá, o amor que sinto por ti não cabe em medidas e não se expressa em palavras, só sei que ele pulsa em mim e me faz corajoso quando tenho medo, me faz forte quando estou fraco, me faz feliz quando estou triste e assim ele se faz amor com e por você.

Agradeço ao meu pai e a minha mãe, Léo e Deni, por serem os ventos que me levaram a navegar, a bussola pela qual acerto meus rumos e meu porto seguro onde sempre encontro águas protegidas para aportar. Com vocês minha nau segue carregada de confiança, respeito e amor para onde quer que ela vá. Aos meus irmãos Rafael e Tomás agradeço pela literal irmandade, pelos aprendizados e por vocês serem que são, se não fossem meus irmãos seriam meus melhores amigos. A toda minha família pela corresponsabilidade em me fazer quem eu vou sendo, assim como pelo permanente apoio e carinho. Um agradecimento especial para Tequinho pela revisão cuidadosa da versão em inglês do resumo e título deste trabalho, a Ione por sua força de vida e aos meus avós Ranulfo (*in memorian*), Mina, Mary e Adilson por serem grandes exemplos para mim.

Agradeço a minha amada Priscilla pelo companheirismo, compreensão, afeto e por estar ao meu lado nos bons e maus momentos. A família Lírio por ser minha família em terras sergipanas. A meu orientador Maurício Mangueira pela acolhida, pela confiança, pelos diálogos prosaicos que abriram novos horizontes para produção do meu pensamento e por apontar caminhos que movimentaram o percurso de escrita deste trabalho. A professora Liliana da Escossia por também ter me acolhido, contribuindo com este trabalho e pelas portas que abriu ampliando possibilidades de práticas e enriquecendo minha formação. Ao professor Eduardo Passos por ter aceito o convite para participar das bancas de qualificação e defesa desta pesquisa, bem como por suas valiosas contribuições para a mesma. A todos os meus colegas do mestrado, em especial a turma do PROSAICO. Ao Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa em Psicologia Social. A Universidade Federal de Sergipe. A CAPES pelo apoio financeiro quando deixei o CAPS. Aos trabalhadores e usuários do CAPS AD III Primavera e aos gestores da Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju. A Dagoberto Machado pela parceria enquanto apoiador institucional do CAPS AD Primavera, pela incrível capacidade de invenção, por acrescentar e fazer diferença no SUS ou onde quer que trabalhe e, acima de tudo, pela amizade sincera que construímos. Você foi o elo do meu reencontro com o candomblé, obrigado por isso meu irmão. A Michele Vasconcelos por ter aceito o convite para compor a banca de defesa deste trabalho, pela confiança, pelo carinho, pelos convites que me fez para participar de pesquisas, escritas e outras parcerias. O CRR da UFS vem ai, “tâmo junto!” A Helder e Aline por me receberem em sua casa na chegada a Aracaju e pela amizade que se renova e se fortalece continuamente. Aos colegas do “baba” pela possibilidade de correr, suar e fazer do nosso futebolzinho um momento terapêutico. Ao meu pai de Santo Ogun Turikpe, a Edmilson Santos e todos os meus irmãos do *Oşogunladé'* pela troca de axé que nos fortalecem e nos movimentam na vida, *CODOPÉ! Oşagiyan Adúpe'!*

Por fim, quero também agradecer a todos os trabalhadores e usuários do CAPS AD Gey Espinheira em Salvador pela garra e criatividade no processo de implementação deste serviço, pelos erros e acertos e os aprendizados que eles propiciaram. Aos profissionais do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA) e da Aliança de Redução Danos – Fátima Cavalcanti (ARD-FC/UFBA) por todas as trocas: afetivas, formativas e profissionais. Quero agradecer em especial a Antônio Nery Filho, Edward Macrae, Eugenia Nuñez, Izabel Christina, Jane Montes, Marco Manso, Marlize Rego, Monica Coutinho, Patrícia von Flach e Tarcísio Matos Andrade.

RESUMO

Este trabalho tem como proposta analisar a relação oportuna da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) com o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) Primavera, em Aracaju SE. A publicação desta política, em 2003, introduziu na máquina do Estado todo um ideário e um novo vocabulário que lhe dotaram de intensa força instituinte, nos interessando pensar como isso se implementa por dentro deste CAPS. O problema de pesquisa foi engendrado e analisado a partir de quatro ferramentas metodológicas: cartografia, genealogia, pesquisa documental e caderno-diário. O cotidiano de um serviço como este é permeado pela coexistência e permanente tensão de forças, de modo que a investigação desenvolvida neste trabalho buscou acompanhar os movimentos de algumas das linhas de força que compõe e atravessam este serviço para, assim, apontar práticas que se articulam ao saber/poder médico sanitário, atualizando mecanismos biopolíticos de controle da população, e as práticas que escapam dessa captura produzindo outras formas de lidar com o uso e com usuários de álcool e outras drogas. Em linhas gerais, nossos achados apontam que quando o CAPS AD Primavera produz práticas de verticalização das relações, burocratiza seu fluxo interno e dispositivos de cuidados e funciona de forma enCAPSulada, ele limita os princípios e diretriz da PAIUAD e atualiza estratégias de poder do saber médico sanitário. Numa direção contrária, quando as práticas neste serviço enfatizam a horizontalização das relações, a abertura para o território e articulação entre clínica e política, elas fortalecem os princípios e diretrizes da PAIUAD, bem como potencializam a produção da autonomia dos sujeitos e coletividades.

PALAVRAS CHAVE: Saúde; Álcool e outras drogas; Política Pública; CAPS AD; Biopolítica.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the propitious relation between the Integral Care to Users of Alcohol and other Drugs Policy (ICUADP) of Health Ministry and CAPS AD Primavera (Primavera Psycho-social Assistance Center to Alcohol and other Drugs), Aracaju SE. The publication of this policy, in 2003, brought to the machine of Government a whole body of political, social, and economic ideas and new vocabulary, which endowed this policy with intense founding strength, arousing our interest in thinking how it is implemented inside this, CAPS. The research issue was engendered and analyzed taking into consideration four methodological tools: cartography, genealogy, documentary research and daily journal. The everyday routine of a service like this one is permeated by the coexistence and permanent tension of forces; so that the research developed throughout this study sought to observe some lines of force that are part of this service and go through it, thus aiming to point out practices which articulate to the sanitary medical knowledge/power, updating the bio-political mechanisms of population control, and the practices which escape from this capture, producing other forms of dealing with alcohol and other drugs use and users. In general, our findings indicate that by producing verticalizing practices of relationship, the CAPS AD Primavera bureaucratizes its internal flow and care and functions in an enCAPSulated way; it limits the principles and policy of the ICUADP and updates sanitary medical knowledge power strategies. In an opposite direction, when the practice in this service emphasizes the horizontalization of the relationships, the opening to the territory and the articulation of clinic and policy, the principles and policy of the ICUADP are strengthened and the production of individuals' and communities' autonomy is empowered.

KEYWORDS: Health; Alcohol and other drugs; Public Policy; CAPS AD; Bio-policy;

SUMÁRIO

Lista de siglas	2
INTRODUÇÃO	
Engendrando um problema de pesquisa.....	5
Traçados Metodológicos	13
CAPÍTULO I	
1 Condições sócio-históricas que possibilitaram o uso de drogas tornar-se um problema biomédico	20
1.1 Medicina social e as bases de uma tecnologia de “proteção” do corpo social	25
1.2 A transformação do hospital e do saber médico.....	35
1.3 Da medicina mental a psiquiatria: a normalização e a expansão do poder médico.....	40
1.4 O alcoolismo na mira da higiene moral.....	52
1.5 Considerações sobre o alcoolismo e a constituição da psiquiatria no Brasil.....	54
1.6 Fragmentos de uma genealogia dos saberes médicos e as drogas.....	65
1.7 Dispositivo das drogas	69
CAPÍTULO II	
2 Marco legal e político sobre drogas no Brasil	74
2.1 Proibicionismo e primeiras leis de drogas em território nacional	80
2.2 Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.	86
2.3 Outros instrumentos legais e políticos sobre drogas no Brasil.....	105
2.4 A Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju e o CAPS AD III	111
CAPÍTULO III	
3 O CAPS AD Primavera como um plano forças: limites e potências.....	117
3.1 Prevenção e os riscos de ortopedia pedagógica.....	126
3.2 Assembleia como construção de um espaço de gestão comum	133
3.3 Organização interna e dispositivos clínicos	140
3.4 CAPS AD e as noções de clínica ampliada e redução de danos	149
3.5 Território, comunidade e rede	159
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	168
5 REFERÊNCIAS.....	173

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AD – Álcool e outras Drogas

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

RD – Redução de Danos

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CAPS AD III – Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h

CONAD – Conselho Nacional Antidrogas

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Equipe de Saúde da Família

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAIUAD – Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas

PEAD – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas

PNH - Política Nacional de Humanização

PTS – Projeto Terapêutico Singular

PRD – Programa de Redução de Danos

PSF – Programa de Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

REAPS – Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas

SHR ad – Serviço Hospitalar de Referência para álcool e outras drogas

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPA – Substância Psicoativa

SUS – Sistema Único de Saúde

TR – Técnico de Referência

UDI – Usuários de drogas injetáveis

INTRODUÇÃO

ENGENDRANDO UM PROBLEMA DE PESQUISA

*“É tudo novo de novo
Vamos nos jogar onde já caímos
Tudo novo de novo
Vamos mergulhar do alto onde subimos”*

(**PAULINHO MOSKA**, Tudo novo de novo, 2004)

A concepção do uso de álcool e outras drogas (AD) como uma questão social não parece ser uma novidade, tampouco sua apropriação como objeto da área da saúde. No entanto, a problematização do uso destas substâncias sob diferentes ângulos – da saúde, da criminologia, da economia, do direito etc. – bem como sua apreciação no contemporâneo vinculam-se à própria constituição destas disciplinas como campos de saber/poder produtores de conhecimento e de verdades. Foi somente na passagem do século XIX para o século XX que algumas substâncias psicoativas (SPA) se tornam objetos de saberes, práticas e controvérsias, constituindo, deste modo, um campo de atenção e debate e, sobretudo, em preocupação de Estado. Ao longo deste processo, algumas destas substâncias “foram classificadas genericamente como ‘drogas’ e, assim, sua produção, distribuição e consumo conformam-se contemporaneamente como uma questão das ‘drogas’, assumindo definitivamente o estatuto de um problema social” (FIORI, 2008, p. 144). Se hoje é possível falar de um certo regime de verdade sobre as drogas, o qual produz filiações do tipo: droga-doença, droga-crime, droga-pecado, este não está dissociado dos saberes e poderes que o constituem e cujos rastros se inscrevem na grande árvore genealógica da história, não de forma linear e evolutiva, mas precisamente nas suas discontinuidades, nas contradições e nas condições que possibilitaram sua emersão em dado momento. Resumidamente, pode-se dizer que a constituição das “drogas” como uma questão social foi balizada por três formações discursivas fundamentais: medicalização, criminalização e moralização. Estes elementos se articulam e influenciam constantemente a produção e circulação dos discursos sobre o tema, podendo somente ser separados analiticamente. Neste trabalho, daremos maior ênfase à vertente medicalizada dos discursos sobre o consumo de drogas.

Se no campo do direito o discurso sobre o uso destas substâncias, de maneira mais geral, gira em torno de sua proibição ou liberação, o que remete ao processo sócio-histórico

do proibicionismo e da criminalização de algumas drogas, no campo da saúde este discurso sofre forte influência do discurso médico, remetendo a uma história atravessada por acontecimentos como a invenção do anormal, da loucura, da delinquência, pela transformação do saber médico e pela construção de um novo exercício de poder que Michel Foucault (1984) chamou de *biopoder*. A constituição do uso de drogas como uma questão de saúde pública no Brasil se deu no decorrer do século XX e se relaciona tanto aos processos mais amplos mencionados acima como a questões mais particulares que procuraremos evidenciar ao longo deste trabalho. De início queremos destacar que durante o processo de redemocratização do país muitas mudanças entraram em curso, entre elas a transformação do sistema de saúde que através do movimento de Reforma Sanitária consolidou o Sistema Único de Saúde (SUS) e garantiu na Constituição Federal de 1988 a saúde como direito de todos e dever do Estado. No bojo da Reforma Sanitária outro movimento transformista é forjado, a Reforma Psiquiátrica, que prima pelo fechamento dos manicômios e fim das práticas asilares concomitante à implementação de uma rede de serviços substitutos e práticas de atenção psicossociais mais integradas aos territórios (geográficos e existenciais¹). Desde a década de 1990 estão em andamento experiências e políticas voltadas para novas possibilidades de cuidado e garantia de direitos em relação ao usuário de drogas no âmbito de tais reformas.

Mais recentemente, o fenômeno do uso de *crack*, as internações involuntárias e compulsórias de seus usuários dão ares de enrijecimento em relação a certos tipos de uso e de usuários, porém, numa direção contrária assistimos à legalização do uso da maconha no vizinho Uruguai e discussão no congresso brasileiro em torno de sua aplicabilidade terapêutica. A concepção do uso de álcool e outras drogas como uma questão de Saúde Pública no Brasil não vem sendo produzida em univocidade, mas no tensionamento entre muitas forças: o poder médico-psiquiátrico, o poder da criminologia, o poder religioso, o poder econômico, entre outros. São os sujeitos e seus corpos que se tornam objetos destes poderes e efeitos de discursos e práticas (e práticas discursivas) que se atualizam em conjuntos de normas, regras de conduta, leis e políticas que objetivam governá-los e ao fazer

¹ A ideia de territórios geográficos e territórios existenciais será discutida no terceiro capítulo na página 161.

isso adequá-los ao que se considera que seja aceitável ao bom convívio e social. Enquanto psicólogo que atua neste campo desde 2004, faço das palavras de José Bleger (1984) as minhas:

[...] Não se pode ser psicólogo se não se é, ao mesmo tempo, um investigador dos fenômenos que se quer modificar e não se pode ser investigador se não se extraem os problemas da própria prática e da realidade social que se está vivendo em um dado momento [...] (p. 15).

Portanto, como separar nossas escolhas de pesquisa de nossa implicação ética e política com a prática? A história está inscrita em nossos corpos. Decerto não há como separar o élan pelo tema da pesquisa, do fato de trabalhar com políticas públicas de saúde, mais especificamente na saúde mental, álcool e outras drogas. Encontrar-se nas brechas da resistência, enquanto trabalhador de saúde, psicólogo constituído em azeite de dendê e redução de danos (RD) com tempero antimanicomial, em contato com territórios e sujeitos demonizados e estigmatizados por suas experiências com AD, que insistem em desviar da norma estabelecida, que habitam uma cidade não retratada em cartões postais e, mesmo assim, inventam vidas e apaixonamentos. Impossível passar incólume por isso. Em meu percurso profissional fui estagiário na clínica do CETAD/UFBA², fui redutor de danos do Projeto Pontos Móveis da ARD-FC/UFBA³ trabalhando em cenas de uso de drogas nas periferias de Salvador, supervisionei a implantação do Consultório de Rua do município de Lauro de Freitas. Integrei a equipe de gestão da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia nas funções de apoiador institucional referência para álcool e outras drogas, além de representante desta Secretaria no Conselho Estadual de Entorpecentes e, por fim, ocupei a função de Gerente de um CAPS AD III em Salvador. É sobretudo a partir desta última experiência que meu trem descarrilou da certeza e do bem-estar provocando desconfortos e insatisfações. Passei a duvidar do já sabido, de convicções e crenças que até

² Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, extensão permanente da Universidade Federal da Bahia.

³ Aliança de Redução de Danos – Fátima Cavalcante, extensão permanente da Universidade Federal da Bahia.

então me pareciam inabaláveis, mas que a partir daí não foram mais suficientes para responder às minhas inquietações crescentes (BUJES 2002; CORAZZA, 2007).

Ocupar a função de coordenador de uma instituição como este me parecia a oportunidade de alicerçar práticas de saúde na RD enquanto um novo paradigma ético, clínico e político para a construção de espaços de gestão comum, não impondo condições de cuidado, mas direcionando-o através da ampliação de ofertas de cuidado que possibilitassem a coprodução de saúde e coprodução de sujeitos autônomos. Contudo, o dia a dia foi revelando que um CAPS AD nestes moldes é ainda uma virtualidade que precisa ser construído a cada dia. O serviço que se atualizava nessa experiência em muitos momentos remetia à ideia de dispositivos disciplinares e de controle (no sentido foucaultiano⁴), tomando a forma de equipamento de “polícia médica” como efeito de práticas em que e por meio de que se realiza uma atividade de governo que visa manutenção da ordem e da saúde. Falamos isso porque estas práticas e regimes de governamentalidade implicam em processos de produção de sujeito adequado aos padrões de normalidade e aceitação social, mesmo que eles às vezes não tenham fundamento nas reais demandas e necessidades dos sujeitos que buscam o CAPS (FOUCAULT, 1987). Muitos profissionais e mesmo usuários carregavam em si os valores dominantes do senso comum da abstinência e do isolamento, como se usar drogas fosse uma questão de tudo ou nada, dando pouca credibilidade a possibilidades de cuidado e intervenções que considerassem a transformação do sentido e modo de uso. De uma forma ou de outra, o serviço parecia ter a função de receber pessoas em situação de uso prejudicial de drogas e (re)integrá-los aos parâmetros sociais de boa cidadania, transformar os drogados “doentes”, “ociosos” e “perigosos” em pessoas “saudáveis”, “trabalhadoras” e “dóceis”. Entender as singularidades e idiosincrasias de uso de cada indivíduo e suas respectivas vicissitudes é tarefa extremamente complexa. Atuar nos territórios físico e subjetivo que constituem profissionais e usuários de um CAPS AD, contribuindo para construção de novos olhares e terapêuticas mais engajadas com a coprodução de autonomia é tarefa mais árdua do

⁴ A ideia de dispositivo enquanto um conceito foucaultiano será desenvolvida no capítulo I, página 19.

que decretar a adequação a padrões e normas já estabelecidas. Como resistir neste plano de forças?

Passei a desconfiar da potência do serviço e uma chuva de interrogações parecia cair sobre minha cabeça. Por que os usuários deste CAPS fazem uso de drogas antes de vir ao serviço ou mesmo dentro do estabelecimento? Por que a forma de alguns profissionais lidarem com isso pauta-se em prescrição de regras? Por que a infração das regras resulta em suspensões da frequência de usuários do serviço? Por que a maioria das famílias se envolve pouco com o cuidado de seus familiares? Por que os profissionais e suas práticas parecem sofrer o efeito de uma força centrípeta que os empurra para dentro do serviço dificultando as ações em rede e no território? Por que tantos usuários e familiares solicitam internação? Como contribuir para que uma equipe multiprofissional caminhe na direção da inter e transdisciplinariedade? Como transversalizar as tomadas de decisões? Como contribuir para que os usuários tenham um papel ativo na gestão do serviço e na gestão do cuidado? O manicômio aparenta ter um lugar interno em cada um de nós, parece que somos subjetivados num regime de verdade que coloca o uso de drogas como uma ameaça direta a vida. Como identificar e lidar com os pré-conceitos que nos habitam e que habitam o outro? Como se a poça de dúvidas que se formava aos meus pés já não fosse suficiente, após um ano de funcionamento, o serviço foi saqueado inúmeras vezes e diversos equipamentos como instrumentos musicais e computadores foram subtraídos, contribuindo para que um clima de desconfiança e insegurança entre usuários, profissionais e comunidade fosse criado. A polícia militar passou a fazer a “segurança” do CAPS e se nem tudo era ruim, muitos eram os perigos que espreitavam essa experiência, o que me levou a fazer uma escolha ético-política de pedir exoneração quando as dúvidas e problemas do cotidiano me desmantelaram tirando do lugar minhas certezas práticas, teóricas e clínicas construídas até então.

Por isso é que significamos as insatisfações que nos acometem como uma grande ferida narcísica, em que as perplexidades e impasses também prendem nossos si-mesmos/as por inteiro. E aí, muitas vezes, não sabemos, por algum tempo, o que dizer, o que afirmar, como agir. (CORAZZA, 2007, p. 111).

Tal experiência teve efeito de um acontecimento em minha vida conduzindo-me ao mestrado onde esperava, de maneira ingênua, encontrar uma verdade intrínseca daquela realidade vivida. Queria cartografar as linhas do binômio sujeição/liberação na produção dos processos de subjetivação do CAPS AD em que atuei. No entanto, a vida não segue fluxos precisos e premeditados. Pelo contrário, é marcada por descaminhos que, em muitos momentos, nos colocam frente a uma disposição labiríntica e, eis que ao iniciar o curso de mestrado, recebo o convite para assumir a coordenação de um novo CAPS AD III, agora em Aracaju. Deste modo, se é possível dizer que um problema de pesquisa não existe por si mesmo e nem que se encontra na realidade à espera de alguém que o investigue, podemos também dizer que uma prática de pesquisa se inicia implicada por nossa vida e em nossa formação identitária. Sendo assim, encontrei neste convite a oportunidade de atualizar e/ou constituir novas hipóteses, dúvidas, incertezas, vontades e potências e assim engendrar meu problema de pesquisa a partir desta nova experiência (CORAZZA, 2007; BUJES, 2002; FISCHER, 2007).

A aparente incongruência entre o que está disposto numa política enquanto modelo de atenção e sua operacionalização num serviço executor serve como pista inicial da constituição de meu problema de pesquisa. O cotidiano de um CAPS AD é permeado pela coexistência e permanente tensão de forças interessando-me pensar por que enquanto algumas culturas ligam drogas a mística, nossa cultura começou a ligar drogas ao binômio saúde-doença? Como justificar esta ligação? Por que as drogas e seus usos, que durante tanto tempo foi questão quase que exclusiva do poder judiciário e do poder religioso se tornou também uma questão de saúde? Como a saúde se constituiu em um dispositivo de poder capaz de enfrentar o poder das drogas? Quando e por que o saber/poder da saúde volta seu olhar para a questão das drogas? Quais interesses, compromissos e efeitos compreendem esta relação drogas-saúde? Quais as diretrizes de cuidado no campo da saúde para usuários de drogas no Brasil? Como estas diretrizes são operadas em um determinado serviço? Quais os riscos, limites, potências e possibilidades deste cuidado? Queremos aqui sair no encalço de analisar estas questões a partir de uma perspectiva histórico-política articulada a reflexões construídas em onze anos de experiência profissional em serviços, programas e projetos do

SUS voltados à atenção e cuidado de pessoas com problemas decorrentes e/ou associados ao uso de álcool e outras drogas.

Para Rita de Cássia Lima (2010) um dos principais desafios atuais da abordagem ao uso prejudicial de drogas no campo da saúde é justamente o reconhecimento de que a implantação dos CAPS AD e de seu projeto clínico é recente. Para a autora, este parece estar em fase de maturação teórico-metodológica, ético-político e técnico-operativo de seus trabalhadores. Embora concordemos com Lima de que a implantação dos CAPS AD e de seu projeto clínico seja recente e justamente por isso traga desafios às práticas que ali emergem, não concordamos que se trate de uma fase em maturação, pois não acreditamos num caminho evolucionista a ser percorrido até alcançar uma fase ideal. Num certo sentido só se pode maturar aquilo sob o qual se tem controle de algumas variáveis, como o processo de maturação de alimentos como a carne ou o queijo que se dão através do controle da temperatura e do tempo. Ainda numa perspectiva evolucionista, maturar significa amadurecer, ou seja, passar do estado imaturo para alcançar a maturidade, como uma criança que se desenvolve para tornar-se adulto. Ao nosso ver, não é disso que se trata. Diferentemente de uma perspectiva bioevolucionista da questão, pretendemos colocar este mesmo desafio a partir do prisma da psicologia social e dos descaminhos da história, da análise dos saberes/poderes que nos constituem como objetos e sujeitos, dos processos de subjetivação que interferem no fazer teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo não somente de profissionais, mas também de usuários destes serviços e de seus respectivos familiares. Queremos também colocar em análise possíveis riscos da concepção do uso de drogas como uma questão de saúde pública, especialmente quando defende o ponto de vista do saber/poder de tradição médica positivista centrado na doença e seu comprometimento com aquilo que é mais objetivo, o corpo orgânico bioquímico. Tal concepção unidimensional, frequentemente identificada com o que é a “verdadeira” ciência e científico, tem como consequência o foco em terapêuticas medicamentosas, em detrimento de outros fatores que não podem jamais ser objetivados, fatores que são inerentes ao subjetivo e ao campo dos valores éticos e morais. “Aparentemente, muitas vezes, é mais fácil para os profissionais de saúde e também para os usuários utilizarem (...) medicamentos, do que conversar sobre os problemas e desenvolver a capacidade de enfrentá-los.” (BRASIL, 2007, p. 18 e 19).

Tudo indica que as internações compulsórias e involuntárias situam-se justamente neste fio da navalha. Ambas requerem o parecer médico psiquiátrico para serem executadas. Contudo, como sublinha Marcelo Kimati (2011), o critério que define a capacidade de decidir por si é totalmente arbitrária no caso de uso de AD. Para este pesquisador é muito difícil determinar a partir de quando um usuário de drogas deixa de ser responsável pelos próprios atos, o que pode levar a uma tendência de definições de critérios próprios para internações que não obedeçam a uma lógica técnica que incorpore a participação do próprio usuário, mas remetam à lógica de isolamento e exclusão social à força. Portanto, é preciso estar atento ao que Antônio Lancetti (2011) chamou de contrafissura ou tentação de cair no erro da guerra às drogas, visão infiltrada nos saberes e práticas de cuidado na saúde. Sendo assim, nunca é demais lembrar que o problema das drogas não é um fenômeno isolado de outros fenômenos que se restringe a um único campo de saber, seja o do direito ou o da saúde. Por isso, “o termômetro que avaliará o valor e a ética do processo será a observância ou não dos direitos das pessoas assistidas e, conseqüentemente, a sua eficácia” (LANCETTI, 2011).

Por um lado, o fenômeno do uso do *crack* tem reatualizado o estatuto médico-jurídico estritamente proibicionista sobre as drogas, capitaneando práticas de isolamento e repressão militar como respostas do poder público ao clamor da população pela urgência de soluções (LIMA, 2010). Por outro, uma noção de modelo de atenção composta pela Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, pela Política Nacional de Humanização, pelo método clínico-político da Redução de Danos, pelos CAPS AD e por toda uma rede de serviços, constituem um terreno fértil para a produção de outras práticas de atenção e de cuidado aos usuários de AD mais comprometidas com a inclusão social, com a coprodução de autonomia e do cuidado de si. Acreditamos que os CAPS AD sejam serviços potentes para criar espaços de gestão do comum que façam frente à verticalização do poder e construam novos saberes, novas práticas e formas de cuidado aos usuários de AD por meio do investimento na horizontalização e transversalização das relações. Contudo, também é preciso estar atento aos efeitos da burocratização dos serviços e de naturalização das práticas que um processo de institucionalização pode causar, como nos alerta Rafael Dias (2008).

Atualmente a reforma psiquiátrica passa por um processo de institucionalização de suas práticas, que pode levar à burocratização dos serviços. Esse é um dos desafios políticos dos serviços substitutivos de saúde mental: desviar das pedras no caminho para não levar uma topada na burocracia de Estado e nos seus modos de centralização política. A burocracia nos CAPS pode naturalizar as práticas em saúde mental e barrar o poder inventivo na produção de novas práticas de cuidado (p.12).

Desta forma, a pretexto dos 12 (doze) anos de implementação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2004a⁵), a qual nos referiremos doravante como PAIUAD, e dos nossos 11 (onze) anos de atuação neste campo, pretendemos fazer uma avaliação desta política e com todo um ideário e um novo vocabulário, que entram na máquina do estado a partir do final da década de 80, através de sua relação oportuna com um CAPS AD. Desta forma, esta pesquisa objetiva analisar como a PAIUAD se implementa por dentro de um CAPS AD apontando e discutindo seus desafios e potências.

TRAÇADOS METODOLÓGICOS

*“Sua meta é a seta no alvo,
Mas o alvo, na certa, não te espera.”*

(PAULINHO MOSKA, *Contrasenso*, 2002)

A metodologia deste trabalho foi sendo desenvolvida ao longo do processo de pesquisa, de início somente sabíamos que tentaríamos acompanhar algumas linhas de força que compõe e atravessam o CAPS AD Primavera sem saber, no entanto, onde iríamos chegar. Desta forma, nossa tarefa parecia ser “cartografar o território, seguir rastros, linhas e fluxos, colocando em ‘suspensão’ a costumeira posição de se posicionar em campo a partir de

⁵ Embora a primeira edição da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas tenha sido publicada em 2003, utilizo neste trabalho a segunda edição, revisada e ampliada, publicada em 2004 por acreditar que a segunda edição está acrescida de informações relevantes para esta análise.

perguntas a priori, com as quais se quer representá-lo” (MACHADO, 2011, p. 42). Neste sentido, à medida que o caminho foi sendo percorrido, mudamos rumos, corrigimos rotas, paramos frente encruzilhadas e fomos lançando mão de diferentes ferramentas metodológicas. Assim como Rosana Neves da Silva (2005), “ao invés de método”, preferimos falar em traçados metodológicos, ou, como ela nos diz “estratégias de produção de conhecimento, pois nessas estratégias encontram-se mutuamente implicados o problema, o modo de colocá-lo e as ferramentas conceituais que utilizamos neste processo” (p. 98). Frente a isso, destacaremos quatro ferramentas metodológicas que utilizamos para construir nosso problema de investigação: cartografia, genealogia, pesquisa documental e caderno-diário.

A cartografia constitui o traçado do plano da experiência da pesquisa por onde acompanhamos “os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento) do próprio percurso de investigação” (PASSOS & BARROS, 2010, p. 18).

A cartografia reverte o sentido tradicional de método sem abrir mão da orientação do percurso da pesquisa. O desafio é o realizar uma reversão do sentido tradicional de método – não mais um caminhar para alcançar metas pré-fixadas (*metá-hódos*), mas o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas. A reversão, então afirma um *hódos-metá*. A diretriz cartográfica se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados (IBIDEM, p. 17).

O método cartográfico aponta para a “inseparabilidade entre conhecer e fazer, entre pesquisar e intervir: toda pesquisa é intervenção.” (IDEM, p.17). Por este ponto de vista, consideramos relevante atentar que estivemos ativamente implicados na construção de nosso objeto de pesquisa, uma vez que passamos quase um ano na dupla função de coordenador do CAPS AD Primavera e pesquisador. Isso faz com que nossas crenças e juízos de valor sejam partes integrantes da maneira que formulamos e analisamos nosso problema de pesquisa. Pensamos junto com Boaventura Santos (2002) que “todo conhecimento científico é autoconhecimento” (p. 52) e, por isso, durante o período da pesquisa em que ainda estávamos trabalhando neste CAPS, não só interferimos em nosso objeto de pesquisa, como também

fomos afetados por ele. Esse processo fez que objeto de pesquisa e pesquisador se constituíssem mutuamente.

Além dos aspectos supracitados, o método cartográfico também é tomado nesta pesquisa como prática de construção de um plano coletivo de forças, isto é, “como um processo de conhecimento que não se restringe a descrever ou classificar os contornos formais dos objetos do mundo, mas principalmente preocupa-se em traçar o movimento próprio que os anima, ou seja, seu processo constante de produção” (ESCÓSSIA & TEDESCO, 2010, p. 92). Nessa direção, o coletivo de forças é entendido a partir das relações estabelecidas entre plano das formas e plano das forças. “O plano das formas corresponde ao plano de organização da realidade ou plano do instituído e concerne às figuras já estabilizadas – individuais ou coletivas”, nele incluem-se os objetos que acreditamos constituir a realidade (IBIDEM, p. 94). Já o plano das forças remete ao plano de imanência ou plano do instituinte no qual os objetos do mundo abrem-se a variação colocando-se em constante processo de transformação, ou seja, o plano das forças nos coloca diante de uma dimensão mais ampla na qual as forças entram em relação. Desta forma tentamos desviar das dicotomias, das universalizações e das regras fixas para trabalhar com as “diferentes composições momentâneas e locais das forças” (IBIDEM, p.97).

A abordagem genealógica, desenvolvida por Michel Foucault ao longo de sua obra, nos ajudou a conduzir uma análise das políticas de emergência do saber médico e da relação imanente entre saberes e poderes no campo da saúde. Desta forma, “a questão de toda genealogia é a do poder”, ou seja, “quais seus mecanismos, efeitos, relações e dispositivos que se exercem nos diferentes domínios da sociedade e com extensões tão variadas” (BENEVIDES & PASSOS, 2005, p. 564). Enquanto uma ferramenta metodológica, a genealogia busca desprender os saberes históricos da esfera de um discurso cientificista e, nesse sentido, trata-se de uma insurreição contra a maneira pelo qual tradicionalmente se constrói o conhecimento, ou seja, “a genealogia se opõe aos efeitos de poder intrínsecos à hierarquização do conhecimento científico. Para a genealogia a questão não é saber se este ou aquele campo de conhecimento é ou não ciência, e sim qual a ambição de poder que a pretensão de ser uma ciência traz consigo” (SANTOS, 2002, p. 99). Em vista disso, a dimensão insurgente da genealogia nos possibilita uma nova leitura dos conteúdos históricos

para, assim, criticar o modo como o saber histórico se organiza, bem como nos permite criticar o saber dominante à medida que leva em consideração os saberes tidos como “não qualificados”.

A genealogia não pretende buscar uma origem ou uma identidade primeira; ela pretende desnaturalizar os objetos e mostrar como os mesmos são historicamente constituídos, (...) busca explicar (...) a história de como determinados objetos passam a ganhar certa consistência e operacionalidade em alguns contextos específicos. Por isso ela se compraz com o estudo das minúcias, das evidências, daquilo que jamais nos ocorreria questionar por parece tão óbvio e natural (IBIDEM, p. 100).

Com isso, procuramos através da abordagem genealógica, desnaturalizar o objeto “drogas” para mostrar que a maneira como este objeto é concebido na contemporaneidade foi historicamente construída e atravessada pelo saber/poder médico. Queremos colocar interrogações no olhar naturalizado sobre as drogas e naquilo que parece ser óbvio e inquestionável quando se pensa a questão das “drogas” como, por exemplo, a ideia de que as drogas ilícitas são mais perniciosas do que as drogas lícitas, ou da associação entre uso de drogas e imoralidade, entre outras. “A genealogia realiza um trabalho de contínua problematização das evidências que constituem o senso comum, procurando mostrar que cada período histórico é atravessado por uma configuração específica de saberes e de práticas que traduzem um determinado modo de subjetivação”. Desta forma, ao lançar mão da genealogia como uma ferramenta metodológica nesta pesquisa, tentamos mostrar algumas das “contingências que condicionam, delimitam e institucionalizam a existência” de saberes e práticas sobre as drogas no campo da saúde, para tirá-los do esquecimento “onde eles passam a funcionar com uma certa naturalidade” (SANTOS, 2002, p. 101).

“É importante enfatizar que o *leitmotiv* de um projeto genealógico não é fazer uma cronologia do passado, mas efetuar um diagnóstico do presente, ou seja, entender o que somos hoje e como nos constituímos historicamente naquilo que hoje somos”. Desta maneira, esperamos que ao “desbloquear o tempo histórico (...), através da problematização daqueles aspectos tidos como evidentes e banais” na abordagem a uso de drogas no campo da saúde, possamos identificar no presente as práticas que se articulam ao saber/poder médico,

atualizando no CAPS AD Primavera mecanismos biopolíticos de controle da população, e as práticas que escapam dessa captura (res)significando outras formas de entender e lidar com essa questão (IBIDEM, p 102).

Outra ferramenta metodológica que lançamos mão nessa investigação foi a pesquisa documental. Esta consiste na análise de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa. De modo geral, a pesquisa documental busca tratar e interpretar informações brutas para lhes dar um sentido. A natureza dos documentos pode ser de duas ordens: (a) fontes primárias, que não receberam nenhum tratamento – jornais, fotos, documentos oficiais; e (b) fontes secundárias, que já receberam algum tratamento como relatórios de pesquisa, tabelas estatísticas (Gil, 1999). Neste estudo trabalhou-se com a análise de fontes primárias, mais especificamente com documentos oficiais que conformam o marco político-legal sobre drogas no Brasil. Entre os documentos analisados enfatizamos a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas por acreditar que este seja o principal marco na interface drogas/saúde. Neste documento examinamos seu “Marco Teórico-político” e suas diretrizes para analisar com estes elementos se implementam por dentro do CAPS AD Primavera.

Por fim, também utilizamos como ferramenta metodológica um caderno-diário no qual fizemos registros do dia-a-dia do nosso processo de trabalho enquanto coordenador o deste serviço. Este caderno, tamanho pequeno, formato 140x202mm, 96 folhas, não constituiu um instrumento de pesquisa *a priori*, como o próprio nome sugere, ele começou a ser usado como uma espécie de agenda e diário onde fizemos registros que versam sobre atividades realizadas, agendas e pautas de reuniões, “descrições de cenas disparadoras de discussões”, frases que nos chamavam atenção e, mesmo de algumas sensações e impressões que íamos construindo sobre o funcionamento do serviço e sobre algumas de nossas afetações com o processo de trabalho. A utilização deste caderno-diário não tinha pretensões de investigação e, por isso, ele difere “dos diários de campo em pesquisa qualitativa, posto que se compõem de registros não de uma pesquisa a ser realizada, mas de um processo de trabalho que se fez pesquisa” (MACHADO, 2011, p. 49). Isto é, este material só passou a ser entendido e tomado como uma ferramenta metodológica durante o caminhar da pesquisa

quando enxergamos nele a possibilidade de efetivamente registrar e acompanhar algumas das linhas de forças que atuam no CAPS AD Primavera. Esta pista metodológica nos foi dada por Dagoberto Machado, apoiador institucional que compôs junto conosco a gestão deste serviço, que utilizou “cadernos de formação” como uma ferramenta metodológica de sua pesquisa de mestrado. A partir do momento que o caderno-diário passou a compor nossa caixa de ferramentas, ele passou a ter a função mais direcionada “de registrar o cotidiano das práticas, para intervir/pensar um processo de trabalho-formação-experimentação em curso” (MACHADO, 2011, p. 49).

“As informações que lhe compõem expressam, pois, um processo de trabalho exploratório, uma espécie de portfólio dos aprendizados, das implicações e dos compromissos com o poder de convocação no campo do trabalho em saúde mental” de um coordenador de CAPS. As anotações neste caderno nos auxiliaram a evocar cenas, frases, discussões e sentimentos que compõe as análises do CAPS AD Primavera no terceiro capítulo deste estudo. “Os registros-apontamentos” neste caderno “acompanham, assim, a composição de um território híbrido de trabalho-formação: minha atuação como gestor/trabalhador em formação, pesquisador em ato” (IDEM, p. 49).

CAPÍTULO I

1 CONDIÇÕES SÓCIO-HISTÓRICAS QUE POSSIBILITARAM O USO DE DROGAS TORNAR-SE UM PROBLEMA BIOMÉDICO

“Filha da prática

Filha da tática

Filha da Máquina”

(TOM ZÉ, Com defeito de fabricação, 1998)

A história do Brasil tem uma forte ligação com a Europa Ocidental, sobretudo durante o período que compreende o descobrimento do país até a proclamação da República, no fim século XIX. Esta aproximação é produtora de diversas características socioculturais, políticas e econômicas de nossa nação, tendo relação direta na constituição das práticas de saúde, no desenvolvimento da medicina e na formulação de políticas de saúde. Portanto, para analisarmos como nossa cultura passou a ligar drogas ao binômio saúde-doença mental tomaremos a perspectiva genealógica abordando algumas condições históricas que tornaram possível a constituição da saúde como um campo de saber/poder e as transformações ocorridas neste campo que fizeram com que sua função primeira da medicina, curar, fosse ficando num segundo plano em relação a outra função que aos poucos vai ganhando força e relevância: o controle. Queremos situar que é nessa transição que a loucura e depois as drogas passam a ser alvo de estratégias de poder (médicas, jurídicas, normalizadoras, etc.) que têm como efeito o controle de seus usuários. Para tanto, voltaremos nosso olhar primeiramente para a Europa Ocidental e para a constituição do dispositivo médico/psiquiátrico neste continente e depois faremos articulação entre a constituição da psiquiatria brasileira e problematização social do uso de álcool. Ainda neste capítulo tentaremos articular alguns aspectos da construção do saber médico às drogas, bem como, ao final, faremos uma reflexão de como as drogas também constituem um dispositivo na contemporaneidade.

Antes de iniciar nossa incursão pela Europa, cabe aqui uma demarcação conceitual importante para este trabalho. Queremos esclarecer em que sentido que estamos empregando o termo dispositivo. Este é um termo técnico importante na estratégia de pensamento de

Michel Foucault que começou a ser usado na década de 70 quanto ele se ocupou de estudar o que chamou de “governamentalidade”, ou “governo dos homens” (AGAMBEN, 2009). Embora Foucault não tenha elaborado propriamente uma definição deste termo, ele se aproxima de uma definição em entrevista cedida a Alain Grosrichard que pode ser encontrada na obra *Microfísica do Poder* (1984), nela ele descreve o dispositivo a partir de três aspectos. Em primeiro lugar é um conjunto de elementos heterogêneos, tais como “discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos [...] o dito e o não dito” (FOUCAULT, 184, p. 244). Em segundo lugar dispositivo é a rede que se estabelece entre estes elementos, ou seja, a natureza da relação entre estes elementos que se dá de forma dinâmica, envolvendo mudanças de posições e de funções num jogo estratégico. Por fim, um dispositivo é uma formação constituída num momento histórico específico com a função de responder uma urgência. Foucault (1989) foi o pensador que fez a ligação entre poder e discurso, das conexões que o poder estabelece com o saber. Ele usou a expressão “dispositivo” pela primeira vez para explicar a função da sexualidade na história humana não mais como um dado natural, mas como uma construção cultural derivada do poder/saber. O filósofo italiano Giorgio Agamben (2009) retomando este conceito foucaultiano se coloca a questão: o que é um dispositivo? Na tentativa de responder a esta questão ele resume dispositivo como a rede que se estabelece entre o “conjunto heterogêneo, linguístico e não linguístico que inclui virtualmente qualquer coisa no mesmo título” (p. 29). De forma geral podemos dizer que os dispositivos têm uma função estratégica e concreta que depende de relações de poder e de saber, “é aquilo no que os seres vivos são capturados, é tudo aquilo que pode capturar o corpo e a subjetividade (o que somos), desde a prisão até a fábrica, da escola até o cigarro ou o telefone celular” (TIBURI & DIAS, 2013, p. 88).

A medicina moderna surgiu na Europa no fim do século XVIII, com o aparecimento da anatomia biológica, e por ter penetrado no interior das relações de mercado não é incomum ouvirmos considerações de que esta medicina é eminentemente individual, individualista, por privilegiar a relação médico-paciente, por colocar seu foco nas doenças e no objetivo maior de curá-las ou reduzir o sofrimento causado por elas. Contudo, se, por um lado, é possível dizer que numa economia capitalista a relação entre médico e doente é permeada e mediada

pelo mercado, aproximando a medicina moderna de uma perspectiva individual e mercantil, por outro, podemos afirmar a partir das pesquisas históricas contemporâneas que essa medicina moderna é originalmente uma medicina social (CASTEL, 1987; FOUCAULT, 1984; ROSEN 1983). Deste modo, torna-se de fundamental importância resgatarmos um pouco dessa história para apontarmos alguns dos processos que fizeram da medicina aquilo que ela é hoje e assim refletir sobre suas relações com a constituição das práticas de saúde e formulação de políticas de saúde no Brasil.

Retomemos a Idade Média, período decorrido de 395 até 1453. Neste período a Europa encontra-se dividida em feudos (unidades mínimas de poder local) e a representação maior de poder era a Igreja Católica. Não obstante, o pensamento religioso configurou-se de forma predominante e os homens se concebiam como criaturas criadas por um único Deus, Deus este, ao mesmo tempo eterno e presente, guiando e punindo os homens nos seus mínimos atos. Sendo assim, vendo-se como criaturas de Deus, os homens deviam empregar todo esforço possível para salvar suas almas, já que existia uma indissociabilidade entre matéria e espírito. Os tratamentos eram exercidos por curandeiros, herboristas, cirurgiões barbeiros ou outros “médicos” populares reconhecidos pelo “dom” de curar que emanava do “divino”. As práticas de tratamento (preparação e indicação de remédios, sangrias, aplicação de ventosa, cirurgias, entre outras) ocorriam em qualquer lugar, ruas, casas, quitandas etc. (ESCOHOTADO, 1994; FOUCAULT 1984). Nessa altura ainda não existiam as noções de sociedade e de Estado da maneira como entendemos hoje. O governante era o representante de Deus na Terra e governava para “outro mundo” uma vez que este mundo era uma passagem. No intervalo entre os séculos XV e XVIII a Europa passa por grandes transformações. No campo das ideias, o conhecimento racional⁶ das naturezas físicas passa a ser mais valorizado que o conhecimento das naturezas metafísicas, religioso, produzindo novas formas de ser e estar no mundo. Com o Renascimento, no século XVI, começa a emergir um pensar político e a racionalização da prática governamental no exercício da

⁶ Ao falarmos da ascensão do conhecimento racional sobre o religioso não queremos dizer que os homens na Idade Média não faziam uso da razão, mas que a razão na Idade Média estava organizada em relação ao Divino, os homens estavam organizados através do conhecimento místico-religioso. No período entre os séculos XV e XVIII a produção de um conhecimento racional tinha por objetivo o Estado, nascia aí uma ciência do Estado para organizar a vida dos homens.

soberania política. Um dos efeitos das práticas e regimes de governamentalidade, que vão aos poucos entrando em curso, é a produção do Estado. Nessa época começa a surgir a ideia de uma certa liberdade individual e do pensamento livre possibilitando que o mundo fosse pensado a partir dele mesmo e não do sobremundo. Tem início aí um processo que só vai se efetivar nas revoluções burguesas quando as pessoas passam a se reconhecer, além de criaturas de Deus, também como cidadãs que pertencem a uma cidade e que se encontram sob o poder de um Estado (FOUCAULT, 2008).

Pode-se dizer que é no século XVIII que entra em curso o que Michel Foucault (1984) chamou de realização de uma certa noso-política. A conformação desta noso-política apresentou duas faces de um mesmo processo: o desenvolvimento de uma medicina “privada” (centrada no exame, no diagnóstico, nas terapêuticas individuais e na estreita relação com a moral e a ciência) e uma medicina “social” (que considera as doenças como problema político e econômico sendo colocada às coletividades). Medicina “privada” e medicina “social” não estão dissociadas uma da outra. Pelo contrário, se apoiam reciprocamente e se opõem revelando uma estratégia de dupla face, voltada ao mesmo tempo para o indivíduo e para a população. No entanto, a iniciativa, a organização e controle desta noso-política não deve ser situado nos aparelhos estatais, mas na emergência, em múltiplos pontos do corpo social, da saúde e da doença como problemas que exigem, de uma maneira ou de outra, uma preocupação de vários setores coletivos. No século XVIII havia variados meios de se ocupar da saúde e da doença, desde grupos religiosos e associações de socorro e beneficência, com funcionamentos diversos, até sociedades “científicas”. Assim, longe de uma intervenção uniforme e verticalizada do Estado, pois o Estado estava também se constituindo nesta época, a problematização da noso-política acerca da prática médica e dos problemas de saúde e da doença como fato coletivo, de população, surge de origens e direções múltiplas em relação às quais o Estado nascente exerce diferentes funções. É a partir do século XVIII e da realização desta noso-política na Europa Ocidental que se encontram as condições históricas da saúde como importante fenômeno social.

Para Foucault (1984) o aspecto mais evidente desta noso-política é o deslocamento dos problemas de saúde em relação às técnicas de assistência. As atividades médicas na Idade Média eram de tipo individualista, com discretas e limitadas dimensões coletivas, e até o

século XVII as incumbências coletivas da doença se restringiam basicamente a assistência aos pobres, com exceção das medidas adotadas em situações de epidemia e as quarentenas em grandes portos. A formação dos médicos consistia no conhecimento de textos e transmissão de receitas e não na experiência que ele teria passado, assimilado e integrado. O próprio serviço médico oscilava entre técnicas terapêuticas e práticas assistencialista de caridade sendo exercido nos limites de organizações (leigas ou religiosas) que se propunham a diversos fins. Embora o hospital estivesse entre estas organizações, a experiência hospitalar não fazia parte do ritual de formação médica, pois na época clássica os hospitais constituíam-se essencialmente como instituições de assistência aos pobres e de separação e exclusão. O hospital ainda não medicalizado, isto é, o hospital filantrópico e religioso era um lugar de isolamento, onde a hospitalização dos pobres e enfermos bem como o morrer tinha mais a ver com a assistência material e espiritual do que com a terapêutica de cura de alguma doença já que esta era apenas um dos elementos que compreendia a enfermidade. Do ponto de vista econômico, o serviço médico estava assegurado por fundações de caridade. “A série doença-serviços médicos-terapêutica ocupa um lugar limitado e raramente autônomo na política e na economia complexa dos ‘socorros’” (FOUCAULT, 1984, p. 195 e 196).

A passagem de uma terapêutica assistencial para uma terapêutica médica, de uma “medicina” assistencial privada para uma medicina científica coletiva ocorre no desenvolvimento das novas formas de governabilidade diante dos desafios das novas configurações das cidades, dos novos conhecimentos científicos, das novas formas de produção (a indústria), das novas formas de relações econômicas entre Estados no período que compreende o fim do século XVIII e início do século XIX.

Ao contrário do que se possa pensar, a sociedade capitalista nascente não produziu inicialmente uma medicina privada, mas justamente o contrário, produziu uma medicina com preocupações com o coletivo. Antes do investimento no corpo do proletariado, do trabalhador, houve o investimento no corpo somático, no corpo biológico e no corpo social, a saúde se tornou uma questão para o Estado. O corpo foi o primeiro objeto “socializado” enquanto força de produção e força de trabalho. Contudo, no que concerne ao desenvolvimento da medicina, o problema da saúde do corpo ao nível de força produtiva só foi colocado na segunda metade do século XIX. Desta forma, se é possível dizer que o corpo

se tornou uma realidade biopolítica e que a medicina foi uma ferramenta estratégica para isso, é preciso antes entender como que a própria medicina e o corpo médico se constituíram em um campo de saber e dispositivo de poder. Este processo passa pela transformação das práticas médicas, pela normalização da formação e do exercício médicos, por sua associação a outros dispositivos de poder, entre tantos outros fatores. As bases da medicina moderna estão no processo de formação (nascimento) da medicina social (FOUCAULT, 1984).

1.1 Medicina social e as bases de uma tecnologia de “proteção” do corpo social

É na Alemanha, no começo do século XVIII, que se desenvolve a medicina de Estado integrada ao surgimento do que se pode chamar de ciência do Estado, ou seja, o desenvolvimento de um conhecimento que se forma no e sobre o Estado. “O Estado, como objeto de conhecimento e como instrumento e lugar de formação de conhecimentos específicos, é algo que se desenvolveu, de modo mais rápido e concentrado na Alemanha, antes da França e Inglaterra.” (FOUCAULT, 1984, p. 81). Enquanto que naquela época a Inglaterra era a referência europeia de desenvolvimento econômico e a França de potência política, a Alemanha se tornou o berço do Estado moderno. Segundo Foucault isso provavelmente se deu por duas razões: a) a Alemanha ainda não se conformava como um Estado único⁷, mas como uma sobreposição de pequenas unidades pouco estatais em contínuo conflitos e afrontamentos que desequilibravam permanentemente a balança de forças, o que levou estas unidades a se comparar, se medir e imitar os métodos umas das outras para tentar mudar as relações de força produzindo assim conhecimentos estatais e a preocupação com o próprio funcionamento do Estado; b) outra razão diz respeito a estagnação do desenvolvimento econômico no país durante o século XVII que contribuiu para a composição de uma aliança entre burguesia e soberanos no aparelhamento do Estado para organizar e modifica-lo em seu próprio proveito (FOUCAULT, 1984). Por estas razões aparentemente paradoxais, “o Estado moderno nasceu onde não havia potência política ou

⁷ A Alemanha só viria a se constituir num Estado unitário durante o século XIX (FOUCAULT, 1984).

desenvolvimento econômico e precisamente por essas razões negativas” (FOUCAULT, 1984, p.82).

Com o mercantilismo, final do século XVI e começo do século XVII, todas as nações europeias se preocuparam com o estado de saúde de sua população, influenciadas pelo clima político, econômico e científico deste período. Países como Inglaterra e França começaram a produzir estatísticas de natalidade e mortalidade, mas não havia ainda um olhar para a melhoria do nível de saúde da população. Na Alemanha, por sua vez, ocorria o oposto, se desenvolvia uma prática médica realmente voltada para a melhoria do nível de saúde da população. Nasce o que se chamou de política médica de um Estado (FOUCAULT, 1984).

O exercício do poder, que no início da Idade Média tinha duas grandes funções: a guerra e a paz, foi acrescido de outras duas no fim deste mesmo período: a manutenção da ordem e a organização do enriquecimento. Posteriormente, no século XVIII, uma nova função se disponibiliza à sociedade e fica a encargo do exercício de poder, a saúde. A responsabilidade em assegurar estas três últimas funções - o exercício da ordem, enriquecimento e saúde da sociedade – não fica sob incumbência de um único aparelho, mas é exercida por um conjunto de regulamentos e instituições múltiplas que recebem o nome genérico de “polícia” (FOUCAULT, 1984). “A súbita importância que ganha a medicina no século XVIII tem seu ponto de origem no cruzamento de uma nova economia “analítica” da assistência com a emergência de uma “polícia” geral da saúde” (Ibidem, p. 197).

A noção de polícia médica de um Estado é criada na Alemanha em 1764, mas só será efetivamente posta em prática no final do século XVIII e início do século XIX (FOUCAULT, 1984). Para George Rosen (1983), a idéia de police, derivada da palavra grega politeia, é um conceito-chave dentro do esquema cameralista em relação aos problemas de saúde e doença. “Caracteristicamente, a teoria e prática da administração pública veio a ser conhecida como Polizeiwissenschaft (a science of police), e o ramo que trata com a administração da saúde recebeu o nome de Medizinalpolizei (medical police)” (p.33). Com o tempo, a ideia de polícia transformou-se cada vez mais em uma teoria e prática da administração pública, que ganhou força, sobretudo, na Alemanha. Grosso modo, o programa de polícia médica consiste em:

1. Um sistema mais completo de observação da morbidade do que os simples quadros de nascimentos e mortes.
2. A normalização da prática e do saber médicos. Controle da medicina (formação e prática) pelo Estado. “A medicina e o médico são, portanto, o primeiro objeto da normalização” (FOUCAULT, 1984, p. 83). Antes do próprio doente, o médico é primeiro indivíduo normalizado na Alemanha. A França normalizou primeiro seus canhões e professores.
3. Composição de uma organização administrativa para controlar a atividade dos médicos, ou seja, a subordinação da prática médica a um poder administrativo superior.
4. Surgimento do médico como administrador de saúde, funcionários nomeados pelo governo com responsabilidades sobre uma região. Esquadrinhamento do território para exercício do saber/poder médico.

A medicina de Estado alemã e sua administração da saúde investe nos corpos dos indivíduos não como força de trabalho, mas como força do Estado em seus conflitos econômicos e políticos com seus vizinhos. “É essa força estatal que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver” (FOUCAULT, 1984, p. 84). O exemplo da Alemanha é relevante para mostrar como, de maneira contraditória, no começo da medicina moderna se encontra este modelo de medicina de fortalecimento do Estado nascente, todos os outros modelos de medicina social do século XVIII e XIX são atenuações desse modelo (FOUCAULT, 1984).

Não à toa, o surgimento da saúde e do bem-estar físico da população em geral se torna, a partir da segunda metade do século XVIII, um processo mais abrangente e de grande importância configurando-se como um dos objetivos essenciais do poder político. “O imperativo da saúde: dever de cada um e objetivo geral” (Ibidem, p. 197). Nesta perspectiva, duas características da noso-política são destacadas: o privilégio da infância e a medicalização da família; e o privilégio da higiene e o funcionamento da medicina como instância de controle social (FOUCAULT, 1984).

Sobre o privilégio da infância e a medicalização da família, evidencia-se que a infância é tomada como uma fase da vida que precisa ser gerida, organizada e codificada por

novas regras entre pais e filhos. O problema da criança são se resume mais em dizer o número de nascimento e a relação entre natalidade e mortalidade, um novo empreendimento se faz mais importante, a sobrevivência até a idade adulta mediada por investimentos nas condições físicas e econômicas necessárias a um desenvolvimento ideal, útil. Para tanto, um conjunto de obrigações entram em jogo tanto para pais como para filhos, a exemplo dos cuidados, da higiene, da limpeza, da amamentação, do vestuário sadio, dos exercícios físicos, etc. “A família não deve ser mais apenas uma teia de relações que se inscreve em um estatuto social, em um sistema de parentesco, em um mecanismo de transmissão de bens. Deve-se tornar um meio físico denso, saturado, permanente, contínuo que envolva, mantenha e favoreça o corpo da criança” (FOUCAULT, 1984, p. 199). O laço conjugal deve servir principalmente para organizar o que servirá de matriz para o indivíduo adulto. A partir da segunda metade do século XVIII, a família e a infância se tornaram objeto da medicalização constante; entra em curso “(...) um grande empreendimento de aculturação médica” (IBIDEM, p. 200), sustentado por uma produção intensa de saberes que constituem algumas das leis morais essenciais da família. Assim, em todos os países da Europa vai se delineando uma política médica em torno da organização da infância e da família como primeiro domínio da medicalização dos indivíduos (FOUCAULT, 1984).

Já no que se refere ao privilégio da higiene e o funcionamento da medicina como instância de controle social, destaca-se que a medicina preventiva se torne regime coletivo da população geral tendo três objetivos: “(...) o desaparecimento dos grandes surtos epidêmicos, a baixa taxa de mortalidade, o aumento da duração média de vida e de supressão de vida para cada idade” (IBIDEM p. 201). O espaço urbano em geral, a cidade e suas características espaciais, aparece como um objeto a ser medicalizado. Além disso, os médicos prescrevem formas gerais de existência e do comportamento através de ensinamentos sobre as maneiras “corretas” de higiene da alimentação, a disposição ideal do habitat, a sexualidade e a fecundidade, a maneira de se vestir, etc. O saber médico administrativo que começa a se formar marca a ascensão político-médica sobre a população e serve de origem a “economia social” e a sociologia do século XIX. De prática de cura mediada pelo dom divino na Idade Média, nos séculos XVIII e XIX a medicina se constitui num campo de saber científico e dispositivo de poder que configura uma estratégia biopolítica de controle e ordenamento da

população através do investimento no corpo (biológico, somático e social) (FOUCAULT, 1984).

O médico se torna o grande conselheiro e o grande perito, se não na arte de governar, pelo menos na de observar, corrigir, melhorar o “corpo” social e mantê-lo em um permanente estado de saúde. E é sua função de higienista, mais que seus privilégios de terapeuta, que lhe assegura esta posição politicamente privilegiada no século XVIII, antes de sê-la econômica e socialmente no século XIX (FOUCAULT, 1984, p. 203).

Na França, em fins do século XVIII, a medicina social surge como suporte a urbanização. As grandes cidades francesas não formavam uma unidade territorial ou uma região em que se exercia um poder único, mas como variações confusas de territórios desiguais e poderes concorrentes. Na segunda metade deste século “(...) sentiu-se a necessidade, ao menos nas grandes cidades, de constituir a cidade como unidade, de organizar o corpo urbano de modo coerente, homogêneo, dependendo de um poder único e bem regulamentado” (FOUCAULT, 1984, p.86). Isso se deu por razões econômicas (indústria nascente e a cidade como lugar de produção e mercado necessitando de regulação homogênea e coerente) e políticas (aumento das tensões políticas no interior da cidade com a conformação do proletariado e o confronto entre rico e pobre, burguês e plebe, criando a necessidade de um poder político capaz de esquadrihar esta população urbana). Além disso, aparece nas grandes cidades francesas, especialmente em Paris, certo número de pequenos pânico, desenvolvendo uma atitude de medos e angústia em relação a cidade. Este pânico urbano caracteriza a crescente preocupação político-sanitária frente o desenvolvimento do tecido urbano e tem como um episódio marcante o desmoronamento das casas entorno do “Cemitério dos Inocentes”, localizado no centro de Paris, devido a pressão causada em seus muros pelo amontoamento excessivo de cadáveres no interior do claustro (FOUCAULT, 1984).

Antes da medicina urbana se tornar o esquema médico-político na França, houve essencialmente dois grandes modelos de organização médica na história ocidental baseados no esquema da quarentena: o modelo suscitado pela lepra e o modelo suscitado pela peste. Antes de abordar estes modelos convém dizer que o esquema da quarentena data do fim da

Idade Média e consistia numa espécie de “regulamento de urgência” que deveria ser aplicado em situações de peste ou graves doenças epidêmicas nas cidades (FOUCAULT, 1984). O esquema da quarentena consistia em:

1º) Todas as pessoas deviam permanecer em casa para serem localizadas em um único lugar. [...] 2º) A cidade devia ser dividida em bairros que se encontravam sob responsabilidade de uma autoridade designada para isso. [...] Sistema, portanto, de vigilância generalizada que dividia, esquadrihava o espaço urbano [...] 3º) não somente de vigilância, mas de registro centralizado [...] 4º) de uma revista exaustiva dos vivos e mortos. 5º) Casa por casa, se praticava a desinfecção, com a ajuda de perfumes que eram queimados. (FOUCAULT, 1984, p. 88).

No modelo da lepra a medicalização de alguém consistia em afastá-lo da convivência, enviar para fora da cidade para purificar os outros. A ideia de purificação da cidade está associada a forte influência religiosa neste modelo que se conformou na Idade Média. “A medicina era uma medicina da exclusão. O próprio internamento dos loucos, malfeitores, etc., em meados do século XVII, obedece ainda a esse esquema” (FOUCAULT, 1984, p. 88). No modelo da peste, a medicalização está sob influência das técnicas disciplinares, se aproxima da revista militar e consiste no internamento, análise minuciosa da cidade, análise individualizante e registro permanente (FOUCAULT, 1984,):

O poder político da medicina consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos (IBIDEM, p.89).

A medicina urbana que se desenvolve, sobretudo, na França, na segunda metade do século XVIII, é um aperfeiçoamento do esquema político-médico da quarentena com métodos de vigilância, hospitalização, entre outros (FOUCAULT, 1984). Ela estabelece três grandes objetivos:

1º) Analisar os lugares de formação e difusão dos fenômenos epidêmicos ou endêmicos. O maior exemplo é a mudança do local dos cemitérios de dentro para as periferias das cidades, o aparecimento da individualização do cadáver, do caixão individual e do túmulo no final do século XVIII. Isso se dá por razões político-sanitárias e não por razões teológico-religiosas. A transferência do local do cemitério é feita a pedido de um químico, não é uma ideia cristã, mas médica e política (FOUCAULT, 1984). “Portanto, o primeiro objetivo da medicina urbana é a análise das regiões de amontoamento, de confusão e de perigo no espaço urbano” (FOUCAULT, 1984, p.90)

2º) Controle da circulação, não dos indivíduos, mas das coisas (elementos), especialmente o ar e água. O ar era considerado um dos principais fatores patógenos e para se operar a organização de corredores de ar e de água nas cidades consulta-se a comissão da Academia de Ciências, composta de médicos, de químicos, etc. (FOUCAULT, 1984). “A medicina urbana tem, portanto, como segundo objeto o controle e o estabelecimento de uma boa circulação da água e do ar” (Ibidem, p.91)

3º) Organização do que Foucault (1984) chamou de distribuições e sequências, ou seja, da posição recíproca das fontes e dos esgotos ou dos barcos-bombeadores e dos barcos-lavanderia. Quando ocorreu a Revolução Francesa, a cidade de Paris já tinha sido esquadrinhada por uma polícia médica urbana que havia traçado um fio diretor de organização da saúde da cidade. Contudo, até o final do século XVIII havia um conflito entre a medicina e outros tipos de poder, por exemplo a propriedade privada. Os espaços comuns, os lugares de circulação, os cemitérios, os ossuários, os matadouros foram controlados, mas o mesmo não ocorreu com a propriedade privada antes do século XIX.

Foucault (1984) destaca três razões que considera relevante na medicalização da cidade no século XVIII:

1º) É através da medicina social urbana que a prática médica entra diretamente em contato com ciências não médicas, precipuamente a química por meio da análise do ar. “A inserção da medicina no funcionamento geral do discurso e do saber científico se fez através da socialização da medicina, devido ao estabelecimento de uma medicina coletiva, social, urbana. A isso se deve a importância da medicina urbana” (FOUCAULT, 1984, p.92).

2º) A medicina urbana é uma medicina das coisas (ar, água, decomposições, fermentos, etc.), das condições de vida e do meio de existência. A relação entre organismo e meio será feita, primeiro nas ciências naturais e depois na medicina por intermédio da medicina urbana (FOUCAULT, 1984).

3º) Noção de salubridade que fundamenta a base material e social capaz de garantir a melhor saúde possível dos indivíduos. “Salubridade e insalubridade são o estado das coisas e do meio enquanto afetam a saúde; a higiene pública – no séc. XIX, a noção essencial da medicina social francesa – é o controle político-científico deste meio” (Ibidem, p.93).

A medicina social urbana francesa se diferencia da medicina de estado alemã por conta dos limites impostos ao Estado com relação à propriedade privada. Todavia, a medicina urbana francesa ganha em pequenos poderes difusos próximos das comunidades, das cidades, dos bairros, em cientificidade das observações e das práticas estabelecidas tornando-se a base para a medicina científica desenvolvida no século XIX (FOUCAULT, 1984).

Um fenômeno fundamental para a saúde como questão social durante o século XVIII é a mudança progressiva dos variados procedimentos de assistência. Se a primeira direção da medicalização foi realizada pelo Estado, a segunda realizou-se através da administração da cidade e, por fim, através da medicalização dos pobres e dos trabalhadores. Estes últimos não foram problematizados como questão médica no século XVIII porque, além de serem relativamente poucos, faziam parte da instrumentalização da vida urbana, assumindo funções úteis ao funcionamento da cidade (entregar cartas, despejar o lixo, retirar trapos da cidade, etc.). É a partir do reexame das formas de investimentos e capitalização dos serviços de assistência, cujas rendas se destinam aos pobres possibilitando a estes permanecer ociosos e fora dos circuitos de produção, que os procedimentos mistos e polivalentes de assistência aos pobres passam a ser criticados por economistas e administradores. Agrega-se a isso a operação do esquadrinhamento minucioso da população e uma análise da ociosidade – de suas causas e efeitos – que produz uma série de distinções funcionais entre aqueles que podem trabalhar e os que não podem. Desta forma, a sacralização do pobre dá lugar ao delineamento de “(...) uma decomposição utilitária da pobreza, onde começa a aparecer o problema específico da doença dos pobres em sua relação com os imperativos do trabalho e a necessidade da produção” (FOUCAULT, 1984, p. 196).

É na Inglaterra, no segundo terço do século XIX, que os pobres aparecem como fontes de “perigo médico”. Essa população antes indiferente, parte da paisagem urbana, tornou-se uma força política capaz de se revoltar e de participar de revoltas. Ademais, parte das funções assumidas por esses indivíduos, que até então eram proveitosas ao funcionamento da cidade, tornou-se dispensável com a criação de serviços como, por exemplo, um sistema postal e um sistema de carregadores. Entretanto, o fator crucial parece ter sido a cólera que se espalhou em toda a Europa em 1832. Este evento acabou por consolidar um conjunto de preocupações políticas e sanitárias em torno da massa de proletários e plebeus. A partir dessa época o poder político passou a atingir o direito da propriedade e da habitação privadas e o espaço urbano foi dividido em espaços ricos e espaços pobres (FOUCAULT, 1984).

A revolução industrial teve efeitos prejudiciais à saúde e cria a necessidade de mudanças na configuração das políticas de saúde. A preservação, manutenção e conservação da “força de trabalho”, assim como os efeitos econômico-político da acumulação dos homens são o suporte desta transformação e exigem mecanismos de poder mais ajustados e precisos para coordenar e integrar o crescimento demográfico do Ocidente europeu ao aparelho de produção, é assim que surge a “população” como questão teórica e como objeto de vigilância, análise, ingerência, etc. (FOUCAULT, 1984).

Neste conjunto de problemas, o “corpo” - corpo dos indivíduos e corpo das populações – surge como portador de novas variáveis: não mais simplesmente raros ou numerosos, submissos ou renitentes, ricos ou pobres, válidos ou inválidos, vigorosos ou fracos e sim mais ou menos utilizáveis, mais ou menos suscetíveis de investimentos rentáveis, tendo maior ou menor chance de sobrevivência, de morte ou de doença, sendo mais ou menos capazes de aprendizagem eficaz. Os traços biológicos de uma população se tornam elementos pertinentes para uma gestão econômica e é necessário organizar em volta deles um dispositivo que assegure não apenas sua sujeição mas o aumento constante de sua utilidade (FOUCAULT, 1984, p. 198).

É por conta do desenvolvimento industrial e do proletariado de forma mais rápida e contundente na Inglaterra do que em outros países europeus que lá surge uma nova forma de medicina social. A medicina inglesa começa a se tornar social na esteira do movimento em direção a uma reforma sanitária que levou ao estabelecimento de instituições de saúde

pública. Isso se deu através da elaboração de um conjunto de legislação que tem como marco principal a promulgação do Decreto de Emenda à Lei dos Pobres. Com este decreto nascia o que viria a ser um conjunto de medidas de controle médico da pobreza que tinha um caráter ambíguo: ao mesmo tempo que garantia a assistência médico-sanitária aos pobres, obrigava-os a submeterem-se a vários controles médicos. “Um cordão sanitário autoritário é estendido no interior das cidades entre ricos e pobres: os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grandes despesas, e os ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre” (FOUCAULT, 1984, p.95). A Lei dos pobres foi somente o primeiro elemento de um sistema heterogêneo que complementou essa legislação organizando “(...) um serviço autoritário, não de cuidados médicos, mas de controle médico da população” (Ibidem, p.96). Estes sistemas (*health servisse* e *health officers*) tinham como função o controle da vacinação, a organização do registro das epidemias e doenças capazes de se tornarem epidêmicas, localização e intervenção nos locais insalubres (FOUCAULT, 1984).

Diferentemente da medicina de Estado alemã e da medicina urbana francesa do século XVIII, a forma de medicina social que surge na Inglaterra no século XIX é particularmente “(...) uma medicina de controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torna-las mais aptas ao trabalho e menos perigosa às classes mais ricas” (FOUCAULT, 1984, p.97). Não por acaso, foi a fórmula inglesa de medicina que prosperou e isso devido a duas razões: ela possibilitou a ligação entre “(...) assistência médica ao pobre, controle de saúde da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública” (Idem, p.97); e também permitiu a realização de três sistemas médicos justapostos e coexistentes – “(...)uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficia quem tinha meios de pagá-la” (Idem, p.97).

“(...) O sistema inglês possibilitava a organização de uma medicina com faces e formas de poder diferentes segundo se tratasse da medicina assistencial, administrativa e privada, setores bem delimitados que permitiram, durante o final do XIX e a primeira metade do século XX, a existência de um esquadramento médico bastante completo”. (FOUCAULT, 1984, p.98).

1.2 A transformação do hospital e do saber médico

O hospital tem na sua origem um comprometimento com a Igreja Católica. A construção das instituições hospitalares atende aos princípios da caridade cristã com a função de assistência aos pobres e desamparados. Esta instituição tinha como missão o provimento de apoio material (um teto, uma roupa, um prato de comida), além de pregar e praticar a palavra de Deus servindo ao próximo. O próprio termo hospital vem do latim *hospitale*, que significa hospedaria, hospedagem ou aquilo que é hospitaleiro. Até meados do século XVII o hospital configura-se como instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece. Seus hóspedes não eram doentes que precisavam de cura, eram antes pobres que estavam morrendo e que encontravam ali um ambiente de acolhimento cristão (FOUCAULT, 1984). Assim, o hospital tinha como uma de suas principais funções a “(...) de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população” (FOUCAULT, 1984, p.102).

Outra função que ganha relevância no hospital a partir da metade do século XVII é a internação generalizada⁸, isto é, também são “hóspedes” do hospital mulheres, homens, crianças, adultos, devassos, prostitutas, delinquentes, venéreos, desabrigados e loucos, bem como os pobres, tanto os pobres válidos (que poderiam trabalhar), como os inválidos (incapazes de trabalhar por alguma razão). A característica comum a esta população internada

⁸ O internamento é um fenômeno singular da Europa Ocidental no século XVII. Ao longo da história encontraremos civilizações que caçam e exiliam os indivíduos insuportáveis ao convívio social, há também aquelas que massacram estes indivíduos (tortura e pena de morte) e existem outras que os internam. Com o desenvolvimento da sociedade industrial iniciado no século XVIII, a existência de pessoas (loucos, pobres, desempregados, etc.) que não se enquadravam as novas exigências de trabalho e produção não foi tolerada. Países como Alemanha, França e Inglaterra conheceram grandes insurreições populares e foi a partir deste momento que se recorreu a internação em massa. Grandes estabelecimentos para internação surgiram quase que simultaneamente na Inglaterra e na França. Em Paris mais de seis mil pessoas foram internadas, cifra bastante alta uma vez que a população da cidade na época era de cerca de 300 mil habitantes (FOUCAULT, 2006a). As internações tiveram consequências políticas e sociais importantes, pois permitiram eliminar todos aqueles que eram considerados agitadores, “(...) um remédio miraculoso no período do capitalismo nascente.” (FOUCAULT, 2006a, p. 287).

era sua condição de pobreza, de desamparo ou de ausência de recursos próprios para a subsistência. Todavia, as internações podiam ser voluntárias ou involuntárias, embora poucas pessoas se internassem voluntariamente. Os internamentos ficavam a cargo de autoridades públicas, sendo esta tarefa confiada aos diretores vitalícios dos hospitais que possuíam plenos poderes exercidos não somente no interior destas instituições, mas também em toda a cidade, sobre todos aqueles que viviam em sua jurisdição. O Hospital Geral de Paris traz em seu decreto de fundação o registro desta autoridade outorgada ao diretor. Cabia a ele o poder de direção, correção e punição de todos os pobres de Paris, internos ou não. Uma instituição com poderes tão fortes e rigorosos como estes servia como advertência a todos aqueles que habitavam a cidade, característica esta que também marca uma mudança de funções dos hospitais: pela primeira vez na história os compromissos religiosos e filantrópicos que estão na origem destas instituições são atenuados, ao passo que as funções de controle e manutenção da ordem pública são acentuadas (FOUCAULT, 1975 e 1984, 2006a).

No entanto, as séries hospital e medicina permaneceram independentes até meados do século XVIII quando uma nova prática teve início em toda Europa: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais. Esta prática ficou conhecida como viagens inquéritos, cuja finalidade central era elaborar um programa de reforma e reconstrução dos hospitais. O primeiro fator de transformação do hospital foi a anulação dos efeitos negativos destas instituições, buscando-se purificar os efeitos nocivos do hospital e a desordem que ele acarretava. Isso ocorreu inicialmente nos hospitais marítimos e militares por meio da regulamentação da inspeção e do esquema de quarentena. Este primeiro movimento tem um fundo econômico uma vez que o mercantilismo exigia regulamentações econômicas mais rigorosas, assim como “(...) a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade” (FOUCAULT, 1984, p. 104). Exemplo disso é o exército que com o surgimento do fuzil requer um maior investimento no soldado já que o uso do fuzil exige exercício, manobra e adestramento. O soldado deixa de ser mão de obra barata e uma vez formado um soldado, não se pode mais deixá-lo adoecer, morrer nem deserdar (FOUCAULT, 1984, 1987).

A reorganização do hospital se deu essencialmente a partir do que para Foucault (1984, 1987) é uma das grandes invenções do século XVIII: a disciplina. Os mecanismos

disciplinares são antigos e existiam de forma fragmentada e isolada até os séculos XVII e XVIII. Neste último século o poder disciplinar foi aperfeiçoado como uma nova técnica de gestão dos homens, de controlar multiplicidades, de utilizá-las ao máximo e aumentar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade. A medicalização do hospital se torna possível pela introdução dos mecanismos desta tecnologia política no espaço hospitalar. Isso se dá por diversas razões: econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar epidemias, contudo, e como já foi visto, o século XVIII também é palco de transformação do saber médico, dentre elas a apropriação do poder disciplinar pela prática médica. “A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médicas” (FOUCAULT, 1984, p. 107).

Sobre a disciplinarização do espaço é possível afirmar que a primeira questão relevante tratou da localização do hospital. Este deve estar ajustado ao esquadramento sanitário da cidade e cabe a medicina urbana indicar sua localização. Igualmente importante é a distribuição de seu espaço interno e a mudança do sistema de poder em seu interior, pois quando esta instituição passa a ser concebida como um instrumento de cura e a distribuição do espaço passa a ser um instrumento terapêutico, o médico se torna o principal responsável pela organização hospitalar. Em meados do século XVIII o médico se torna mais presente no interior do hospital com visitas cada vez mais frequentes contribuindo diretamente na organização de um sistema de registro permanente de tudo o que acontece. Desta forma, o hospital se constitui não somente como instrumento de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber, a experiência hospitalar passa a fazer parte da formação e transmissão de saber médico (FOUCAULT, 1984).

Nessa direção, a transformação do saber médico está vinculada ao deslocamento de suas intervenções e a maior inserção da medicina no espaço hospitalar. O hospital possibilitou a observação permanente sobre o corpo que, associada às práticas de exame tiveram uma importância fundamental na transformação da epistemologia médica. O olhar quase ininterrupto sobre o corpo do doente foi a condição de possibilidade da emergência da clínica médica baseada na anatomia patológica. O sistema epistemológico da medicina no século XVIII fundamentava-se no modelo epistêmico das ciências naturais, em especial da

botânica e da classificação de Lineu. Nesta perspectiva, a doença era compreendida como um fenômeno natural que têm espécies, características observáveis, curso e desenvolvimento, assim como toda planta. Uma característica fundamental desse modelo era o princípio do isolamento, que consistia em isolar o objeto do conhecimento das interferências que podiam prejudicar a observação, formatando a série: isolar para observar, observar para conhecer e conhecer para administrar. A utilização desta metodologia para conhecer e classificar as doenças tornou o hospital um lugar de exame, um laboratório que possibilitou uma nova classificação das doenças fundamentada em um método científico. Entretanto, se por um lado este novo modelo epistemológico produziu um saber inédito sobre as doenças, por outro, este mesmo saber se formava sobre uma doença modificada pela ação prévia da institucionalização/hospitalização. Dito de outra forma, era uma doença transformada e produzida pela própria intervenção médica. O hospital medicalizado foi o lugar de constatação para uma verdade escondida e de prova para uma verdade produzida pela medicina. A partir do princípio do isolamento, o hospital assumiu o papel de afastar a influência de diversos fatores (família, hábitos, ilusões, etc.) sobre a doença, permitindo a medicina hospitalar um ambiente *in vitro* de produzir a verdade sobre ela (FOUCAULT, 1980 e 1984). “Sua natureza própria, suas características essenciais, seu desenvolvimento específico poderiam enfim, pelo efeito da hospitalização, tornar-se realidade. O hospital do século XVIII devia criar as condições para que a verdade do mal explodisse.” (FOUCAULT, 1984, p. 118).

As grandes estruturas hospitalares construídas no século XIX tomaram pra si a dupla função de serem lugares de observação e de demonstração, mas também de purificação e de prova. Isto perdurou por um século, e é deste modo de operar que surgem uma série de problemas que atravessavam o pensamento e prática dos médicos deste período, até a biologia de Louis Pasteur identificar e fixar o agente causador de doenças, permitindo ao hospital se tornar “(...) um lugar de observação, de diagnóstico, de localização clínica e experimental, mas também de intervenção imediata, ataque voltado para a invasão microbiana” (Ibidem, p.119). “O espaço hospitalar e o saber médico tinham tido até então o papel de produzir a verdade ‘crítica’ da doença. E eis que o corpo do médico, o amontoamento hospitalar apareciam como produtores da realidade da doença”. (Ibidem, p.

120). A partir daí o médico e o hospital foram esterilizados possibilitando que a função hospitalar de prova desaparecesse, a doença podendo ser produzida em laboratório e o hospital não tendo que ser mais um lugar favorável para sua eclosão (FOUCAULT, 1984).

O hospital foi reformado para desempenhar um papel específico em relação à família, à rede extensa e contínua do pessoal médico e ao controle administrativo da população. Primeiro, ele foi ajustado ao espaço urbano onde estava situado; depois seu espaço interno foi disposto de modo a torná-lo medicamente eficaz. Não mais um lugar de assistência, mas um lugar de operação terapêutica. “O hospital deve funcionar como uma “máquina de curar” (Ibidem, p. 205). Em seguida é preciso que se articulem nele o saber médico e a eficácia terapêutica; por fim, o hospital deve servir de estrutura de apoio ao enquadramento permanente da população pelo pessoal médico (FOUCAULT, 1984).

Não por acaso, entre o final do século XVIII e durante o século XIX coincide que são instauradas grandes instituições médicas e não médicas – escolas, prisões, hospitais e manicômios – primeiramente na Europa ocidental e posteriormente em todo mundo. Segundo Foucault (2006a), no século XVII havia certo indiferenciamento entre diversas instituições - asilos, casernas, liceus - por conta da aplicação generalizada da técnica de internamento, posteriormente, entre o final do século XVIII e no início do século XIX, “(...) fizeram-se distinções: os doentes mentais, no asilo, os jovens, em estabelecimentos de educação, os delinquentes, na prisão, ao que se acrescenta todo um arsenal de medidas discriminatórias, interdição de salvo-conduto etc.” (FOUCAULT, 2006, p. 288). Estas grandes instituições nascem com a incumbência de normalizar seus respectivos público-alvo e para tanto lançam mão de regimes disciplinares por meio de investimentos densos, rígidos, constantes e meticulosos nos corpos aí situados (FOUCAULT, 1984, 2006a).

No desenvolvimento do capitalismo, entre o fim do século XVIII e início do século XIX, o corpo foi um objeto “socializado” enquanto força de produção, força de trabalho, elemento de circulação e de habitação nas cidades. É no decorrer do século XIX que surge o princípio de corpo da sociedade enquanto corpo social que, por sua vez, precisa ser protegido de modo quase médico, “(...) serão aplicadas receitas, terapêuticas, como a eliminação dos

doentes, o controle dos contagiosos, a exclusão dos delinquentes. A eliminação pelo suplício⁹ é, assim, substituída por métodos de assepsia: criminologia, a eugenia, a exclusão dos “degenerados” (FOUCAULT, 1984, p. 145). O controle da sociedade sobre os indivíduos começa pelo corpo (FOUCAULT, 1984).

1.3 Da medicina mental a psiquiatria: a normalização e a expansão do poder médico

No rastro em busca de identificar as forças que coordenam a ação dos agentes da política do corpo encontramos um complicado mosaico. Em certos momentos aparecem agentes de ligação como no exemplo da filantropia no início do século XIX, quando uma pessoa se ocupava da vida dos outros, de sua saúde, da alimentação e da moradia. Posteriormente, da função de filantropia e de outras séries distintas surgiram instituições e saberes: uma higiene pública, inspetores, assistentes sociais, psicólogos e outras inúmeras categorias de trabalhadores sociais. No entanto, a medicina desempenhou o papel de denominador comum com discurso que passava de um a outro, constituindo-se como dispositivo de poder que dispunha sobre o espaço urbano, que cataloga o louco, o criminoso e o doente (FOUCAULT, 1984). A Sociedade Industrial, no seu espaço de transformações materiais, sociais e morais, funda a possibilidade de articulação de um discurso psiquiátrico. As exigências sócio-morais de uma sociedade em processo de industrialização estão relacionadas com a alienação, uma criando a outra, e é nesse contexto específico que surge a Medicina mental (BIRMAN, 1978, p. 238 e 239).

Antes do século XVIII a loucura era considerada essencialmente uma espécie de erro ou de ilusão, fazia parte do mundo sendo possível conviver com ela. Neste período a loucura não era sistematicamente internada e só era separada quando tomava formas extremas e

⁹ Foucault (1987) abre sua célebre obra *Vigiar e Punir* com a descrição de um suplício. Este é um certo estilo penal em forma de grave punição corporal ordenada por sentença que causava grande sofrimento (físico e/ou moral). Esta forma de punir foi bastante empregada na Europa Ocidental até o fim do século XVIII e início do século XIX. Sua função era restituir a ordem através de verdadeiros rituais de execução pública que igualavam ou ultrapassavam o crime cometido.

perigosas, pois os lugares reconhecidos como terapêuticos eram sobretudo a natureza (FOUCAULT, 1984). “As prescrições dadas pelos médicos eram de preferência a viagem, o repouso, o passeio, o retiro, o corte com o mundo vão e artificial da cidade” (FOUCAULT, 1984, p. 120 e 121). O processo de internação da loucura tem início no século XVII, ainda não de modo sistemático, embora Foucault (2006a) seja contundente ao afirmar que é este processo que dá a ela o *status* de marginalidade, do louco ser tratado como criminoso, *status* que nunca mais foi perdido. Inicialmente, entre o século XVII e XIX, embora o poder de internar os loucos ficasse a encargo da família e dos diretores dos hospitais, no começo do século XIX este poder passa para o médico. A partir daí para internar um louco exigia-se um relatório médico. Esse período coincidiu com um processo mais amplo, operado em toda sociedade, de remanejamento do campo moral voltado para seus objetivos estratégicos, que definiam as novas significações do bem e do mal. Este processo contou com a contribuição decisiva de uma reformulação profunda da medicina e a criação da instituição psiquiátrica (BIRMAN, 1978). É nesse momento que o limiar de percepção da loucura e suas formas de caracterização foram transformados, a loucura deixa de ser percebida como um julgamento perturbado da consciência e aparece como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre constituindo-se numa ameaça real e simbólica ao sistema normativo instituído com a Sociedade Industrial. Desta forma, a psiquiatria tornava-se necessária para recolher esses seres considerados obstáculos ao bom andamento da Ordem social, recolhimento não mais no antigo Hospital Geral, mas no asilo onde através do afastamento do convívio social se operaria a recuperação moral (BIRMAN, 1978; FOUCAULT, 1984 e 2006a).

Uma vez internado, o processo de cura consiste em retomar as condutas regulares e normais. Se a inaptidão ao trabalho foi um dos primeiros critérios da loucura, caberia aos hospitais reestabelecer a capacidade produtiva e laboral de seus internos. Isso tornou tratamentos pelo trabalho em práticas comuns nestas instituições, entretanto, Foucault (2006a) atenta que Philippe Pinel não liberou os loucos dos hospitais, mas liberou aquelas pessoas que tinham condições de trabalhar. Os loucos permaneceram internados porque foram considerados pacientes cujos distúrbios eram de ordem psicológica e, por isso não

tinham faculdade para trabalhar¹⁰. Desta maneira, o que até então era um estabelecimento de internação geral virou um hospital psiquiátrico, uma instituição de tratamento específico da loucura. O asilo teve de início a mesma função que os hospitais gerais do século XVIII, o de afastar o doente de tudo que possa influenciar no curso da doença, agora mental, para com isso permitir a descoberta de sua verdade. Desta forma, a “terapêutica” adotada remonta ao princípio de isolamento. Os métodos de tratamento impostos no asilo tinham finalidades de punição, de reeducação, de moralização que no olhar de Foucault (2006a) constituíam e refletiam as pretensões psiquiátricas de intervir permanentemente na sociedade. O modelo de hospital dado por Jean-Étienne Esquirol, discípulo de Pinel, se tornou um lugar de confronto entre a vontade do doente e a vontade do médico onde a cura se daria por um processo de embate e de dominação (FOUCAULT, 1984).

Assim se estabelece a função muito curiosa do hospital psiquiátrico do século XIX: lugar de diagnóstico e de classificação (...) Mas também espaço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e de submissão. (...) Todas as técnicas ou procedimentos efetuados no asilo do século XIX (...) tinha por função fazer o personagem do médico o “mestre da loucura”; aquele que a faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa, e aquele que a domina, a acalma e a absorve depois de a ter sabiamente desencadeado. (FOUCAULT, 1984, p. 122).

Se por um lado, no hospital geral, a partir da descoberta de Pasteur a função de produzir a verdade da doença foi se atenuando, ou seja, “(...) o médico produtor de verdade desaparece numa estrutura de conhecimento” (IDEM, p. 122), por outro, no hospital psiquiátrico de Esquirol ou de Charcot esta mesma função cresce e é exaltada em torno do médico. O que entra em questão é um sobre-poder do médico produzido justamente numa época em que o poder médico encontra suas garantias e justificações no reconhecimento de seu saber como um saber científico do mesmo tipo que a química e a biologia. O poder que o laboratório dá ao químico e ao biólogo na produção de verdades através de experimentações que podem ser repetidas, medidas e controladas é semelhante ao poder que o hospital

¹⁰ Ironicamente tratamentos pelo trabalho continuam sendo bastante comuns nos hospitais psiquiátricos modernos (Foucault, 2006).

psiquiátrico dá ao psiquiatra produzindo fenômenos integráveis à ciência médica (FOUCAULT, 1984), “(...) foi assim que o louco foi identificado ao doente mental e que uma entidade chamada de doença mental foi descoberta e desenvolvida” (FOUCAULT, 2006a, p. 266). Do final do século XVII ao início do século XIX, a Europa Ocidental registra uma curva crescente de internação de alienados em países como a Alemanha, a França e a Inglaterra. Para Joel Birman (1978) este é um efeito da própria intervenção da medicina mental como reguladora das paixões e dos excessos. “Através das novas normas instituídas, nas quais ela participou na formulação, uma nova sensibilidade especial se constrói para captar as menores anomalias e os sinais pelos quais estas se anunciavam” (p. 246). O homem da nova Ordem passava a ser delimitado pelas instituições que o englobava, “devendo movimentar-se no espaço que elas definiam, regular-se pelas regras que a configuravam. Não podia exceder, violentar ou ultrapassar estes espaços regulados” (p. 246).

A Sociedade Industrial no seu processo de organização e difusão, cria exigências concretas para os indivíduos em todos os níveis de suas vidas (...) não realizá-las ou desabecê-las, eis a configuração do universo da patologia social. Com estas exigências aumentadas radicalmente, sem paralelo com o passado, os anormais aumentam em número porque a sua natureza é encarada de uma outra maneira (...). Sendo o patológico uma intensificação dos processos da anormalidade, a alienação mental cresce assustadoramente pelo aumento da anormalidade (BIRMAN, 1978, p. 243).

Através desta intervenção, a ideia de que a loucura invadia a Europa dissemina-se a ponto de se tornar uma calamidade pública, provocando uma sensação generalizada de insegurança e, assim, na primeira metade do século XIX, a psiquiatria nascente se dava o direito de fazer internar um indivíduo como perigoso e logo buscava estabelecer que no âmago do crime havia uma loucura, pois era preciso mostrar que a loucura era perigosa. Nesta direção, os alienistas empreenderam esforços para mostrar que por trás do crime haveria perigo de loucura e que o caminho inverso também seria possível, ou seja, por trás da loucura também haveria perigo de crime. Exemplo disso é noção de “monomanias”, formulado por Esquirol e desenvolvido Baillarger, que tentava associar loucura e crime e cujo tratamento consistia na higiene moral através da internação asilar prolongada. (BIRMAN, 1978; FOUCAULT, 2001 e 2006b). No texto *A Evolução da Noção de “Indivíduo Perigoso” na*

Psiquiatria Legal do Século XIX, Foucault (2006b) levanta uma série de questões sobre o porquê de no início do século XIX, momento em que a psiquiatria buscava definir sua especificidade entre as outras práticas médicas, deixando de ser conhecida como medicina mental - mais um entre tantos aspectos do campo médico – para se instituir como especialidade médica, por que justamente neste momento os alienistas incorriam numa verdadeira cruzada de patologização do crime? Por que a psiquiatria quis se intrometer no campo do direito penal? Área na qual ela havia intervindo com discrição até então e sobre a qual o autor chama atenção para o fato paradoxal de que no final do século XVIII os primeiros alienistas, principalmente Pinel, se posicionaram contra a confusão entre delinquentes e doentes que ocorria em muitos locais de internação. “Por que voltar a atar um parentesco que fora tão difícil de separar?” (FOUCAULT, 2006b, p. 9).

Como já vimos anteriormente, o século XVIII é palco de inúmeras transformações na Europa Ocidental fazendo aparecer a questão biológica e médica das populações humanas, “o corpo social deixa de ser uma simples metáfora jurídico-política (...) para surgir como uma realidade biológica e um campo de intervenção médica. O médico deve ser então o técnico do corpo social, e a medicina, uma higiene pública” (FOUCAULT, 2006b, p.9). A psiquiatria do século XIX foi acentuadamente uma medicina do corpo social, as formulações etiológicas da loucura e as terapêuticas propostas pelos alienistas desta época, apesar de suas divergências, tinham o entendimento comum de que tratavam de um perigo social. A formulação do binômio loucura-crime foi fundamental para que a psiquiatria adentrasse no campo penal, pois permitiu sua articulação aos mecanismos de punição. Nessa época a punição foi atribuída de um novo sentido que deveria se diferenciar dos suplícios ou da exclusão pelo banimento, como no modelo da lepra. Dentre todas as novas técnicas de controle e transformação dos indivíduos, punir se tornou um exercício de poder que envolvia uma tecnologia racional para modificar os infratores, um conjunto de procedimentos devidamente orquestrados (FOUCAULT, 2001 e 2006b).

Isso implica que a punição aja, mais do que sobre o crime, sobre o próprio criminoso: ou seja, sobre aquilo que o torna criminoso, seus motivos, aquilo que o move, sua motivação profunda, suas tendências, seus instintos. Nesses antigos sistemas, o esplendor do castigo devia corresponder à enormidade do

crime; doravante se procura adaptar as modalidades da punição à natureza do criminoso (FOUCAULT, 2006b, p. 12).

O exame médico-legal é o ponto de encontro entre a instituição judiciária e o saber médico, é no exercício desta prática que são formulados enunciados que trazem consigo o estatuto de discursos verdadeiros, que detêm efeitos judiciários consideráveis, mas que ao mesmo tempo sobrepõe a psiquiatria e o direito penal tornando ambos alheios às suas próprias regras específicas. É neste ponto de encontro que se compõe uma prática discursiva grotesca que tem simultaneamente o poder de matar e o de produzir verdade. Quando o exame-médico legal entra em cena ele cumpre a função de costura entre o judiciário e o médico, todavia, ele não deriva nem do direito, nem da medicina e nem mesmo da evolução germinada de ambos. Trata-se de uma prática que diz respeito aos anormais, prática que faz intervir certo poder de normalização e que aos poucos tende a se constituir como instância de controle do anormal (FOUCAULT, 2001 e 2006b). O exame médico-legal pertence ao funcionamento de um poder que não é nem o poder judiciário e nem o poder médico, mas o poder de normalização, "não é no campo da oposição, mas sim no da gradação do normal ao anormal, que se desenrola efetivamente o exame médico-legal" (FOUCAULT, 2001, p.52).

Durante séculos a instituição penal prescindiu da intervenção médica sendo capaz de julgar e condenar sem que o problema da loucura tivesse sido colocado, com exceção em alguns casos nos quais a questão da loucura parecia evidente (FOUCAULT, 2006b). Quando isso ocorria a instituição penal recorria à função do exame psiquiátrico (médico-legal) que deveria averiguar a responsabilidade ou imputabilidade penal do réu. De acordo com a lei penal do Código de Napoleão de 1810, mais especificamente nos termos do artigo 64, não há crime nem delito se o indivíduo estiver em estado de demência e de debilidade mental, ou sob a forma de furor no momento do crime. Deste modo, o exame psiquiátrico tinha a função de demarcar a diferença entre doença e responsabilidade e fazer funcionar o princípio da porta giratória: "quando o patológico entra em cena, a criminalidade, nos termos da lei, deve desaparecer" (FOUCAULT, 2001, p. 39).

A partir da década de 1820 a psiquiatria é convocada a se fazer cada vez mais presente dentro da instituição penal para emitir relatórios de perícia que, em última análise serão

determinantes para o desfecho dos casos. A partir do momento que o alienista passa a ter um papel no tribunal, há uma progressiva indistinção entre os papéis do médico e do juiz neste espaço fazendo com que no início do século XIX haja uma relação predominantemente tensa e ambígua entre Medicina e Direito. Constitui-se uma área limítrofe entre as duas disciplinas representada pelos crimes para os quais não havia qualquer explicação racional e nos quais o agente não sofria influência de delírios. Este conflito acabou contribuindo para que uma série de reformas entrassem em curso em fins do século XIX e no decorrer do século XX organizando uma espécie de poder médico-jurídico. O problema jurídico da atribuição de responsabilidade passou para o das anomalias mentais que podem ser relacionadas a infração, isto é, o papel do psiquiatra não é mais o de definir a responsabilidade jurídica de um indivíduo criminoso, mas sim identificar se nele existem tais anomalias mentais, apontar se este indivíduo é perigoso, se ele é sensível a uma sanção penal e se é curável ou readaptável. Desta forma, o exame psiquiátrico tem uma tripla função: primeiro ele duplica o delito denunciado, na medida em que constrói um quadro no qual são rememoradas uma infinidade de características pessoais que não infringem nenhuma lei, mas que juntas são tomadas como indícios que permitem antever o delito, depois também duplica o réu do crime com o personagem do “delinquente” na medida em que esse exame reconstitui todos os “antecedentes” do réu fazendo com que o indivíduo se pareça com o seu crime, antes mesmo de tê-lo cometido. Por fim, o exame psiquiátrico acaba por atestar e comprovar o caráter constitutivamente criminoso da personalidade do réu (FOUCAULT 2001 e 2006b).

Ou seja - a partir do momento em que o médico ou o psiquiatra tem por função dizer se é efetivamente possível encontrar no sujeito analisado certo número de condutas ou de traços que tomam verossímeis, em termos de criminalidade, a formação e o aparecimento da conduta infratora propriamente dita - o exame psiquiátrico tem muitas vezes, para não dizer regularmente, um valor de demonstração ou de elemento demonstrador da criminalidade possível, ou antes, da eventual infração de que se acusa o indivíduo. Descrever seu caráter de delinquente, descrever o fundo das condutas criminosas ou paracriminosas que ele vem trazendo consigo desde a infância, é evidentemente contribuir para fazê-lo passar da condição de réu ao estatuto de condenado. (FOUCAULT, 2001, p.27).

Assim, a intervenção da psiquiatria na instituição penal a partir do século XIX não é consequência do desenvolvimento da teoria tradicional da (ir)responsabilidade penal de dementes, mas do ajustamento da necessidade de funcionamento da medicina como higiene pública e do funcionamento da punição legal como técnica de transformação individual. Estas duas novas exigências se ligam à transformação do mecanismo de poder através do qual se tenta controlar o corpo social nas sociedades de tipo industrial desde o século XVIII. Embora essa transformação tenha a ver com a composição entre o poder médico e o poder judiciário, para Foucault ela não deve ser entendida como simples efeito deste encontro, mas através da emergência em toda a sociedade moderna de um novo tipo de poder. Poder este que se apoia tanto na instituição judiciária quanto na instituição médica, mas que, em si mesmo, tem autonomia e suas próprias regras, o poder de normalização (FOUCAULT, 2001 e 2006b). As técnicas de normalização substituem o indivíduo juridicamente responsável “por um elemento correlativo de uma técnica que consiste em pôr de lado os indivíduos perigosos, em cuidar dos que são sensíveis à sanção penal, para curá-los ou readaptá-los” (FOUCAULT, 2001, p. 31).

No segundo capítulo de *Os Anormais* (2001), Foucault demonstra como o exame médico-legal contemporâneo substitui a demarcação dicotômica entre doença e responsabilidade, substitui a exclusão recíproca entre o discurso médico e o discurso judiciário pelo que o autor chama de jogo de dupla qualificação médica e judiciária. Essa técnica de dupla qualificação organiza um discurso essencialmente moral, parental-infantil, em torno do campo da perversidade e do problema do perigo social tendo como função detectar o perigo no réu e opor-se a ele. Para Foucault, o núcleo essencial, o núcleo teórico do exame médico-legal é constituído pelas noções de perversão e perigo. “Elementos manifestadamente caducos, ridículos ou pueris” (p.41) a exemplo de termos como “preguiça”, “orgulho”, “obstinação” e “maldade” vão aparecer no discurso do perito psiquiatra desqualificando-o como cientista quando foi precisamente pelo título de cientista que o convocaram. No entanto, essa puerilidade dos termos, das noções da perversão, tem a precisa função de servir de ponte entre as categorias jurídicas e as noções médicas, “permite pôr as noções médicas para funcionar no campo do poder judiciário e, inversamente, as noções jurídicas no campo de competência da medicina” (p. 42). O exame médico-legal

contemporâneo também possibilita outra operação, ele justifica “a existência de uma espécie de *continuum* protetor através de todo corpo social que irá da instância médica de cura à penal propriamente dita” (p.42). Estes dois polos de uma rede contínua de instituições têm como função responder de forma homogênea ao perigo, ao indivíduo perigoso, aquele que não é “nem exatamente doente nem propriamente criminoso” (p.43). Cabe a esta cadeia ininterrupta de instituições de vigilância médico-legal enquadrar a infância, a juventude, a juventude em perigo, etc.

Encontra-se assim inscrito, tanto na instituição psiquiátrica como na judiciária, o tema do homem perigoso. Cada vez mais a prática, e depois a teoria penal, tenderá, no século XIX e mais tarde no século XX, a fazer do indivíduo perigoso o principal alvo da intervenção punitiva. Cada vez mais, por seu lado, a psiquiatria do século XIX tenderá a procurar os estigmas patológicos que podem marcar os indivíduos perigosos: loucura moral, loucura instintiva, degeneração. (FOUCAULT, 2006b, p. 14).

Não obstante, a partir do século XIX ocorre a patologização de uma série de comportamentos, a exemplo da masturbação, da homossexualidade e da ninfomania que passaram a ser “(...) identificadas à loucura e consideradas como distúrbios manifestados por um ser incapaz de se adaptar à família burguesa europeia” (FOUCAULT, 2006a, p. 262). O mesmo acontece com variados crimes, desde incompreensíveis massacres a pequenos delitos, que passaram a ser relacionados a uma perturbação mais ou menos grave dos instintos ou dos estágios de desenvolvimento de um distúrbio degenerativo, “assim, vemos surgir no campo da psiquiatria legal novas categorias da necrofilia, (...) da cleptomania (...), do exibicionismo (...); ou ainda considerações, por essa psiquiatria, de comportamentos tais como a pederastia ou o sadismo” (FOUCAULT, 2006b, p. 16). Em vista disso, a verdade em relação à loucura manifesta entre os séculos XVII e XIX seria que a loucura nasce enquanto verdade simultaneamente ao nascimento da prática institucional do encarceramento (internamento). A verdade da loucura é constituída pelo internamento. Processos similares ocorrem com as questões da verdade do criminoso e da verdade sexual. “A partir dos séculos XVI e XVII, estamos em contato com três séries: exclusão-loucura-verdade, correção-prisão-verdade, comportamento sexual-confissão-verdade.” (FOUCAULT, 2006a, p. 332).

Contudo, para Foucault (2006a) a psiquiatria não nasceu do asilo, ela é parte integrante de um projeto social global. “Sem dúvida, um dos primeiros cuidados dos alienistas do século XIX foi o de fazer-se reconhecer como “especialistas”. (FOUCAULT, 2006a, p. 325). Especialista de um risco que ameaça todo o corpo social, a loucura e o louco. Assim, a medicalização da loucura se produziu por razões econômicas e sociais.

[...] o projeto psiquiátrico está ligado aos problemas colocados pela sociedade pós-revolucionária, industrial e urbana; ele se integrou a toda uma estratégia da regularidade, da normalização, da assistência, da habilitação de vigilância e de tutela das crianças, dos delinquentes, dos vagabundos, dos pobres, enfim, e sobretudo dos operários. (FOUCAULT, 2006a, p. 325).

De algum modo é possível reafirmar a consideração de Foucault (2006a) de que “(...) a partir do século XIX, todos nos tornamos psiquiatrizáveis” (p. 326), o que evidenciaria a consolidação do poder médico-psiquiátrico. É preciso lembrar que ao fim deste mesmo século a psiquiatria e o poder do médico foram colocados em questão, sobretudo pelo modo como este poder estava implicado na verdade daquilo que dizia e na forma pela qual a verdade podia ser produzida e comprometida pelo seu poder. O próprio Foucault (1984) traz como hipótese inicial desta crise a desconfiança e posterior confirmação de que Charcot produzia a crise histérica que descrevia. “Tem-se aí mais ou menos o equivalente à descoberta feita por Pasteur de que o médico transmitia as doenças que devia curar” (p. 123). O cerne da questão situa-se em torno desta relação de poder, na separação real entre aqueles que operam dispositivos de poder e aqueles que estão despojados de qualquer poder. Assim, para o autor, todas as reformas psiquiátricas que entram em curso “(...) são tentativas de deslocar a relação, mascarar-la, eliminá-la e anulá-la” (p. 123) com exceção da antipsiquiatria que se diferencia e singulariza pela luta contra a instituição: a instituição como lugar, como forma da distribuição e mecanismo de relações de poder, local de estabelecimento de um poder terapêutico e de adestramento, de “ortopedia”. As grandes estruturas asilares instauradas no começo do século XIX eram legitimadas pelo interesse comum entre as exigências da ordem social, que pedia proteção contra os loucos, e as necessidades da terapêutica, que pediam o isolamento dos doentes. “Sob as justificações de um internamento que permitiria, num lugar purificado, constatar o que se passa e intervir onde, quando e como se deve, ela faz aparecer

as relações de dominação próprias à relação institucional” (FOUCAULT,1984, p.126). O internamento do louco o faz entrar em uma nova ordem, a médica, transformando os errados e ilusórios em doente mental, o louco internado torna-se cidadão sem seus direitos, ficando à mercê dos médicos.

Desta maneira, Foucault (1984) questiona a forma de conhecimento não apenas da medicina, mas também da psiquiatria, da justiça penal e da criminologia. Estas disciplinas estiveram distantes da suposta neutralidade “sujeito-objeto” que compreenderia as normas de conhecimento, antes tiveram um papel ativo em criar condições propícias e privilegiadas para produção de determinado conhecimento. O conhecimento produzido nas sociedades ocidentais acompanha as principais mudanças das estruturas econômicas e políticas e se coloca em função das relações de saber-poder com elas. Trata-se principalmente de “(...) formas de poder-e-de-saber, de poder-saber que funcionam e se efetivam ao nível da ‘infraestrutura’ e que dão lugar à relação de conhecimento sujeito-objeto como norma de saber” (p. 117). Como um efeito o poder é sempre duplo, a produção da norma também produz seu desvio, a medicalização do hospital e a prática do exame produziram um vertiginoso aumento de documentação sobre os sujeitos.

Essa farta documentação – prontuários, regulamentos, normas, entrevistas –, produzida por psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e operadores do direito, é utilizada, quando necessária, para fixar uma identidade no corpo, seja do louco, doente ou condenado. Os documentos produzem uma verdade sobre o sujeito, constituem o sujeito como efeito e objetivo de poder. A partir daí esse saber vai operar sobre as virtualidades, ou seja, vai buscar determinar comportamentos futuros e ações esperadas, e também criar técnicas para evitá-las (DIAS, 2008, p. 26).

A associação do saber médico aos dispositivos de “disciplina-normalização” contribuiu para a expansão do poder médico e formatação de uma tecnologia política de “proteção” do corpo social. O objeto da medicina não se restringe mais ao corpo doente, estende-se ao corpo socializado, configurando uma relação anátomo-política de poder. Essa nova forma de poder se distingue de outras, pois ao invés de funcionar pela repressão e exclusão, realiza a inclusão densa e analítica dos elementos elaborando uma “arte de governar”, “precisamente no sentido em que se entendia, nessa época, o ‘governo’ das

crianças, o ‘governo’ dos loucos, ‘o governo’ dos pobres e, logo depois, o ‘governo’ dos operários” (FOUCAULT, 2001, p. 60). Este é um poder que funciona articulado à formação de um saber e que opera em numerosas e diversas instituições e aparelhos. Na esteira deste processo, os dispositivos psiquiátricos se exercitaram, se desenvolveram e se promoveram seja na produção de sintomas, na constituição do comportamento normal e anormal, na divisão do tempo e das singularidades somáticas dentro do hospício. É assim que a psiquiatria se erige como ciência dos anormais e das condutas anormais ampliando seus efeitos de poder de um modo mais geral na sociedade como um todo. Ela expande do rol de comportamentos que devem ser controlados e eventualmente punidos, não como crimes, mas como delinquências, como anormalidades. Isto é o que permite que a psiquiatria defina “políticas profiláticas de defesa social contra a ‘degeneração’, políticas que, em sua forma extrema podem ser encontradas no nazismo e no fascismo” (ALMEIDA, 2006, p. 365).

Para nós esta mesma lógica se atualiza no usuário de drogas, se não com todos, com uma parcela significativa deles, mormente aqueles que fazem uso de substâncias ilícitas. Embora o século XX se aposse de forma positivista da loucura (do “louco” ou do “doidão”) reduzindo-a um fenômeno natural, ligado à verdade do mundo, não se trata da descoberta científica, isenta e imparcial, de uma natureza selvagem da loucura ou do uso problemático de drogas, mas da construção tanto de uma como da outra em uma sociedade onde as relações são mediadas por jogos de saber/poder, isto é, a ideia da loucura e do uso de drogas como problemas só pode existir em uma sociedade. Elas não existem “(...) fora das normas da sensibilidade que a[s] isolam e das formas de repulsa que a[s] excluem ou a[s] capturam” (FOUCAULT, 2006a, p. 163).

Se a psiquiatria procurou a todo custo se fundar biologicamente, articulando as suas anormalidades com a Anatomia Patológica, isto se deve a primordialidade de se manter coerente e equilibrada no interior do saber médico. No entanto, os seus pontos de inserção com a Medicina se deram na regulação da vida social, na sua tarefa de racionalização da moralidade. Não se pode apagar as vinculações da psiquiatria com o espaço histórico que a possibilitou, não se pode perder a memória de seu nascimento e de suas condições de existência, dos seus compromissos e de suas responsabilidades com a Ordem que a possibilitou (BIRMAN, 1978; e Foucault, 2006a). À vista disso, é possível localizar na

passagem do século XIX para o século XX que a droga se torna mais um elemento produtor de anormalidade fazendo com que o uso destas substâncias passasse a ser considerado um comportamento perigoso e potencialmente criminoso. Assim como a loucura, o uso de drogas também se torna alvo de estratégias de poder (médicas e jurídicas) que visam normalizar seus usuários pondo em jogo as relações humanas de dominação. Neste contexto, o álcool foi a primeira substância psicoativa na mira das intervenções de higiene moral da psiquiatria.

1.4 O alcoolismo na mira da higiene moral

Retornemos a França nas primeiras décadas do século XIX. Neste período os médicos passam a ter uma preocupação com o surgimento e manutenção do alcoolismo no território francês, apesar deste se manter numa curva estável sem apresentar qualquer crescimento significativo com relação aos cem anos do século anterior. A preocupação com este tipo de problema surge devido ao crescimento assombroso do consumo de bebidas alcoólicas nos países do norte da Europa, sobretudo por conta do clima frio e do menor preço de venda. Conquanto o problema pudesse ser caracterizado geográfica e socialmente, a preocupação médica era de ordem sócio-moral (BIRMAN, 1978). “O alcoolismo era encarado num contexto mais amplo, que englobava a vida de um indivíduo tanto naquilo que o precedia, quanto nas consequências sócio-morais que acarretava” (IDEM, p. 301).

Os médicos admitem que o alcoolismo em parte era fisiologicamente determinado, o que dificultava a possibilidade do indivíduo se autocorrigir, mesmo se tivesse vontade para tal. A determinação fisiológica estava relacionada as más condições de vida das camadas mais baixas da população e aos indigentes em particular, ambas mal alimentadas. A fome provocava um mal-estar corporal que era combatido e apagado com o uso de bebidas alcoólicas. Por conta deste mecanismo, o fenômeno do alcoolismo se concentrava nestas camadas da população, enquanto que nas camadas melhores alimentadas predominava a “sobriedade”. Se a gênese social era colocada no nível da caracterização fisiológica, as consequências desta gênese repercutiam no funcionamento das instituições. O alcoolismo se tornou um objeto de preocupação médica generalizada ao ser apontado pelos próprios médicos como o principal responsável pelos delitos e desordens a que os operários eram

sujeitos, bem como uma das causas mais relevantes de “depravação” entre os indigentes (BIRMAN, 1978).

Portanto, o distúrbio moral e a demanda de uma moralização sobre o alcoolismo, não se colocava para a Medicina do ponto de vista de uma doença ou de um conjunto de doenças que produzissem lesões ou desregulações funcionais. Eram fundamentalmente os aspectos morais que se colocavam, representando a doença um dos itens desta desordem moral e um indicador da mesma. A diminuição da saúde seria um dos elementos da “degradação” global da moralidade, e a análise dos componentes produtores desta “degradação” nos revela nitidamente. (BIRMAN, 1978, 303).

Encontramos entre os componentes de degradação da moralidade por conta do alcoolismo itens como a preguiça, a jogatina, a falta de compromisso e falta de atenção com a família, a dificuldade de poupar dinheiro, entre outros que acarretariam na corrupção dos costumes e “degradação” da sociedade impulsionando ao crime em amplo sentido. Desta forma, o alcoolismo representa uma ameaça para o sistema normativo e intervir sobre ele significava a prevenção moral para os indivíduos e para a sociedade. O enquadre moral da etiologia foi determinante para que variadas táticas voltadas para a normalização da moral em diferentes escalas do espaço social entrassem em curso. A família, a indústria, a escola e o estado foram instituições medicalizadas como forma de atuar na cadeia etiológica do alcoolismo e assim preveni-lo (BIRMAN, 1978). Entretanto, havia uma maior preocupação com as crianças e os jovens, “base das gerações futuras, que deveriam ser cuidadosamente formados do ponto de vista normativo, recaindo neles de modo direto ou indireto todo o projeto de prevenção moral” (IDEM, p. 309 e 310).

A psiquiatria ocupava um lugar estratégico neste amplo ato Médico de intervenção no espaço social para moralizar o alcoolismo. Ela oferecia sua linguagem e seu saber para a validação teórica desta moralização, assim como também intervia diretamente no lidar com os alcoolistas inveterados, ou seja, aqueles que estavam ligados ao “vício” por tempo prolongado em suas vidas, incorrendo num uso contumaz de bebida por não resistir a um impulso interior. A intervenção psiquiátrica junto a este grupo se dava através da determinação de limiares que precisavam ser alcançados por este impulso interior. O impulso era considerado patológico quando abalava o sistema normativo, isto é, o impulso era

considerado de um alcoolista alienado quando tinha como consequência o descumprimento de regras sociais (BIRMAN, 1978). “A intensidade de algo que se dava no espaço interno era estabelecida em função de seus efeitos no espaço externo” (IDEM, p. 310).

Examinando este campo dos impulsos considerados patológicos por suas consequências morais, Joel Birman (1978) destaca que os casos de alcoolismo que de algum modo atacavam o corpo familiar e o corpo social corresponderam a uma grande transgressão da moralidade tornando-se, por causa disso, uma problemática a ser encarada na perspectiva da alienação mental. “O conceito de alienação mental se mostra aqui transparente na ordem de sua construção, tendo as normas como eixo fundamental de elaboração dos seus tipos e de seus limites” (BIRMAN, 1978, p. 311). É por conta desta acentuada fundamentação moral que se havia alguma questão teórica entre médicos desta época que colocava em dúvida a patologização do alcoolismo. A resolução desta questão se dava no campo prático onde o impulso interior incontrolável para beber correspondia a comportamentos que transgrediam o sistema normativo. Esta moralidade também foi determinada pela possibilidade do alcoolista comportar-se agressivamente ou de forma violenta, tornando a ocorrência de violência em estado de bebedeira objeto de preocupação psiquiátrica porque ameaçava o corpo dos outros. “Esta violência caracterizada por seus efeitos no espaço externo, passava então a ser construída como objeto patológico” (IBIDEM, p. 312). Deste modo, tendo a prevenção de periculosidade como fio condutor, a medicina e a psiquiatria interviram em diversos níveis sociais, realizando operações de higiene moral através da instituição de normas para regulação e controle do alcoolismo.

1.5 Considerações sobre o alcoolismo e a constituição da psiquiatria no Brasil

A psiquiatria surge no Brasil no século XIX dentro da medicina social e do projeto de medicalização da sociedade. Este processo foi objeto de análise de Machado *et al.* (1978), Birman (1978) e Costa (2007), entre outros autores, que, a partir de diferentes enfoques, se debruçaram sobre os espaços e as práticas que o poder psiquiátrico acionou ao longo da sua trajetória. O século XIX instala no Brasil duas das principais características da medicina: a

sua influência sobre a sociedade e sua atuação como braço científico do poder do Estado. É atuando nessa sociedade que o médico deve perceber se a doença vem do comportamento social e, se vier, criar o controle das virtualidades, a periculosidade.

Roberto Machado e colaboradores (1978) usam o termo “medicalização da sociedade” para se referir ao processo de intervenção sem limites que a medicina passa a ter no espaço urbano e mesmo na vida das pessoas a partir do século XIX. Leis e ações pontuais não são mais consideradas pelos médicos como suficientes para controlar o perigo urbano, o que torna necessário a produção de mecanismos de controle dos cidadãos que os tornem produtivos e inofensivos. O objetivo do poder médico é criar uma sociedade sadia e transformar indivíduos desviantes em seres normais. Para isso, o médico deverá ser institucionalizado e o alternativo, chamado de charlatão, repreendido pelo Estado. Quando o Estado passa a crer que pode intervir e decidir a vida dos indivíduos e da coletividade, a medicina passa a ser o seu braço de intervenção na saúde. Deste modo, no início do século XIX entra em prática a polícia médica que possui dois objetivos principais: 1) funcionar como meio de controlar e prevenir as doenças através de vigilância do comportamento e atitudes dos cidadãos; e 2) organizar e regulamentar a profissão médica.

Na década de 30, a moral aparece como domínio médico a partir do momento em que a medicina defende o equilíbrio e se opõe às paixões e aos excessos. A moral passa a ser causa da doença e se constitui como objeto da medicina. Nesse contexto, para que a saúde da população seja preservada, deve-se criar uma sociedade sem paixões, sem caos, onde predomine a ordem. E quem seríamos atores encarregados desta tarefa? Os próprios médicos, é claro, são eles quem devem guiar esse processo já que conhecem profundamente o homem (BIRMAN, 1978; e MACHADO *et al.*, 1978). Os médicos oferecem ao Estado o combate às epidemias, a participação na elaboração da legislação e a urbanização enquanto que caberia ao Estado, em contrapartida, lutar contra o charlatanismo. Para atingir seu objetivo de intervir na sociedade a medicina lança mão de diferentes táticas que reforçam seus laços com os aparelhos político-administrativos do Estado: criticam os vereadores leigos e suas decisões, oferecem aos membros da Câmara seu auxílio e iluminação e elegem médicos como vereadores. A primeira ação preventiva no Brasil é então proposta usando-se o argumento de que a cólera que se alastrava pela Europa poderia chegar aqui, esse argumento também tinha

como pretensão facilitar a correspondência e troca de periódicos com a Europa. Contudo, é em 1849 que os médicos conseguiram mostrar a eficácia das suas medidas, e isso justamente num momento em que o governo precisou desesperadamente de ajuda. Neste ano uma epidemia de febre amarela tomou conta da cidade do Rio de Janeiro e foi aí que as medidas propostas pelos médicos organizaram e controlaram a vida na cidade, girando tudo em torno de apaziguar a doença (MACHADO *et al.*, 1978).

Para a medicina social a presença do Estado é imprescindível, o que faz com que os médicos coloquem o seu conhecimento como sendo indispensável à atuação do Estado e assim, junto do Estado brasileiro, a medicina agirá pelo “governo das populações” e “controle dos indivíduos”. A medicina social é, portanto, um projeto político. É política no sentido não de concorrer com o Estado, mas de intervir na sociedade e pela relação de reciprocidade com o Estado. Precisa dele para exercer a prevenção das doenças e é útil para ele por ser um instrumento especializado capaz de prevenir doenças (MACHADO *et al.*, 1978). Esta aliança entre medicina e Estado perdura até hoje, por isso Madel Luz (1978) considera importante percebermos que Saúde, com letra maiúscula, e Política de Saúde, se referem a um setor de instituições no Estado que se ocupam menos da sanidade e do bem estar e mais da prevenção, da contenção da doença em camadas mais amplas ou mais restritas da população. Assim, Saúde se distingue da noção poética adota pela Organização Mundial da Saúde (“estado de bem-estar físico, mental e social”) e se assemelha à medicalização, remete às Instituição Médicas. Para esta autora, a saúde como estado positivo é vista como:

Conjunto de possibilidades concretas de a coletividade produzir e se reproduzir como coletividade, isto é, como criação coletiva constante das condições de existência da própria sociedade. Neste caso *saúde* remete diretamente às condições globais de vida (alimentação, habitação, repouso, educação e **participação decisória nos vários níveis da vida social**¹¹). (LUZ, 1978, p. 166).

¹¹ Grifos nossos, pois acreditamos ser esta uma condição fundamental para produção de saúde. Aprofundaremos esta discussão no terceiro capítulo.

Conforme já vimos no processo de constituição da medicina social na Europa, esta é uma medicina que nasce junto com o Estado Moderno, como parte de uma nova racionalidade governamental. O fator que “socializa” a medicina é o deslocamento do seu objeto da doença para a saúde, ou seja, não se pretende mais somente curar o corpo acometido por uma doença, mas impedir que ele fique doente. Por isso, a medicina social se torna um estudo sobre o que causa a doença e visa impedir que o sujeito entre em contato com aquilo que possa lhe causar a doença. No limite, “a medicina social é basicamente uma medicina preventiva” (MACHADO *et al.*, 1978, p. 248). A medicina desenvolvida no Brasil republicano foi bastante influenciada pela medicina social francesa e pelas noções de salubridade e insalubridade, que estão relacionadas às condições do meio em que se vive e ao quanto este meio afeta a saúde. Por isso, outra marca da medicina social é usar outras ciências nos métodos e conceituações, tal como a estatística. O natural (a química, a geologia, a geografia) e o social (a história, a economia) não se excluem, pelo contrário, se complementam. Na demanda de uma nova forma de intervenção, a medicina mudou sua estrutura, os seus fins e seu saber. A medicina social surge como um novo tipo de saber sobre o homem, que o olha tanto do ponto de vista físico quanto moral, além de também analisar a sociedade que está à sua volta. Essa nova medicina está imbricada com uma razão de Estado que não tem limites quando se trata do controle da população, configurando um verdadeiro Estado de polícia (BIRMAN, 1978; FOUCAULT, 2008; e MACHADO *et al.*, 1978). À vista disso, podemos afirmar a polícia médica é um elemento de caracterização fundamental a medicina social:

Sistema de medição da mortalidade e morbidade; normalização do saber e prática médicos; criação de uma organização administrativa para controlar os médicos a nível de ministério – órgão especializado encarregado de acumular informações, verificar tipos de cura, agir sobre epidemias, etc. -; nomeação de funcionários médicos responsáveis por uma região. (Machado *et al.*, 1978, p. 257).

A polícia médica demonstra que a medicina social está ligada a uma ação permanente de controle. “O médico não é apenas alguém que possui uma técnica, conhece os grandes tratados teóricos, observa e, portanto, detém um saber. É também uma autoridade, alguém que intervém: decide, executa, fiscaliza, pune” (MACHADO *et al.*, 1978, p. 258). O médico

se torna a autoridade legítima para agir dessa forma, e não apenas um saber científico neutro que forneça informações a uma autoridade superior. Enquanto autoridade social, o médico passa a ter influência decisiva nos destinos da comunidade e nos seus processos cotidianos de existência. Desta forma, a medicina passou a ter outras esferas de intervenção, não se restringia mais ao atendimento de doentes, mas ampliava suas ambições. Todo o espaço social era passível de intervenção médica e logo a cidade passa a ser alvo destas intervenções, ela é vista como um foco de doenças devido ao grande número de pessoas coabitando. Então, a medicina deve defender o homem contra o seu próprio modo de vida desordenado e age em dois sentidos: nos aspectos naturais e sociais para que, com a saúde em dia, o Estado possa funcionar bem. Toda a reflexão da medicina social está centrada no homem: o homem é responsável pela desordem urbana e é a principal vítima dessa desordem. Destarte, essa desordem corrompe o homem não só fisicamente, mas moralmente também. Esse fato afeta diretamente o Estado, que deve manter a ordem através da ação médica (BIRMAN, 1978; e MACHADO *et al.*, 1978).

A medicina foi transformada num poder que funcionava articulado com o Estado na manutenção da ordem. “Começa a surgir algo que se definia como as ‘doenças das Sociedades’, que seriam o conjunto de obstáculos que se oporiam ao ‘progresso’ social. Os crimes e a alienação mental constituiriam exemplos privilegiados, assim como todas as faltas e ataques ao sistema de regras estabelecidas” (BIRMAN, 1978, p. 253). É neste espaço histórico que os conceitos de norma e normal foram constituídos e que a medicina, enquanto investigadora do homem do ponto de vista físico e moral, poderia ser então encarada como instrumentadora do Estado para intervenções em diversos níveis da sociedade submetendo ao seu controle primeiro a cidade, depois as instituições¹² e por fim os próprios indivíduos. É assim que no seio da medicina social constitui-se a medicina mental como uma instituição que tinha como objetivo cuidar dos obstáculos morais que atrapalhariam o progresso do país.

Até a segunda metade do século XIX, os doentes mentais que habitavam o Rio de Janeiro não se beneficiavam de nenhuma assistência médica

¹² Roberto Machado e colaboradores (1978) descrevem detalhadamente o processo de medicalização do hospital, do cemitério, da escola, do quartel, da prisão, do bordel e da fábrica na cidade do Rio de Janeiro.

específica. Quando não eram colocados nas prisões por vagabundagem ou perturbação da ordem pública, os loucos erravam pelas ruas ou eram encarcerados nas celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia (COSTA, 2007, p.39).

A partir de 1830 médicos higienistas começam a solicitar, entre outras medidas de higiene pública, a construção de hospício para os alienados. Estes médicos se servem de alguns periódicos da época para desencadear um importante movimento de opinião pública em favor de seu pleito, tendo como principal argumento o de propiciar aos loucos um espaço onde pudessem ser tratados segundo os princípios do tratamento moral. “Em outras palavras, o que se exigia era que os loucos, uma vez qualificados de doentes mentais, fossem tratados medicamente”. (COSTA, 2007, p. 40). Em 1852 foi inaugurado o Hospício D. Pedro II, cuja direção permaneceu confiada aos religiosos da Santa Casa de Misericórdia até 1881, ano de criação da cadeira de “Doenças Nervosas e Mentais”, e momento em que um médico generalista assumiu a direção do estabelecimento. O primeiro psiquiatra a ocupar este posto foi Teixeira Brandão em 1886. “Em 1890, após a instauração da República, o Hospício D. Pedro II passa a chamar-se Hospital Nacional dos Alienados, e é separado da Administração da Santa Casa para colocar-se sob a tutela do Estado” (COSTA, 2007, p. 40).

A Psiquiatria se torna uma especialidade médica autônoma em 1912 e a partir desta data até 1920 houve um aumento significativo no número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais no Rio de Janeiro. Em 1923 foi fundada também no Rio de Janeiro a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). Para Jurandir Freire Costa (2007), a Psiquiatria no Brasil das três primeiras décadas do século XX era produto de um atraso histórico que a limitava a “reproduzir o discurso teórico da Psiquiatria francesa e a seguir a prática ditada pelo pessoal leigo ou religioso, encarregado da administração dos hospitais” (p. 41). Juliano Moreira e seus discípulos tentaram dar um novo ímpeto a Psiquiatria brasileira propondo e organizando fundamentos teóricos, práticos e institucionais que constituíram um sistema psiquiátrico coerente. Contudo, a falta de uma tradição científica mais sólida acabou expondo uma grande vulnerabilidade diante dos preconceitos culturais da época e a dificuldade que eles tinham em delimitar o campo próprio da Psiquiatria.

Esses psiquiatras tinham todos tendência a confundir ou, pelos menos, a associar indevidamente os problemas psiquiátricos aos problemas culturais em geral. Para eles, os fenômenos psíquicos e culturais explicavam-se, unicamente, pela hipótese de uma causalidade biológica que, por sua vez, justificava a intervenção médica em todos os níveis da sociedade (COSTA, 2007, p.42)

A LBHM herdou este sistema e veio a transformá-lo numa doutrina na qual a causalidade biológica em Psiquiatria se tornou um elemento apriorístico. No entanto, Costa (2007) nos alerta que esse biologismo só conseguiu inscrever-se no pensamento da LBHM porque se conformou aos preconceitos da época, pois se tratava de um biologismo com fundamento ideológico, eugênico, e não das verdadeiras hipóteses biológicas sobre o funcionamento mental dos indivíduos. Nesse sentido, a pesquisa empreendida por este autor analisa como o contexto cultural influenciou as teorias psiquiátricas. Para ele a LBHM nos ensina que “o pensamento psiquiátrico brasileiro tem uma origem e uma evolução, de que dão testemunhos os impasses. As rupturas e transformações que ele sofreu” (p. 18). Levando-se isto em consideração, tentaremos tecer algumas relações entre o alcoolismo e a constituição da psiquiatria no Brasil a partir de seu livro: *História da psiquiatria no Brasil* (2007).

O objetivo inicial da LBHM era o de melhorar a assistência aos doentes mentais por meio da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos. Entretanto, a partir de 1926 os psiquiatras começaram a elaborar projetos que ultrapassavam as pretensões iniciais da instituição e que visavam a prevenção, a eugenia e a educação dos indivíduos. Se até então as atividades psiquiátricas eram exercidas no interior dos estabelecimentos psiquiátricos, daquele momento em diante elas se deslocam pouco a pouco para o terreno social, isto é, “o alvo de cuidado dos psiquiatras passou a ser o indivíduo normal e não o doente. O que interessava era a prevenção e não a cura” (COSTA, 2007, p. 47). Esta dilatação das fronteiras da Psiquiatria apoiava-se na noção de eugenia e nos seus progressos teóricos que, no pensamento da LBHM, tornavam imperativa a mudança nos programas de higiene mental. Em outras palavras, a eugenia foi usada pelos psiquiatras da LBHM como justificativa científica para a invasão do campo social pela higiene mental. Não à toa, entre 1928 e 1934 os psiquiatras definem-se cada vez mais como higienistas. Contudo,

a questão do cuidado eugênico da raça brasileira não foi introduzida no Brasil pelos médicos, mas pelos intelectuais ligados a outros segmentos uma vez que a intelectualidade brasileira enfrentava graves problemas ideológicos na época, encontrando na eugenia uma solução. As duas primeiras décadas do regime republicano foram atravessadas por convulsões ligadas a abolição da escravatura, a imigração europeia, a migração dos camponeses e antigos escravos para as cidades, além dos efeitos econômicos da industrialização nascente. Frente a este cenário de tensões sociais, a elite dirigente buscava justificar sua legitimidade por todos os meios e assim defendem “uma democracia inexistente que, em nome da igualdade dos homens, ratifica as desigualdades” (COSTA, 2007, p. 50). Em vista disso, o que os psiquiatras da LBHM fizeram foi retomar de forma oportuna um tema cultural em seus programas de higiene mental. “Com a eugenia, o racismo entrava na sua era *científica*, pois sentia-se legitimado pela Biologia. É essa pesada herança cultural que os psiquiatras da LBHM vão tentar incorporar, por todos os meios, aos seus programas de higiene mental” (COSTA, 2007, p. 52).

Por um período inicial a eugenia restringia-se, exclusivamente, à prevenção das doenças mentais apoiando-se na noção de herança genética da doença mental defendida pela Psiquiatria organicista da época. Entretanto, a partir de 1931 os psiquiatras partidários da higiene social passam a considerar patológicos os atributos psíquicos dos indivíduos não-brancos cujo o único remédio seria o saneamento racial proposto pela eugenia. Desde então entram em curso novas maneiras de conceber e aplicar as medidas eugênicas. Um acontecimento neste sentido foi o governo da Revolução de 30 aparentemente ter apoiado as campanhas antialcoólicas dos psiquiatras da LBHM. “Esse apoio liga-se, por um lado, à vigilância policial mais severa dos delinquentes, alcoólatras e outros marginais e, por outro lado, à criação do Departamento Nacional de Saúde” (COSTA, 2007, p. 59). Em consequência disso, é provável que os psiquiatras tenham acreditado em poder dispor de um sistema médico-policial organizado em escala nacional e por isso tenham criado a expectativa de estender seus métodos de higiene mental a todo povo brasileiro. Desde 1926 a LBHM havia insistido para que o governo brasileiro adotasse uma lei proibicionista semelhante à americana, o que demonstra a notória influência do antiliberalismo na Liga. Tal influência, por sua vez, ajuda a mostrar que a LBHM não analisou com isenção as provas científicas que

legitimavam os projetos eugênicos e as campanhas antialcoólicas são prova disso. Em 1930, os psiquiatras elaboram um projeto draconiano de lei antialcoólica que acaba sendo recusado pelo Congresso Nacional. Embora o alcoolismo fosse reconhecido como um grave problema na época, estava longe de ser o flagelo em os psiquiatras queriam transformá-lo (COSTA, 2007).

Os psiquiatras definiam o alcoolismo como uma doença hereditária que deveria ser tratada e prevenida através de medidas eugênicas. Segundo eles, o número de *alcoólatras degenerados* aumentaria progressivamente, caso não se pudesse controlar sua prole (COSTA, 2007, p. 88).

Ernani Lopes, por exemplo, afirmava que o alcoolismo e a sífilis eram os dois fatores hereditários mais importantes da delinquência infantil. No entanto, essa afirmação não se baseava em nenhum fundamento científico, tonando-se compreensível somente quando se leva em conta a tentativa de associar essas duas doenças a noção de corrupção moral. O alcoolismo e à sífilis remetiam a ociosidade, à prostituição e aos vícios que apavoravam os psiquiatras. A LBHM tentava a todo modo demonstrar que suas campanhas estavam surtindo um efeito de redução do alcoolismo, mas as estatísticas publicadas por eles mesmos não podiam comprovavam isso. Os números “não confirmavam nem a previsão de que o número de alcoólatras devia aumentar inexoravelmente, nem a necessidade de leis proibicionistas do tipo norte-americano e, ainda menos, a necessidade de segregar e esterilizar os indivíduos sob pretexto de que sua descendência seria alcoólica e degenerada” (COSTA, 2007, p. 88). Entretanto, os psiquiatras tentavam sustentar seus argumentos no organicismo e principalmente no antiliberalismo, moralismo, racismo e xenofobismo subjacentes as suas opiniões e propostas de intervenção. A abordagem organicista de um fenômeno de natureza psicológica e sociológica limitava sua compreensão de um fenômeno que eles mesmos haviam alçado ao lugar de problema de saúde pública. Esta contradição fica evidente em 1930 na incoerência da LBHM ao mesmo tempo que apregoava a vitória das campanhas antialcoólicas também proclamava a necessidade de uma maior repressão ao alcoolismo, apresentado, então, como um perigo para a sociedade (COSTA, 2007).

Entre suas estratégias de construção do problema a LBHM deixava transparecer seu julgamento moral, pois apesar de toda intolerância ao alcoolismo nada impedia que os psiquiatras fizessem uma “distinção entre alcoolismo *aceitável*, que era o das pessoas respeitáveis, e o alcoolismo *inaceitável*, aquele dos pobres” (COSTA, 2007, p. 99), isto é, o antialcoolismo da LBHM era uma defesa dos padrões morais do grupo social a que a maioria dos psiquiatras pertencia. Os psiquiatras da Liga também tentaram articular o alcoolismo aos negros afirmando que este era mais frequente no negro por causa de sua herança racial, contudo o problema estava estreitamente ligado às condições das massas urbanas e o argumento racista pode ser contraposto pela oscilação encontrada na taxa de alcoolismo da comunidade negra. Ou seja,

Submetidos a condições de vida extremamente inumanas, os negros e brancos pobres foram forçados, para sobreviver, a recorrer à marginalização, vagabundagem, à prostituição e ao alcoolismo. O alcoolismo era uma constante nesta situação social e, por isso, os psiquiatras tomaram-no como causa da desorganização moral e social da sociedade. Para eles, a desestruturação da sociedade brasileira tinha verdadeiramente uma origem alcoólica (Costa, 2007, p. 91).

Durante a IV Semana Antialcoólica promovida pela LBHM, em 1932, Ulysses Pernambucano comenta, a propósito de uma crítica feita à lei seca norte-americana, que a rebeldia a esta lei no estado de Nova Iorque estava relacionada ao grande número de estrangeiros em sua população e que por isso não poderia ser generalizado para todos os Estados Unidos. Esse comentário revela a influência xenofóbica que também permeava o pensamento da LBHM (COSTA, 2007).

A vitória das forças antiliberais da Revolução de 1930 foi recebida de muito bom grado pelos psiquiatras que, desde a ascensão do novo regime político, não cessaram de lhe fazer elogios através da revista *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, principal órgão de difusão das ideias da LBHM. Por conseguinte, também faziam cada vez mais apelo às medidas políticas para solucionar problemas psiquiátricos e “as vias políticas assumidas pela LBHM para resolver as questões de higiene mental tornavam-se, nitidamente, policialescas” (COSTA, 2007, p. 93). Em 1934 a colaboração entre a polícia e a LBHM são efetivadas na

assunção pela polícia de várias medidas recomendadas pelos psiquiatras que, por sua vez, aumentam a vigilância e controle sobre os alcoólatras. A convergência de esforços entre a LBHM e a polícia em torno um único objetivo evidencia que não havia diferença entre os objetivos particulares da Liga os objetivos da polícia, muito embora os psiquiatras não tivessem nenhuma prova clínica ou estatística que pudesse justificar o excesso de repressão quisto para combater esta doença (COSTA, 2007).

Retrospectivamente, pode-se ver que pouco faltou para que no Brasil se instalasse a prática de internamento psiquiátrico compulsório, por motivos outros que não as doenças mentais. Em resumo, os métodos autoritários pedidos pelos psiquiatras para fazer face ao alcoolismo e à doença mental em geral derivavam da convicção pessoal que eles tinham quanto à maneira de bem governar um povo ou um país (COSTA, 2007, p. 94).

Desta forma, o comportamento “cientificista” dos psiquiatras da LBHM lhes cegou para a inserção de seus valores morais frente às aspirações da prevenção eugênica das doenças. Convictos de que a ciência é neutra não se deram conta de o quão estavam impregnados do ideário fascista que definia portadores de transtornos psíquicos como seres humanos “degenerados”. A ideia de uma “natureza humana” ou de uma “essência universal do sujeito da Psiquiatria” impediu que os psiquiatras da LBHM percebessem que “os sujeitos podem comportar-se, sentir, desejar ou descrever a si próprios de uma certa maneira, em dadas circunstâncias históricas” (COSTA, 2007, p. 33). Se é possível falar em alguma natureza humana, essa “é uma ideia cultural como qualquer outra, e, na cultura ocidental democrática e humanista, essa ‘natureza’ foi descrita como passível de reinvenção, dentro dos limites impostos pela plasticidade, fecundidade e variabilidade de nosso equipamento biológico” (COSTA, 2007, p. 9). Assim nos colocamos junto com Costa (2007) aceitando sua recomendação pragmática de ver o sujeito como uma entidade sempre aberta a novas descrições.

1.6 Fragmentos de uma genealogia dos saberes médicos e as drogas

Dentre tantos temas que imbricam num contínuo os saberes médicos e as humanidades, um dos mais complexos é o consumo de substâncias psicoativas (SPA), chamadas comumente de “drogas”. Desde a pré-história até os dias de hoje, pessoas de diferentes culturas têm aprendido a usar plantas, substratos vegetais e substâncias de origem animal para produzir estados alterados de consciência com os mais diferentes e variados propósitos (MACRAE, 2001). Pode-se dizer que ao longo da história as drogas tiveram três principais propósitos de uso: religioso, recreativo e médico. Dentre eles, destacaremos o uso médico que, por sua vez, remonta aos tempos mais antigos. Um tratado médico chinês escrito no século I, cujas informações remontam 3.000 anos, afirma que “o cânhamo tomado em excesso faz ver monstros, mas se utilizado por um longo tempo permite a comunicação com os espíritos e o alívio do corpo” (ESCOHOTADO, 1994, p. 6). No século XI, eclesiásticos que retornaram das cruzadas na Terra Santa mostram-se positivamente surpresos com a eficácia dos médicos árabes, apontando-os como generosos dispensadores de drogas psicoativas. No século XIV o uso de ópio como um anestésico já estava bastante difundido entre os médicos hipocráticos e seguia se difundindo por toda Europa como a panaceia terapêutica do Ocidente. Entretanto, o período de caça às bruxas tornou o uso de SPA inseguro e ainda havia perigos que cercavam o uso destas substâncias, pois qualquer indivíduo que não tivesse o devido respaldo para usá-las poderia ser processado, torturado ou mesmo queimado vivo. Assim, tornava-se necessário estabelecer uma demarcação entre farmacologia e magia que permitisse criar um tipo de comércio, distinto do popular, a nível universitário, que fosse capaz de suportar as ameaças do inquisidor, o que, por sua vez, colaborou para a normalização da formação médica e, por conseguinte, na sua conformação como um saber científico (ESCOHOTADO, 1994).

Na renascença Copérnico, Galileu, Bacon e Descartes foram alguns dos grandes filósofos que contribuíram para uma grande revolução científica e cosmológica que, em linhas gerais, trazia uma compreensão do mundo em termos lógicos, racionais, o mundo passa a ser visto como um grande mecanismo. Essa nova forma de enxergar o mundo se estende a medicina, nessa época a anatomia-fisiológica começa a se tornar base do saber biomédico. Vesalius é o primeiro a dissecar corpos humanos em público, até então os corpos

humanos eram sagrados e invioláveis. Esta mudança torna-se possível por conta de uma profunda transformação nas concepções e práticas europeias a respeito do que são o “corpo humano” e a “pessoa humana”. “Pois foi necessário “fechar” simbolicamente o corpo em plano que não o da “pessoa” para que ele pudesse ser “aberto” de modo a expor suas entranhas” (VARGAS, 2008, p. 57). A dissecação de corpos possibilitou a análise dos tecidos e superação da concepção das doenças e tratamentos em termos “mágicos”, ou seja, como resultantes de causas naturais (VARGAS, 2008).

Este novo ambiente possibilitou o uso de diferentes substâncias no processo de tratamento que ganha nova e especial importância provocando outra mudança decisiva para as teorias médicas e práticas terapêuticas, a introdução da alquimia, isto é, da química, na medicina. Os europeus foram em busca das práticas alquímicas no Oriente, mais precisamente com os árabes. Sem dúvidas, Paracelso é quem produz o matrimônio entre terapêutica e química tornando-se o grande expoente destas práticas na Europa (ESCOHOTADO, 1994; e VARGAS, 2008).

Para Paracelso, as doenças não resultam do desequilíbrio dos humores ou fluidos corporais, não devendo, portanto, ser tratadas mediante dieta, sangrias e purgas; segundo ele, as doenças constituíam “entidades” (*ens*) que deviam ser tratadas mediante o emprego de substâncias químicas. Ele postulava ainda que todas as substâncias da natureza podiam exercer influências positivas (e constituir-se, nesse caso, como *essentia*) ou negativas (e tornar-se, nesse caso, *venena*), sendo a diferença entre *essentia* e *venena*, basicamente, uma questão de dose, já *dosis sola facit venenum*. (VARGAS, 2008, p. 45).

No curso do desenvolvimento da medicina ocidental e do aperfeiçoamento das práticas terapêuticas não foi a elaboração de melhores teorias médicas que se constituiu como ponto decisivo na arte de curar, mas dois fenômenos foram determinantes para tal, o que Foucault (1980) chamou de “nascimento da clínica”, gestado na conexão entre anatomia patológica e a já antiga experiência clínica, resultando em uma nova estrutura de entendimento dos fenômenos de adoecimento; e a introdução nas práticas médicas de substâncias “puras” produzidas pela química de síntese. “Até o século XIX, a produção de substâncias de uso terapêutico envolvia o emprego quer de plantas inteiras, frescas ou secas, quer de produtos caracterizados pela mistura de uma impressionante variedade de

substâncias, como tinturas e as ancestrais triagas.” (VARGAS, 2008, p. 49). O século XIX marca uma nova era na arte de curar através do isolamento do princípio ativo de diversas substâncias – a morfina (1806), a codeína (1832), a atropina (1833), a cafeína (1841), a cocaína (1860), a heroína (1883), a mescalina (1896), e os barbitúricos (1903). Os novos fármacos produzidos a partir deste processo eram mais puros e de manejo mais fácil que as plantas das quais eram extraídos, já que suas dosagens podiam ser calculadas com maior exatidão. Isso provoca uma drástica mudança na capacidade de intervenção terapêutica da medicina. Contudo, as últimas décadas deste século também são marcadas por uma feroz batalha de médicos e farmacêuticos contra curandeiros e herboristas, cujo o principal objetivo era consolidar um monopólio dos primeiros sobre as drogas (ESCOHOTADO 1994). O que estava em disputa era a legitimação dos poderes de quem poderia fabricar e vender e de quem poderia prescrever e aplicar as drogas.

Apesar da introdução de novas drogas nas práticas terapêuticas, uma questão permanecia em aberto, quais seriam mesmo seus mecanismos de ação e de eficácia? Mais uma vez os aportes consignados a químicas foram fundamentais, os estudos conduzidos por Louis Pasteur e Robert Koch possibilitaram a descoberta das “causas primárias” das doenças contagiosas, que são as propriedades toxicogênicas dos micróbios. Outro salto foi dado por Paul Ehrlich que por meio da química procurou “substâncias que tivessem afinidades específicas com determinado parasita e suas toxinas” (CANGUILHEM *apud* VARGAS, 2008, p. 50). Ehrlich nomeou esses compostos químicos de “balas mágicas” lançando as bases para a quimioterapia. Contudo, mesmo com os resultados práticos relativamente imediatos da seroterapia, anti-sepsia, quimioterapia, “(...) a inovação mais importante foi, certamente, a elaboração de antibióticos a partir das décadas de 1930, quando se iniciou a produção laboratorial de sulfanilamidas, e de 1940, quando se iniciou a produção industrial de penicilinas” (VARGAS, 2008, p. 51).

Durante todo século XX, a produção de drogas medicamentosas aumentou de modo quase que ininterrupto. A proliferação de fármacos e sua introdução na terapêutica foi premente no desenvolvimento da biotecnologia e da medicina experimental, esta última não se separa do desenvolvimento das sociedades científicas e industriais. Tais acontecimentos são parte de um processo mais amplo e contemporâneo ao desenvolvimento do capitalismo em fins do século XVIII e início do século XIX, a medicalização dos corpos e da vida. O

referido processo contribuiu para garantir uma maior expectativa de vida de milhões de pessoas, mas também teve seus efeitos iatrogênicos, a exemplo do uso desenfreado de fármacos que tem efeitos colaterais deletérios. O aumento do grau de pureza dos medicamentos e a intensificação de seu uso potencializaram seus efeitos secundários não desejados. A preocupação com a segurança dos medicamentos é recente embora efeitos inesperados ou danosos de remédios quimicamente produzidos tenham sido observados desde sua introdução no início do século XIX. Como exemplo disso, Eduardo Vargas (2008) chama atenção para um caso especial, a talidomida, cujos efeitos nocivos de seu consumo, quando percebidos, foram fundamentais para a consolidação da preocupação pública com o problema da segurança dos fármacos (VARGAS, 2008).

É na passagem para a sociedade urbano-industrial que surge no Ocidente o proibicionismo como “uma prática moral e política que defende que o Estado deve, por meio de leis próprias, proibir determinadas substâncias e reprimir seu consumo e comercialização” (RODRIGUES, 2008, p. 91), em pouco tempo o proibicionismo tomou forma de uma doutrina legal para tratar a questão das “drogas” difundindo-se a nível mundial. O processo de constituição do proibicionismo contou com a crescente influência da medicina científica, que se atribuiu o direito de definir os usos legítimos e ilegítimos de drogas a partir de conceitos baseados principalmente na natureza farmacológica destas substâncias, respaldando, assim, leis e políticas públicas adotadas pelos estados sobre o assunto. Foram nominalmente os saberes médico-farmacológicos os mais acionados para dar chancela e respaldo científico a leis e políticas de repressão em diversos países (ESCOHOTADO, 1994; RODRIGUES, 2008; VARGAS, 2008; e MARTINS & MACRAE, 2010).

A tônica destas políticas é marcada pela distinção entre drogas e fármacos e pela repressão a todas as formas de uso não médico de praticamente todas as drogas rotuladas como psicoativas, com as notórias, apesar de controversas, exceções do álcool etílico e do tabaco” (...). Não é à toa que a criminalização de certo conjunto (de usos) de substâncias se deu em conjunção com a invasão farmacêutica e com o crescimento da importância social das atividades biomédicas. Também não é à toa que a restrição do sentido do vocábulo drogas tenha sido contemporânea desses processos (VARGAS, 2008, p. 54).

Vargas (2008) aponta para algo que nos parece relevante, um duplo fundamento (médico e jurídico) das políticas de repressão em torno das drogas ilícitas que por um lado endurece as medidas de repressão em torno da produção e do tráfico de drogas e, por outro, oferece como alternativa para tratar do problema medidas de saúde pública, “cadeia para produtores e traficantes, clínicas de tratamento para usuários” (p. 55). A Convenção Única de Nova Iorque, em 1961, é um bom exemplo de explicitação deste duplo fundamento, pois entre as medidas propostas estão a classificação de drogas psicoativas segundo suas propriedades farmacológicas, medidas de controle, fiscalização e repressão contra o tráfico, bem como medidas de tratamento. Não por acaso ao assistirmos atualmente o crescente questionamento quanto a ineficácia das medidas de repressão em reduzir o tráfico de drogas, as medidas oficiais tendem a não tratar a questão como sendo tanto e apenas da alçada jurídica, mas, também da alçada da saúde pública.

O controle e regulamentação do uso de drogas foi parte fundamental da consolidação da autoridade médica no século XIX e princípio do XX, período em que se cristaliza no Ocidente quais são os usos legítimos (pois baseados na ciência médica ocidental) e quais são ilegítimos (práticas tradicionais ou que escapassem, de algum modo, aos cânones médicos). Quando o Estado entra nesse debate, a fixação de leis define o ‘cientificamente legítimo’ como legal e o ‘cientificamente ilegítimo’ como ilegal. Num momento subsequente, a regulamentação sobre o uso de drogas complementa esse percurso ao estabelecer regras para produção, rotulagem e elaboração de listas de drogas que poderiam ser receitadas pela medicina cancelada pelo Estado (RODRIGUES, 2008, p. 97).

1.7 Dispositivo das drogas

Apesar da grande influência do proibicionismo nas atuais leis e políticas sobre drogas, o que vem contribuindo para a redução do problema ao âmbito moral, moral essa não num sentido crítico do “modo de agir razoável diante de valores, hábitos e costumes de uma época e em contextos de convivência, mas como sua degeneração moralista” (TIBURI & DIAS, 2013, p. 22), é importante reconhecer que as relações que a maioria das sociedades contemporâneas sustenta com as drogas não são unívocas, pelo contrário, são bastante ambivalentes e marcadas simultaneamente pela repressão e pela incitação ao consumo. Este é um problema que não existiu desde sempre, sendo uma invenção relativamente recente que

possibilita a formulação de que as relações que as sociedades contemporâneas mantêm com as drogas possam se configurar numa espécie de *dispositivo drogas*, num sentido próximo ao que Foucault (1988) estabeleceu para o “dispositivo da sexualidade”, conforme propõe autores como Eduardo Vargas (2008) e Márcia Tiburi & Andréa Dias (2013).

De fato, mais do que se apropriar da experiência do consumo de drogas, o que as sociedades contemporâneas parecem ter feito foi criar literalmente o próprio fenômeno das drogas: mais remotamente, com a loucura das especiarias e, mais recentemente, com o duplo processo da invasão farmacêutica e da criminalização das drogas assim tornadas ilícitas (VARGAS, 2008, p. 55).

Para Márcia Tiburi e Andréa Dias (2013), as tentativas da medicina e da psiquiatria em dar resposta à questão das drogas através do discurso científico mostram os limites próprios a estas ciências. Discurso nada mais é que a construção de uma verdade por meio de repetição operada por um campo de saber, “verdades” “inventadas à base de imposições sutis ou não sutis” (p.83). Dessa forma, o Discurso é um mecanismo de poder que age por construção de falsas verdades, assim também funciona o saber sobre as drogas, no exercício de poder que privilegia a fala que o convém para, desta forma, se autoconservar. Neste jogo de poder se convencionou o saber médico/psiquiátrico como o discurso legítimo sobre drogas deixando-se em segundo plano uma gama de outros saberes e verdades sobre o tema, a exemplo dos saberes “místicos” como os relatados por Carlos Castaneda (1972) em *Viagem a Ixtaln*, ou saberes provindos das experiências de alteração de consciência registrados em obras como *As Portas da Percepção* de Aldous Huxley (1957) e *Os Paraísos Artificiais* de Charles Baudelaire (2005), ou mesmo as inúmeras e significativas contribuições de pesquisadores das Ciências Sociais como Norman Zimberg, Howard Becker, Edward Macrae, Gey Espinheira só para citar alguns entre tantos que poderiam ser aqui mencionados. A hegemonia do discurso médico/psiquiátrico sobre o tema só pode ser entendida no contexto do que Foucault (2008) chamou de “poder biopolítico” sobre a vida, na ação sobre o homem não enquanto corpo, como na chamada sociedade disciplinar, mas enquanto espécie, “população”, no que este autor chamou de sociedade de segurança. É neste contexto que o dispositivo médico/psiquiátrico se articula ao moralismo social para constituir um tabu e manter a ordem. Quando colocamos em relação o conjunto de mecanismos, de discursos e

práticas que são produzidos em torno das drogas, tornando-as foco da atenção da ciência, da moral, do direito e do Estado, podemos pensar nelas como um dispositivo.

Dispositivo das drogas’ significa, nesse caso, que se disputa a verdade sobre as drogas num ‘campo de forças’ e que é essa verdade que vem regular seu uso, o comportamento em torno dela (...). Em outros termos, podemos dizer que a questão das drogas, seus discursos e suas práticas, insere-se naquilo que podemos chamar com Foucault de ‘sociedade de segurança’, aquela que reedita a estrutura da lei e da disciplina (com o apoio do direito e da ciência) e que se sustenta na penalidade ou nos procedimentos relativos à vida biológica, como mecanismos de controle social (TIBURI & DIAS, 2013, p. 86).

Os dispositivos podem ter significado jurídico, tecnológico e militar, aos quais poderíamos acrescentar uma definição teológico-econômica proposta na exposição de Giorgio Agamben (2009). Este autor refere que o termo o dispositivo – *o dispositio* – vêm do termo grego *oikonomia* que, por sua vez, diz respeito ao governo providencial divino que pode administrar a vida dos homens salvando-os. Nesse cenário, a *oikonomia* é tomada como o governo divino do mundo e explica como a Igreja pode administrar o mundo em nome de Deus. “Ou como os dispositivos contemporâneos carregam uma promessa de felicidade como um ideal de paraíso ao alcance de todos os que podem ‘comprar’” (TIBURI & DIAS, 2013, p. 87). Em um mundo atravessado pelas relações de mercado, as SPA também se transformam em mercadorias criando dois dos maiores e mais rentáveis mercados do mundo, a indústria farmacêutica, que comercializa as substâncias lícitas com uso legitimado pelo saber médico, e o narcotráfico, que comercializa as substâncias ilícitas. Isto “porque os remédios normais nem sempre aliviam a pressão¹³”, mas para quem tem “amigos nas farmácias e quando a erva faltava, qualquer droga era boa¹⁴”. Usamos estes trechos de músicas para, de forma descontraída, exemplificar que as drogas lícitas e ilícitas são duas faces da mesma moeda. A estratégia proibicionista de tornar ilícito um conjunto de SPA e reprimir seu consumo e comercialização não erradicou os hábitos de uso e nem reduziu o consumo de qualquer substância, mas teve justamente o efeito inverso, intensificou e

¹³ Trecho da música *A Feira* (O RAPPÀ, Rappa Mundi, 1996).

¹⁴ Trecho da música *Pastilhas Coloridas* (MUNDO LIVRE S/A, Guentando a oíá, 1996).

propagou o uso tanto das drogas lícitas, quanto das ilícitas. Outro efeito desta clivagem foi a interpretação do senso comum, “intoxicado de moral”, que as drogas do mercado legal são boas, enquanto que as do mercado ilegal são ruins, “sem questionamento sobre os motivos dessa separação, estabelecida historicamente e à base de interesses” (TIBURI & DIAS, 2013, p. 94).

Posto isso, acompanhamos o raciocínio de Vargas (2008) de que um dispositivo capaz de criar o fenômeno das drogas com o paradoxal estatuto social de ser tão reprimido quanto incitado, também permite pensar que os usos não medicamentosos de SPA não se configurem como dissidências ou exceções em relação ao que os saberes e as práticas biomédicas insinuam, mas como efeitos perversos do próprio dispositivo das drogas. Este argumento se torna ainda mais consistente se consideramos que a maioria das drogas cujo consumo é hoje considerado ilícito ou restrito, a exemplo da morfina, cocaína, heroína, ácido lisérgico, etc., foi produzida em laboratório químicos atendendo às demandas biomédicas. Independentemente da “perversidade”, ou não, dos efeitos do dispositivo das drogas, o que parece relevante chamar atenção é que estes efeitos se articulam a diferentes formas de engajamento no mundo, por isso, colocá-los unicamente do ponto de vista da saúde ou da doença é correr o risco de ficar com a moral e suas divisões que submetem à existência a oposição de valores metafísicos. É correr o risco de endeusar ou demonizar as drogas e colocar a discussão num rumo principalmente moral, opondo valores do bem e do mal, e endossar a interpretação já disseminada no senso comum que o uso de medicamentos prescritos representa o bem, enquanto que o uso de drogas ilícitas encarna o mal. O mais prudente então seria “pôr a discussão em termos éticos que revelem uma pluralidade de modos de existências imanentes” (VARGAS, 2008, p. 56), tomar os modos de existência em suas diferenças qualitativas. Ou seja, se nos habituamos a distinguir as drogas conforme as modalidades de uso - matar, tratar, alimentar, etc. - é preciso reconsiderar que estes são objetos sócio-técnicos que não possuem determinações *a priori*, o que pode constituir-los enquanto “bons” ou “ruins” não é algo intrínseco a eles, mas os agenciamentos humanos. Assim, concluímos com TIBURI & DIAS (2013) de que é preciso “saber usar os dispositivos, não simplesmente de um modo bom, mas a nosso favor. (...) Colocá-los no seu devido lugar de meios, e não fins em si mesmos” (p. 92).

CAPÍTULO II

2 MARCO LEGAL E POLÍTICO SOBRE DROGAS NO BRASIL

*“Nem tão longe que eu não possa ver,
nem tão perto que eu possa tocar”*

(**ENGENHEIROS DO HAWAII**, Minuano, 1997)

As primeiras leis e políticas de drogas brasileiras se constituíram sob forte influência de tratados e leis internacionais, por isso, antes entrar em nosso campo doméstico, iremos caminhar por alguns aspectos sócio-históricos que, se não foram determinantes, conformaram-se como condições relevantes para a construção do marco legal e político sobre drogas do Brasil. Se voltássemos no tempo a mais ou menos um século atrás, nos depararíamos com uma realidade bastante distinta da atual, pois encontraríamos quase todas as drogas que se conhece até então no ocidente disponíveis para consumo em farmácias e drogarias sem maiores impedimentos legais. O trânsito que levou o mercado de drogas da legalidade à ilegalidade tem como um efeito atual a uniformidade nas políticas (anti)sobre drogas nos mais diversos países, ocidentais ou não, numa espécie de cooperação compulsória de controle internacional em torno das drogas. Estas políticas sofreram forte influência e direcionamento dos tratados e convenções internacionais sobre drogas puxados pela Organização das Nações Unidas (ONU). Um primeiro movimento neste sentido ocorre em 1909, na Conferência de Xangai, onde delegados de 12 países se reúnem para discutir limitações ao comércio de ópio e seus derivados. Este encontro foi organizado pelos Estados Unidos que apesar de afinado a causa do livre mercado tinha uma postura marcadamente restritiva no que diz respeito às drogas. Em 1905 os estadunidenses já haviam interditado a importação e venda de ópio para fins medicinais por um período de três anos nas Filipinas¹⁵, pois estavam alarmados com seu consumo nas ilhas. A interdição do ópio nas Filipinas e a Conferência de Xangai evidenciam “uma das características centrais do início do proibicionismo: a defesa do uso legal sob estrito controle para uso médico, e a ilegalidade

¹⁵ “A vitória sobre a Espanha, no confronto de 1898, transferiu aos Estados Unidos territórios no Caribe (Cuba, Porto Rico) e na Ásia (Guam, Filipinas), fato que os lançaram nos jogos de poder das potências no extremo oriente” (RODRIGUES, 2008, p. 92).

para qualquer outra forma de uso (recreativo, hedonistas, etc.)” (RODRIGUES, 2008, p. 93). Em 1912 os estadunidenses promoveram mais um encontro, de maior abrangência, em Haia, Holanda, onde acordos mais restritivos foram assinados e, dessa maneira, o governo dos Estados Unidos promulgava a urgência em adequar suas leis domésticas aos seus compromissos externos em matéria de controle de drogas (ESCOHOTADO, 1994; e RODRIGUES, 2008).

Entre o fim do século XIX e início do século XX emerge nos Estados Unidos um potente movimento puritano e antiliberal capitaneado por agremiações como a Liga Anti-Saloon, fundada em 1893, que defendiam a moralização do país através de medidas legais “que pusessem em marcha políticas de repressão às práticas tidas como imorais ou corruptas das virtudes puritanas (comedimento, castidade, sobriedade, religiosidade)” (RODRIGUES, 2008, p. 93). Entre outras reclamações, esta Liga lutava pelo fechamento dos bares, *saloons*, fazendo do álcool um dos seus principais alvos. Entre 1910 e 1920 o consumo de drogas deixava de ser um costume exclusivo dos filhos da “boa sociedade” estadunidense inscrevendo-se entre prostitutas, pequenos criminosos, nas classes trabalhadoras urbanas, etc. e é precisamente neste período que o uso de drogas psicoativas deixa de ser considerado pelos governos como um problema sanitário de menor relevância para alçar ao status de “epidemia” e, como desdobramento quase imediato, como questão de polícia. Em 1914 o governo estadunidense aprovou o *Harrison Act.*, lei que trazia para os Estados Unidos determinações de controle médicos já proclamadas nos acordos internacionais, e em 1919 é aprovada o *Valstead Act.*, conhecida como Lei Seca, primeira lei proibicionista contemporânea que significa a vitória das práticas puritano-moralistas e das estratégias de enrijecimento do controle social por parte do governo estadunidense para enquadrar juridicamente um rol de práticas sócias que envolviam usos de drogas (médicos, recreativos, religiosos), colocando-os, assim, na mira da vigilância e repressão estatais (ESCOHOTADO, 1994; e RODRIGUES, 2008).

O objetivo do proibicionismo fica, desse modo, plasmado em uma lei que tenciona abolir uma droga e todos os hábitos a ela relacionados. Essa fórmula, a máxima proibicionista, logo atingira outros psicoativos até então pouco ou nada regulamentados (e, certamente, ainda não proibidos) (RODRIGUES, 2008, p. 93).

A Lei Seca produz um novo campo de ilegalidades e com isso inventou-se um crime e novos criminosos. Consequentemente, os primeiros efeitos da Lei Seca não foram a supressão do álcool e dos hábitos, mas a criação de um mercado ilícito de mercadores preparados para oferta-lo a uma clientela que se mantinha inalterada. O álcool não deixou de ser consumido, permanecendo procurado e vendido sendo, então, preciso aplicar a lei. Em 1933, após quinze anos de vigência, a Lei Seca havia criado meio milhão de delinquentes, provocado extorsão, roubo, falsificação de documentos, entre outros crimes em vários níveis do governo e, por conta disso, os ministros do Interior e da Justiça foram condenados por conexão com *gangs* e contrabando. Neste período “havia quase 30.000 pessoas mortas por beber álcool metílico e outras destilações venenosas, e umas 100.000 com lesões permanentes como cegueira ou paralisias” (ESCOHOTADO, 1994, p. 95). Além disso, a proibição do álcool impedia que o governo estadunidense arrecadasse impostos sobre a comercialização de bebidas alcoólicas agravando a situação financeira do país que já não era boa devido à crise econômica de 1929. Por conta de todos estes e outros fatores, a Lei Seca foi revogada entendendo-se que havia produzido “injustiça, hipocrisia, criminalização de grandes setores sociais, esmagadora corrupção e criação do crime organizado” (ESCOHOTADO, 1994, p. 95). Embora a lei seca pudesse ter sido tomada como exemplo de ineficácia no controle de drogas psicoativas, as medidas proibicionistas de perseguição e criminalização das drogas foram ampliadas mesmo “sem sequer chegarem perto do objetivo inicial de erradicar hábitos, mercados e drogas” (RODRIGUES, 2008, p. 95), aliás, como um efeito, o Proibicionismo acabou por produzir algo justamente inverso ao seu objetivo inicial, o incremento, potencialização e difusão do tráfico e do uso de drogas. Entretanto, por trás do aparente fracasso do Proibicionismo se fortalece “uma estratégia plena de potencialidades em termos de controle social e criminalização de parcelas da população que já deveriam ser (e eram) controladas pelo ‘bem comum’ e em nome da ‘paz civil’” (RODRIGUES, 2008, p. 94).

Com o avançar dos anos a relação de drogas proibidas ou de uso bastante restrito, aos “usos médicos”, foi alargada incluindo-se substâncias como a cocaína e a maconha. “O dito ‘controle para uso médico’ não desaparecia sob as camadas do discurso criminal, deixando antever que o tema das drogas ilícitas era entendido como um ‘problema sanitário’ agravado

pelo mercado ilegal, esse sim, a ser coibido pela ação policial e da justiça criminal” (RODRIGUES, 2008, p. 94). Junto com o endurecimento das medidas proibicionistas, as máfias em torno do tráfico de psicoativos ilícitos cresciam e se desenvolviam, fundando o narcotráfico como um novo crime. Na mesma medida, uma potente estrutura repressiva de combate às drogas ilícitas ganhava corpo com cada vez mais agentes e mais verbas estatais. O “novo crime” do tráfico e consumo de drogas foi imediatamente associado a camadas das crescentes populações urbanas que representavam uma ameaça ao Estado e às classes que o controlavam. Os grupos do proibicionismo emergente vincularam explicitamente o uso de drogas psicoativas aos indivíduos tidos como “desviantes”, pobres, imigrantes e negros revelando, assim, sua degenerescência moral e física, bem como sua periculosidade a ordem e ao bem-estar social. “Desse modo, era recorrente, nas primeiras décadas do século XX, entre grupos proibicionistas, na mídia e nos discursos governamentais nos Estados Unidos, a associação direta de negros à cocaína, hispânicos à maconha, irlandeses ao álcool, chineses ao ópio” (RODRIGUES, 2008, p. 95). O alvorecer de associações moralistas contra as SPA e de sua articulação entre minorias e drogas não ocorreu somente nos Estados Unidos, mas também em outros países das Américas e da Europa (ESCOHOTADO, 1994; e RODRIGUES, 2008).

Isso não foi diferente no Brasil. Neste trabalho já demonstramos como este processo se deu na LBHM através de suas campanhas antialcoólicas. Outros autores, como Edward Macrae e Júlio Simões (2004) mostram como nos anos 30 alguns estudos médicos reforçaram a ideia de que o uso de maconha seria um vício deixado como legado pelos escravos. Estes pesquisadores consideram que os estudos feitos pelo médico Rodrigues Dória junto a habitantes do Vale do São Francisco que faziam uso de maconha fomentaram os argumentos de cunho médico-civil-criminal que permitiram a associação do uso da erva aos negros. A maconha foi apontada como geradora de agressividade, violência, delírios furiosos, loucura, taras degenerativas, degradação física, idiotia e até mesmo sensualidade desenfreada. É a partir destas relações entre maconha e degenerescência que o uso desta planta passa a ser proibido e perseguido no Brasil, juntamente com a perseguição aos costumes afro-brasileiros, tendo atingido seu ápice no período do pós-guerra, com uma forte atuação da imprensa que vinculava a maconha à ideia de desvio de caráter de seu usuário, dando-o assim, a

(des)qualificação de “desordeiro”. Os autores ainda apontam para o fato curioso de que a abordagem jornalística teve um maior impacto e repercussão nos meios sociais do que alguns estudos com ambições mais científicas que tratavam do fenômeno naquele período.

A partir do que já desenvolvemos até aqui neste trabalho, nos parece evidente que o que se convencionou chamar de questão das “drogas” está intimamente vinculada ao que Foucault (1984 e 2008) chamou de “problema da população”. A constituição de uma atenção necessária à população levou ao desenvolvimento de uma série de saberes inter-relacionados (a estatística, a demografia, a medicina social) que colaboraram para a configuração de um contemporâneo poder médico-policial que significa fazer viver e gerenciar riscos, isto é, cuidar das minúcias da vida individual e coletiva compondo uma “arte racional de governar”. É assim que novas instituições e técnicas foram desenvolvidas para “tratar” dos desviantes na esperança de ajustá-los aos limites da normalidade e de torna-los “úteis” ao convívio social ou mesmo separado dele. Não é em vão que junto às ações disciplinares de cunho coercitivo, a exemplo da prisão e ação das “forças da lei”, a biopolítica executou estratégias de desenvolvimento das condições de vida dessas mesmas populações vigiadas, o que motivou investimentos em saúde pública – saneamento público, reformas urbanas, vacinação, regulamentação da profissão médica, etc. – que expressam concomitantemente melhoria de vida e fortalecimento para o trabalho. Portanto, Foucault identifica positivamente o poder ou, dito de outra forma, que governar não se limita a coagir (provocar morte), mas também, em “causar vida” (FOUCAULT, 1989 e 2001). É precisamente no encontro entre reprimir e oferecer, coerção e assistência, que se pode vislumbrar uma política como a proibicionista.

Nesse sentido, o proibicionismo se apresenta como um importante técnica para as estratégias biopolíticas porque é um instrumento que, a um só tempo, pode disciplinar a prática médica – agindo em condutas profissionais e em práticas de automedicação ou livre consumo de psicoativos pelos indivíduos – e vigiar uma fração considerável da sociedade que deve ser observada de perto, revistada, controlada e quiçá confinada. Na medida em que a proibição ao contrário de coibir acaba por estimular um mercado ilícito intenso, aquelas pessoas que já pertenciam a grupos sociais anteriormente passíveis de vigilância ganham um acréscimo de “periculosidade”, pois além dos crimes que poderiam cometer, um novo crime passa a ser possível. Assim, o “fracasso” da proibição em erradicar as drogas transformasse

em positividade, se por um lado se perde a guerra contra “as drogas”, por outro a guerra contra pobres, imigrantes, negros, camponeses entre outros “ameaçadores” se renova e se torna mais eficaz a cada dia (RODRIGUES, 2008).

No cenário internacional, a partir de 1945, a Organização das Nações Unidas promoveu uma série de encontros cujo intuito maior era a padronização dos tratados internacionais sobre o tema produzidos desde 1910. Isso levou, entre outras coisas, a uniformização do modelo ao qual psicoativos ilícitos ou controlados foram submetidos. O padrão adotado se alicerça na postura estadunidense de repressão e fiscalização máximas, ou seja, as normas internacionais celebradas desde a Convenção Única de Nova Iorque¹⁶, em 1961, consagram o proibicionismo como forma de tratar o “tema das drogas psicoativas” no mundo. Em 1972, o então presidente dos Estados Unidos, Richard Nixon, proclamou que “as drogas” eram o inimigo número um do país e declarou “guerra às drogas” colocando em movimento uma lógica que possibilitou ao governo estadunidense estender o combate a traficantes e consumidores para além do solo norte-americano (ESCOHOTADO, 1994; e RODRIGUES, 2008). Esta lógica se baseou na ideia de que existem países produtores e países consumidores, dito outra forma, na impressão, equivocada, de que os países que consomem nada produzem e de que os que produzem nada consomem. Ainda que sem fundamento, a divisão entre “produtores” e “consumidores” funcionou como alicerce para uma importante reformulação das prioridades geopolíticas estadunidenses em regiões do globo como América Latina e o sudoeste asiático e em pouco tempo o tráfico e o consumo de drogas passaram a ser associados a uma ameaça à “ordem mundial” e, por isso, encarada como questão de segurança internacional (ESCOHOTADO, 1994; MAGALHÃES, 2000, e RODRIGUES, 2008).

¹⁶ Dos 193 países membros da Organização das Nações Unidas, 95% deles, incluindo o Brasil, são signatários desta Convenção.

2.1 Proibicionismo e primeiras leis de drogas em território nacional

No Brasil, as políticas públicas relacionadas às drogas foram historicamente concebidas no período ditatorial influenciadas pela construção da política global de “guerra às drogas”, estando mais comprometidas com a repressão e o controle do uso destas substâncias do que com qualquer outra coisa. O moroso processo de abertura política no país foi acompanhado de novas combinações macropolíticas que possibilitaram a manutenção de práticas autoritárias no interior do próprio Estado Democrático. “As políticas de drogas passaram a assumir uma posição estratégica nesta reforma estatal, impondo impasses para o amplo processo de democratização e restrições para a atenção equânime, integral e universal as pessoas usuárias de drogas” (PASSOS & SOUZA, 2011, p. 155).

Mario Magalhães (2000), Eduardo Passos e Tadeu Souza (2011) apontam para importantes transformações sócio-político-econômicas que atravessaram a década de 80 construindo um lastro de condições propícias para a projeção do tráfico de drogas, mormente de cocaína, nos mercados nacional e internacional. Entre estas transformações destaca-se “o fracasso do, então, ‘milagre econômico’, o alto índice da inflação, a explosão demográfica nos grandes centros urbanos, aumentando os cinturões de pobreza nas periferias e favelas” (PASSOS & SOUZA, 2011, p. 155), além da falência do modelo econômico nacional e o desemprego conjuntural. Todos estes fatores, juntos e inter-relacionados, acabaram por favorecer o aumento do mercado ilícito no país entre o fim desta década e início da década de 90.

As favelas e periferias urbanas passam a ocupar um lugar estratégico para o forte mercado de drogas, recrutando jovens pobres para o tráfico. As disputas por pontos de venda de drogas entre facções inimigas e o enfrentamento direto com a polícia agregaram ao mercado de drogas o mercado de armas, dando início a uma verdadeira guerra civil que se encontra inserida num ‘ciclo global de guerras’ (PASSOS & SOUZA, 2011, p. 155).

E o que seria comum a toda e qualquer guerra? A produção de inimigos que precisam ser combatidos e, em muitos casos, mortos. Para Passos e Souza (2011), a “guerra às drogas” pode ser pensada a partir de um novo e mais amplo sentido para o conceito de guerra, pois

passa “a lidar com um ‘objeto’ global que torna cada vez mais imprecisa a distinção entre ‘conflitos externos’ e ‘segurança interna’” (PASSOS & SOUZA, 2011, p. 155). Se anteriormente a segurança interna se voltava para as ditas “classes perigosas” e a segurança externa para a intervenção junto aos “inimigos”, a exemplo da ideia de países produtores, no mundo contemporâneo as ameaças internas e externas se misturam, se confundem, tornando-se alvo de uma guerra globalizada. Nessa direção, não se trata mais de um inimigo geograficamente definido, mas de um inimigo transnacional, as “drogas”, o que amplia o alcance temporal e espacial de uma guerra transformando-a de estado de exceção em uma sociedade para estado permanente dia após dia. Neste ponto é possível retomar a ideia de que por trás do aparente fracasso do proibicionismo em erradicar o consumo e o tráfico de drogas, uma série de estratégias biopolíticas são incrementadas, a exemplo da intensificação do controle social que, considerando agora a formulação das “drogas” como inimigo transnacional, permite a toda humanidade unir-se contra o mal, encarnado nos usuários destas substâncias, numa verdadeira cruzada global de guerra às drogas. Além das estratégias biopolíticas, a lógica de “guerra às drogas” também se articula a lógica de consumo, pois assim como toda guerra produz inimigos a serem combatidos, ela também produz armamentos para o combate. Em outras palavras, a “guerra às drogas” acaba fortalecendo a economia neoliberal através da economia bélica já que esta última se mantém aquecida fazendo com que uma economia alimente a outra e ambas se revigorem mutuamente.

No Brasil, os efeitos do combate à ampla rede transnacional de drogas recaíram sobre as favelas e as camadas mais pobres da população. O exercício de controle social sobre este grupo populacional coloca na favela a responsabilidade local por um mercado que, em verdade, transcende qualquer fronteira geográfica. É com o argumento de “guerra às drogas” que o Estado justifica e faz funcionar estratégias militares de intensificação poder policial e de práticas de violência, a exemplo da tortura, exercidas sobre comunidades pobres desde o período de ditadura militar. Contudo, muito embora o regime militar tenha caído na década de 80, as forças antidemocráticas parecem se perpetuar constituindo uma complexa “rede bélica” no cerne da própria democracia (PASSOS & SOUZA, 2011). A lógica de guerra às drogas “vem garantindo um exercício de combate às próprias forças democráticas emergentes

(...), um ‘Estado de Guerra’ no cerne do ‘Estado Democrático de Direito’ que se apoia” (PASSOS & SOUZA, 2011, p. 156) no eixo drogas.

Apesar do Estado brasileiro ter colocado em prática ações de controle do uso de drogas desde as três primeiras décadas do século XX, a primeira lei de drogas de nosso país só foi proferida em 1976, em pleno período ditatorial. A lei 6.368/76, também conhecida como Lei de Tóxicos do Brasil, dispunha, entre outras coisas, sobre medidas de tratamento em território nacional. Estas medidas se concentraram em duas esferas: (1) **os problemas de saúde**, com propostas de medidas sanitaristas (pois a droga era vista “como um vírus” que ameaçava a sociedade) e assistenciais (internamento psiquiátrico compulsório) e (2) **os danos sociais**, que exigiram a construção de instituições repressoras, tendo o arcabouço jurídico penal como legitimador (BRASIL, 1976). É relevante acentuar que embora tenhamos uma nova Constituição elaborada em 1988, no raiar do estado democrático, o caráter autoritário da lei 6368/76 não foi reformulado conformando “um jogo de contradições entre uma Constituição que garante direito a liberdades individuais e uma lei do Direito Penal que impede que as pessoas usem certas substâncias” (PASSOS & SOUZA, 2011, p. 156). Esta contradição só se torna possível no exercício de poder que tenciona forças democráticas e forças totalitárias produzindo uma espécie de conciliação sinistra entre essas forças sobre o eixo das drogas (PASSOS & SOUZA, 2011). O rigor da Lei de Tóxicos contribuiu significativamente na construção de um cenário desfavorável aos usuários de AD no que tange o acesso a serviços de saúde e organização coletiva em busca da garantia de direitos sociais. “No vácuo de propostas concretas, e na ausência do estabelecimento de uma clara política de saúde voltada para este segmento, surgiram no Brasil diversas ‘alternativas de atenção’ de caráter total, fechado e tendo como único objetivo a ser alcançado a abstinência” (BRASIL, 2004a, p. 5).

Não obstante, o traço repressor do Estado não se restringe a Lei de Tóxicos, mas também pode ser encontrado no principal órgão criado pelo governo para tratar das “questões de drogas”, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), que, na sua origem, em 1998, subordinava-se à Casa Militar da Presidência da República. A SENAD nasce com a incumbência de planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades de prevenção e repressão ao tráfico ilícito, uso indevido e produção não autorizada de entorpecentes, bem

como as atividades de recuperação de dependentes (BRASIL, 2008). Em 1999 esta Secretaria é transformada em Gabinete de Segurança Institucional do Presidente da República sem, no entanto, perder seu caráter militarista (PASSOS & SOUZA, 2011). Em 2011 a SENAD passa ser vinculada ao Ministério da Justiça e pela primeira vez, em sua curta história, tem um civil como titular da pasta.

Na esfera jurídica, apenas em 2006, na esteira dos movimentos de problematização da lógica repressiva e proibicionista do “combate às drogas”, a qual tende a produzir violência e violar direitos, o Brasil substitui as leis 6.368/76 pela lei 11.343/2006. Esta última institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e traz como mudança significativa a diferenciação entre usuário e traficante de drogas, estabelecendo para os usuários e dependentes “medidas alternativas” mais adequadas para cada caso, tais como cumprir medidas judiciais de prestação de serviços à comunidade, comparecimento a programa ou curso educativo, ao invés de se ter como consequência do flagrante do uso apenas a detenção do usuário com cumprimento de alguns anos de prisão. Para usuários e dependentes também passa a ser colocado à disposição serviço público de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado; por outro lado, as penas por tráfico ficaram mais rigorosas com o aumento do tempo mínimo de cárcere (BRASIL, 2008). Sobre a nova lei, cabe ainda ressaltar os itens I, II e III do Art. 22 que afirmam:

I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;

II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;

III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde; (BRASIL, 2008, p.32).

No que se refere às políticas públicas sobre drogas, o primeiro passo que se esquia da lógica proibicionista é anterior ao do campo jurídico e se dá em 1989, no município de Santos, onde ocorre a primeira ação de Redução de Danos (RD) no Brasil. Entre o final da

década de 80 e início da década de 90 constata-se uma alta taxa de prevalência de HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI) em Santos. Dados epidemiológicos da época indicavam que 51% dos casos de contaminação de HIV/AIDS estavam relacionados ao compartilhamento de seringa para uso de drogas injetáveis, o que fez a cidade ficar conhecida como “capital da AIDS”. Santos é a maior cidade portuária da América Latina o que favorece que nela sejam realizados trocas e encontros de todos os tipos. Esta característica transformou em ponto estratégico do tráfico internacional de drogas (POLLO-ARAUJO & MOREIRA, 2008; e PASSOS & SOUZA, 2011). Todavia, é preciso salientar que as ações de RD foram colocadas em pauta porque

Santos vivia, nesse momento, uma das gestões municipais mais promissoras para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) através de práticas concretas que animariam o sentido de saúde democrática. Apesar desse cenário, aparentemente favorável a práticas progressistas de atenção e gestão em saúde, o então secretário municipal de saúde, David Capistrano, e o Coordenador do programa de DST/AIDS, Fábio Mesquita, sofrem uma ação judicial por adotarem a estratégia de Redução de Danos, acusados de incentivarem o uso de drogas (PASSOS & SOUZA, 2011, p. 156).

Mesmo com o posicionamento contrário do Ministério Público de Santos quanto às ações de RD, estas últimas não foram interrompidas por completo. Em 1990 a organização não-governamental Instituto de Estudos e Pesquisa em AIDS de Santos (IPEAS) distribuiu seringas limpas para UDI e os ensinou a limpar equipamentos de uso, mantendo vivas as ações de RD ainda que na clandestinidade. Em 1991 o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD), da Universidade Federal de São Paulo, treinou os pacientes atendidos pelo serviço a distribuir hipoclorito de sódio e orientar os UDI a desinfetar suas seringas e a não compartilhar seus equipamentos de injeção com outros usuários (POLLO-ARAUJO & MOREIRA, 2008).

Em 1994, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/AIDS, em parceria como o *United Nations Control Program*¹⁷ (UNDC) e o Banco Mundial, retomou a estratégia de RD através da elaboração de um

¹⁷ Hoje denominada *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC).

projeto de prevenção ao abuso de drogas e DST/AIDS, no qual a troca de seringas descartáveis aos UDI constava como um subprojeto. Nesse mesmo ano, o projeto do Ministério da Saúde foi integralmente aprovado pelo então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) e obteve parecer favorável do Conselho Estadual para Assuntos de AIDS (CONAIDS) do Governo do Estado de São Paulo (POLLO-ARAÚJO & MOREIRA, 2008, p. 14).

Em 1997 foi criada a Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA) com o objetivo de defender a dignidade do redutor de danos e de implementar e fortalecer a RD enquanto política de saúde. Em 1998 o Governo do Estado de São Paulo regulamentou a Lei 9.758, de 17 de setembro de 1997, que autorizou a Secretaria Estadual de Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas, o que catalisou a elaboração de leis que regulamentavam a RD em diversos estados da Confederação a exemplo de Santa Catarina (1998), Rio Grande do Sul (2000), Espírito Santo (2001), Minas Gerais (2002) e Mato Grosso do Sul (2002) (POLLO-ARAÚJO & MOREIRA, 2008). O ano de 1998 é marcante para as forças democráticas que lutam por políticas de drogas mais humanizadas no país. Em outubro deste ano foi criada a Rede Brasileira de Redução de Danos¹⁸ (REDUC) com a finalidade de:

a) promover e incentivar estudos sobre temas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas sob a ótica da RD; b) articular e apoiar ações científicas e sociais que propiciem a implantação e/ou o fortalecimento de políticas públicas e programas de RD associáveis ao consumo de substâncias psicoativas; c) articular, congregar e facilitar o intercâmbio de profissionais das diversas áreas que trabalham com RD associáveis ao consumo de drogas (POLLO-ARAÚJO & MOREIRA, 2008, p. 15).

Ainda em 1998, a recém-criada SENAD realizou em Brasília o I Fórum Nacional Antidrogas, cujo relatório do evento incluiu, pela primeira vez no Brasil, as “Estratégias de Redução de Danos” como políticas públicas voltadas para o enfrentamento da questão das drogas (POLLO-ARAÚJO & MOREIRA, 2008). Em 2002 o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas,

¹⁸ Hoje denominada Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos.

através da Portaria n° 816/GM, de 30 de abril de 2002. Em 2003 “a diversificação das ofertas em saúde para usuários de drogas sofreu significativo impulso” (PASSOS & SOUZA, 2011, p. 154) quando o Estado brasileiro finalmente formaliza uma política pública voltada especificamente para usuários de AD através da publicação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da política de Saúde Mental. A partir de 2003 as ações de RD deixam de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/AIDS e se tornam uma estratégia norteadora desta política. Em 2005, o Ministério da Saúde se posiciona contra às propostas de tratamento pautadas exclusivamente na lógica proibicionista e da abstinência e regulariza as ações de RD através da portaria n.º 1.028, de 1º julho de 2005. Logo depois lança a portaria n.º 1.059, de 4 julho de 2005 que destina incentivo financeiro para o fomento de ações de RD em CAPS AD. A partir desses instrumentos buscou-se construir uma ponte entre redutores de danos vinculados a Projetos/Programas/Políticas de Redução de Danos das Secretarias de Saúde e diversos serviços de saúde, sobretudo em CAPS e Unidades de Atenção Básica, de modo a estimular que as ações de RD fossem ofertadas mais amplamente.

2.2 Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas

Partindo da concepção geral segundo a qual política de saúde é:

[...] a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (*Politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (*Policy*). (PAIM & TEIXEIRA, 2006, p. 74).

Encaramos a formalização da Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas¹⁹, doravante referida como PAIUAD, como uma vitória dos coletivos engajados na defesa do SUS e dos Direitos Humanos. Sua elaboração e publicação não são gratuitas, estão inseridas nos movimentos de redemocratização do país através dos processos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, o que posiciona a PAIUAD nas trincheiras de resistência as lógicas Manicomial e Proibicionista. Durante a ditadura militar inúmeros indivíduos foram enclausurados em hospitais psiquiátricos sob a alcunha do “louco” ou do “drogado” e assim experienciaram na pele as agruras a que tantos portadores de transtornos mentais e usuários de drogas foram submetidos enquanto esses foram os espaços hegemônicos que o Estado legitimou para “trata-los”. Por essa e por outras que a luta antimanicomial é uma bandeira das forças democráticas que reúne em torno de si “loucos” e “muito-loucos” imbricando-os nas batalhas por transformações sócio-político-econômicas. Ainda hoje existem muitas disputas travadas neste campo e por isso seria incorreto afirmar que um processo complexo como o da Reforma Psiquiátrica brasileira está concluso. Os embates dentro da Reforma nos indicam que ela está em movimento, o que torna relevante colocar em análise suas práticas para, assim, produzir linhas que apontem novos caminhos micropolíticos na saúde mental.

Como já vimos, as lutas contra AIDS e as lutas para regulamentar as ações de RD no início da década de 90 foram as primeiras disputas para a formulação de políticas públicas de saúde voltadas usuários de AD. Em 2001 o Movimento de Reforma Psiquiátrica se agrega de vez nessa batalha tendo como marco a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Este evento traz à tona, entre as recomendações de seu relatório final, a necessidade de reelaboração de estratégias e propostas para efetivar e consolidar um modelo de atenção para usuários de AD. As conferências de saúde são definidas e instituídas pela Lei 8.142/90 conformando espaços que reúnem trabalhadores, gestores e usuários do SUS tendo como atribuição “(...) avaliar a situação da saúde, propondo diretrizes para a formulação de políticas afins, nas três esferas de governo” (BRASIL, 2004a, p. 6). Desta maneira, a PAIUAD decorre

¹⁹ Embora a primeira edição da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas tenha sido publicada em 2003, utilizo neste trabalho a segunda edição, revisada e ampliada, publicada em 2004 por acreditar que a segunda edição está acrescida de informações relevantes para esta análise.

das lutas no campo da saúde e articula em torno de si movimentos como o Movimento AIDS, Movimento de RD e o Movimento de Reforma Psiquiátrica. Isto torna ainda mais evidente que saúde mental, álcool e outras drogas estão imbricados, não à toa, a PAIUAD se inscreve como uma política abrangida na Coordenação Nacional de Saúde Mental²⁰. Suas diretrizes estão em consonância com os princípios da política nacional de saúde mental, regulamentada e respaldada pela Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2004a; BRASIL 2004b). “Assim sendo, a Lei Federal 10.216 também vem a ser o instrumento legal/normativo máximo para A Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas, a qual também se encontra em sintonia para com as propostas e pressupostos da Organização Mundial da Saúde” (Brasil, 2004a, p.22).

Por um lado, podemos dizer que a PAIUAD sinaliza para um movimento que busca superar o atraso histórico de não reconhecimento por parte do governo do uso álcool e outras drogas como uma questão de Saúde Pública. Por outro, não podemos esquecer que a Saúde Pública emerge no Estado Moderno, como parte de uma nova racionalidade governamental que, em última análise, visa o controle ilimitado da população. O que nomeamos de polícia médica, ou de medicina social, ou, finalmente, de “saúde pública”, é a consolidação da medicina como discurso científico e verdadeiro sobre a saúde das populações. “Cabe destacar que esse tipo de intervenção da saúde pública - mais do que um cuidado, um controle médico da população – sempre suscitou resistências. No Brasil, por exemplo, esse modelo, implantado com mais força a partir da Primeira República, com Oswaldo Cruz, resultou em importantes revoltas populares, como a ‘revolta da vacina’ (RAMMINGER, 2008, p. 74). Se atualmente podemos falar que o campo da saúde abriga saberes e práticas heterogêneas, entre as quais poderemos apontar aquelas que não têm como meta o controle da população, quando se trata da questão da loucura e da questão das drogas, este campo é atravessado por um saber hegemônico que prescreve verdades e exercita estratégias de poder se impondo de forma veemente. Nos referimos ao saber/poder médico-psiquiátrico que durante séculos estabeleceu o isolamento e a abstinência como condições pétreas para o tratamento. No entanto, não

²⁰ Em 2010, a Coordenação Nacional de Saúde Mental passou a se chamar Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

cremos que a PAIUAD nasça para corroborar com essas forças. Esta é uma política que busca linhas de fuga ao exercício de controle da população e do saber-poder médico/psiquiátrico. Em 2015 a PAIUAD completa 12 anos de publicação, em vista do plano de forças mencionado acima, consideramos que esta política ainda não é coisa pacífica nem consolidada, encontrando-se no curso de implementação. Mas em que medida uma política de Estado poderá se esquivar das forças que atravessam e mesmo conformam a saúde pública?

Acreditamos que a resposta a esta questão será, em parte, elucidada na própria análise do texto desta política. Todavia, é no capítulo III que iremos aprofundar as análises da PAIUAD colocando-a em relação à experiência de gestão de um CAPS AD. Por hora, partamos para a apreciação deste documento na busca de evidenciar pistas que apontem para as linhas de fuga supracitadas. Logo de início podemos observar no texto um direcionamento para mudanças no modelo de atenção em saúde para usuários de AD: o cuidado se dirige para uma lógica de integralidade, intersetorialidade e transversalidade que problematiza o isolamento e a abstinência enquanto pré-requisitos. Vai ainda além e também problematiza a construção proibicionista que propiciou a divisão de drogas em lícitas e ilícitas, apontando como um dos efeitos desta divisão certa compreensão social de que existem substâncias de qualidade boa e má, resultando num incentivo ao consumo daquelas qualificadas como lícitas (boas) e ao perigo e pânico moral em relação às de qualidade ilícita (más). Como trunfo maior, reconhece o usuário de AD como cidadão dissociando-o da imagem de doente ou criminoso (BRASIL, 2004a).

A nova política não foca em medidas sanitaristas, nem na operacionalização da atenção em instituições totais ou em programas pontuais de enfrentamento de epidemias. Ela traz como proposta um conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamento através da organização de uma rede de cuidado regionalizada, hierarquizada, integrada dentro do SUS e articulada intersetorialmente. O usuário de AD não é apresentado como uma ameaça à sociedade que deve ser retirado do convívio social, mas como um cidadão que, como qualquer outro, deve ter o seu direito a saúde garantido pelo Estado de forma universal e equitativa conforme a Constituição Federal de 1988 e os princípios do SUS (BRASIL, 1988;

BRASIL, 1990; BRASIL, 2004a). Deste modo, a PAIUAD busca alinhar alguns princípios e propõe que:

[...] a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004a, p.6).

Focaremos agora no “**Marco Teórico-Político**” e nas “**Diretrizes**” da PAIUAD²¹ por considerar que estes são os pontos mais importantes na elucidação de certo tipo de lógica ou de direção que está política pretende dar. O Marco Teórico-Político é apresentado em quatro subtópicos que se complementam constituindo um lastro de pressupostos e conceitos fundamentais para alicerçar as diretrizes da PAIUAD. Cada um destes tópicos traz à tona desafios para a implementação desta política que, ao mesmo tempo, representam possibilidades de mudança no modo de compreender e lidar com o uso problemático de AD.

O primeiro tópico – “**A lógica que separa o campo da saúde**” – aponta para o desafio da efetivação de uma lógica de transversalização em saúde na qual o âmbito clínico de intervenção, com olhar mais focado no que há de singular para cada sujeito, possa se complementar com as análises propiciadas pela saúde coletiva e seu olhar mais ampliado para características de uma determinada comunidade, grupo social ou de gênero. O desafio reside em ampliar o conceito de saúde, evidenciar os diversos fatores envolvidos na sua produção, bem como, conseqüentemente, ampliar a lista dos agentes envolvidos na sua promoção, quebrando a binarização e embates de saber/poder que afastam estes campos para seguir na direção de práticas transversais constituídas pelo atravessamento mútuo de

²¹ A PAIUAD está organizada em: (1) Introdução; (2) Marco Teórico-Político; (3) Panorama Nacional para Álcool e outras Drogas; e (4) Diretrizes para a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas;

diferentes saberes (BRASIL, 2004a). Sendo assim, rompe-se com a unidimensionalidade do saber/poder médico-sanitarista até então dominante e se inclui as dimensões simbólica, ética e política na discussão sobre as condições de saúde da população, sendo a transdisciplinaridade sua marca constituinte

O segundo tópico – **“A política de atenção integral em álcool e outras drogas”** – versa sobre a necessidade de tratar o tema de forma mais ampla, organizada e sistematizada através de uma política pública de saúde em sintonia com os princípios do SUS. Para tanto, torna-se necessário repensar a própria forma de encarar e circunscrever os problemas relacionados às drogas, de um problema que foi concebido histórico e socialmente numa associação direta e rígida entre drogas e criminalidade (quando se trata de substâncias ilícitas) ou drogas e comportamento antissocial (no caso de drogas lícitas, o álcool por exemplo).

Frente a este objetivo, são traçadas estratégias de abordagem para sua consecução: redução da oferta e redução da demanda. Para a primeira estratégia, conta-se com a ação da justiça, da segurança e da defesa. Para a segunda, a operação substancial tem-se dado através de tratamentos de internação com afastamento do usuário do agente indutor (BRASIL, 2004a, p.10).

Sabemos que esta forma de entendimento da questão se tornou predominante e quando transposta para o campo da saúde carrega consigo a partilha moral que associa o uso de drogas a degeneração e a periculosidade corroborando, assim, para um entendimento estreito de que a abstinência seria o único objetivo de um tratamento, pois só através dela seria possível modificar e “corrigir” o indivíduo. Esta forma de conceber o uso problemático de drogas é limitada tanto na compreensão do fenômeno, pois deixa de lado as dimensões biopsicossociais do uso, quanto na sua abordagem clínica. Assim, o desafio aqui consiste em traçar uma política que não se encerre em um único método de tratamento, mas que amplie e complexifique o olhar sobre a questão das drogas e os métodos de intervenção sobre ela na busca de uma atenção integral aos seus usuários (BRASIL, 2004a).

O terceiro tópico – **“A redução de danos (RD)”** – traz a RD como um método que aponta caminhos alternativos ao da abstinência enquanto único objetivo a ser alcançado.

Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por quê? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos se oferece como um método (no sentido de *methodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam. (BRASIL, 2004a, p. 11).

Nesta perspectiva, a RD amplia o olhar sobre o uso das drogas no campo da saúde e inclui outros fatores que se relacionam a esta questão como o isolamento, a pobreza, a injustiça social, o racismo, a desagregação familiar, a violência, entre outros aspectos da vida que vão além dos efeitos de uma determinada droga no organismo (MARQUES & MALHEIRO, 2010). Desta forma, a RD produz uma “abertura no campo das drogas” e possibilita “que pensemos e ajamos diferentemente do que estava, até então posto como única meta possível: a abstinência.” (SOUZA, 2007, p. 79). Em vista disso, o desafio deste tópico é de que a RD possa se instituir como um norte para esta política e diretriz na constituição dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) configurando uma nova forma de conceber e lidar com o uso prejudicial de AD que permeie as práticas não só dos CAPS AD, mas também dos diferentes serviços da rede de saúde.

O quarto e último tópico é – **“A rede de saúde como local de conexão e inserção”** – cuja concepção de rede transcende a rede formal de serviços de saúde englobando também os serviços de outros setores, bem como os equipamentos comunitários e da sociedade civil organizada, além das próprias famílias.

Nunca é demais, portanto, insistir que é a rede – de profissionais, de familiares, de organizações governamentais e não-governamentais em interação constante, cada um com seu núcleo específico de ação, mas apoiando-se mutuamente, alimentando-se enquanto rede – que cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso das drogas, destrói a vida (BRASIL, 2004a, p. 11).

Nesta perspectiva de rede, a RD se apresenta como uma abordagem clínico-política inovadora, na medida em que visa à promoção da saúde, cidadania e direitos humanos tendo como foco principal, além do empoderamento dos usuários, a atuação nos territórios e percursos tortuosos onde a vida acontece, favorecendo a construção de redes de suporte social para desfazer os estigmas e ampliar a concepção de que os usuários de drogas são sujeitos de direito. Nesse sentido, o desafio colocado neste tópico é o de fortalecer o caráter de rede do SUS e a sua conexão com outras redes, formais e informais, através da articulação intersetorial, do estabelecimento de vínculos e da construção de corresponsabilidade numa perspectiva de clínica ampliada (BRASIL, 2004a).

A partir da análise do “**Marco Teórico-Político**” da PAIUAD e do que construímos até o momento neste trabalho, fica claro que a constituição desta política num divisor de águas na atenção a usuários de AD está intimamente relacionada à necessidade de transformar a forma de compreender a questão das drogas, indo além dos parâmetros fornecidos pela psiquiatria, pela criminologia e da valoração moral, para, assim, avançar na construção de novas práticas de cuidado. Neste sentido, a PAIUAD atenta para alguns aspectos relevantes à questão das drogas como, por exemplo: (a) A relação entre desigualdade social e tráfico de drogas como resultado do processo de pauperização de parte da população atingindo, sobretudo, pessoas, famílias ou jovens já empobrecidos, o que acaba por favorecer que o tráfico se apresente como uma possibilidade de geração de renda e medida de proteção; (b) A identificação de iniciação cada vez mais precoce do uso de drogas legais entre jovens e a utilização cada vez mais frequente do *crack*, com impacto em suas condições de saúde psíquica e física; (c) O entendimento de que as políticas internacionais (anti)sobre drogas têm perpetuado o modelo proibicionista, deixando de lado as especificidades dos contextos históricos e socioculturais dos diferentes países, fundamentais para uma melhor compreensão das questões que envolvem os usos de AD; e (d) o reconhecimento da diversidade na forma em que o uso de drogas atinge a população apresentando variações nas diferentes regiões do País e até mesmo numa mesma região, onde é possível encontrar diferenças significativas no que se refere a condições sociais, modos de utilização, escolha e acesso ao produto (BRASIL, 2004a).

O reconhecimento de que a diversidade populacional existente no país acarreta na variação das necessidades relacionadas ao uso problemático de AD é bem enfatizada nesta política. Neste sentido, há uma orientação de que o desenvolvimento de ações de atenção integral nas grandes cidades deve se dar de modo distinto de outros locais. Essa ressalva é embasada na constatação de que nos grandes centros se formaram bolsões de pobreza, ou comunidades das periferias onde há uma relação entre subsistemas sociais que incluem grupos organizados para o tráfico de drogas, crime, entre outros que contribuem para a maior ausência de fatores de proteção. Em vista disso, compreende-se que tal fato acaba incidindo direta e/ou indiretamente na produção de fatores de vulnerabilidade da população residente nestas comunidades, como também reforça elementos de vulnerabilidade social do próprio usuário de AD exigindo estratégias e ações distintas de cidades menores ou de pequenos centros. Considerando que a diversidade populacional e cultural do país acarreta em variadas necessidades relacionadas ao uso problemático de AD, associadas à multiplicidade de níveis de organização das redes assistenciais localizadas nos Estados e Distrito Federal, fica claro que a implementação desta política requer estratégias específicas que atentem para as realidades locais num processo de fortalecimento contínuo das redes de assistência aos usuários de AD. A constituição e fortalecimento destas redes certamente é um dos aspectos mais potentes e desafiadores da PAIUAD para tentar romper com o modelo de atenção calcado quase que exclusivamente na abstinência e no isolamento, seja através do poder médico ou religioso. Nesse sentido, o fortalecimento de redes locais está em conformidade com um dos direitos fundamentais assegurados na Lei 10.216, o direito de qualquer pessoa portadora de transtorno mental ²² de “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (BRASIL, 2004b, p.17), como pode ser lido no item IX do parágrafo único dessa lei.

²² Embora a Lei 10.216/2001 disponha sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, não há nela qualquer especificação quanto a pessoas com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Um contingente considerável de usuários de ad não é portador de transtorno mental ou ao menos não se reconhece como tal, contudo, como a referida lei é considerada o instrumento legal/normativo máximo para a PAIUAD, assim como os CAPS AD também são considerados os serviços prioritários de atenção a esta população, considero que os direitos assegurados pela lei nº 10.216/2001 se estendem aos usuários de AD, sobremaneira aos que têm problemas decorrentes do uso prejudicial destas substâncias.

Uma das principais estratégias traçadas na PAIUAD para avançar na tessitura de redes assistências aos usuários de AD parece ter sido a ampliação do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), principalmente os CAPS álcool e outras drogas (CAPS AD) por conta destes serviços terem entre suas diretrizes de funcionamento a responsabilidade de organizar a rede local de serviços de atenção a usuários de AD em seu território de atuação funcionando como porta de entrada para a rede. Assim, a ampliação do quantitativo de CAPS AD parece ter sido uma aposta no potencial catalisador destes serviços para acelerar e fortalecer o processo de implementação de redes locais de assistência. Nesta direção, propôs-se a ampliação do número destes serviços para um total de 313 em todo território nacional. Para termos uma ideia da dimensão desta proposta retornemos a junho de 2004, mês de publicação da 2ª edição da PAIUAD. Naquele momento haviam 63 CAPS AD em funcionamento, o que significa que para alcançar a meta de 313 seria necessário implantar 250 novos serviços (BRASIL, 2004a). No entanto, os dados apresentados no caderno “Saúde Mental em Dados - 11”²³ mostram que até junho de 2012 o número total de CAPS AD em funcionamento no Brasil havia chegado a 293 serviços (BRASIL, 2012b), o que representa um déficit de 20 serviços a serem implantados para alcançar a meta proposta em 2004. Apesar disso, a cobertura nacional em saúde mental pode ser considerada boa chegando a 74% em junho de 2012. O cálculo de cobertura adotado pelo Ministério da Saúde estipula o parâmetro de 1 (um) CAPS para cada 100.000 (cem mil) habitantes. Neste cálculo não há distinção de cobertura por modalidade de CAPS, ou seja, a cobertura nacional é calculada a partir do número total de todas as modalidades²⁴ de CAPS. Assim, os 74% de cobertura equivalem ao conjunto de 1803 CAPS em funcionamento no país (BRASIL, 2012b). Aqui é importante ressaltar que, embora o CAPS AD seja a modalidade de CAPS especializada na

²³ Os cadernos “Saúde Mental em Dados” são publicações do Ministério da Saúde contendo os principais dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. Estes cadernos têm como principais fontes a informações das Coordenações Estaduais e Municipais de Saúde Mental e a base de dados DATASUS. Para esta análise foi utilizada última versão disponível para consulta na internet, o “Saúde Mental em Dados – 11”, que traz informações atualizadas até junho de 2012 e publicado outubro de 2012.

²⁴ As modalidades de CAPS são definidas a partir de critérios populacionais e de público-alvo, o que resulta em algumas diferenças de funcionamento entre eles. Os CAPS podem se constituir em: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD II, CAPS AD III, CAPS i. Para saber mais sobre os critérios de implantação e as diferentes modalidades de CAPS ler Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

atenção a usuários de AD, os CAPS I também são autorizados e orientados a prestar cuidados a esta população por meio da portaria nº 384, de 05 de julho de 2005, o que em tese amplia a atenção e cobertura a usuários de AD para além dos CAPS AD.

Voltemos agora nosso olhar para as “**Diretrizes**” da PAIUAD propriamente ditas. De início vejamos seus objetivos comuns:

- 1) Alocar a questão do uso de álcool e outras drogas como problema de saúde pública;
- 2) Indicar o paradigma da redução de danos – estratégia de saúde pública que visa a reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autorregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social – nas ações de prevenção e de tratamento, como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada;
- 3) Formular políticas que possam desconstruir o senso comum de que todo usuário de droga é um doente que requer internação, prisão ou absolvição;
- 4) Mobilizar a sociedade civil, oferecendo a esta condições de exercer seu controle, participar de práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, bem como estabelecer parcerias locais para o fortalecimento das políticas municipais e estaduais (BRASIL, 2004a, p. 24).

A diretriz primeira da PAIUAD é a “**Intersetorialidade**”. Esta encontra ressonância na compreensão de que o uso de AD está para além da saúde mental, se constituindo como um tema transversal a outras áreas da saúde, bem como a outros setores, como justiça, segurança, educação, assistência social, cultura, trabalho, emprego e renda, lazer e etc. No entanto, para que o impacto de uma política setorial não se esgote nela mesma e alcance a capilarização devida é fundamental sua articulação com a sociedade civil, movimentos sindicais, associações e organizações comunitárias e universidades para produção de estratégias e planos de execução que estejam em sintonia com as reais necessidades dos indivíduos que têm problemas decorrentes e/ou associados ao uso de AD. Neste aspecto, parece que a potência de intersetorialidade da PAIUAD não está somente na organização de uma rede assistencial dentro da saúde e articulada a outras redes e setores, embora isso seja imprescindível, mas na construção de espaços e instrumentos de defesa e promoção de direitos e de controle social que garantam sua implementação. Isso requer a definição de

papéis entre os diversos níveis de governabilidade e um esforço de contínuo planejamento e replanejamento. Desta forma, a intersectorialidade é indispensável à integralidade, em especial na concepção de que atenção integral requer a integração e complementariedade entre diferentes setores, serviços e ações (BRASIL, 2004a).

Não à toa “**Atenção Integral**” é justamente a segunda diretriz apresentada na PAIUAD. Esta pode ser considerada a diretriz mais importante desta política, pois de alguma forma ela acaba permeando todas as outras diretrizes. Se tomarmos a ideia de integralidade²⁵ conforme nos apresenta Carmem Teixeira (2011) perceberemos que todas as diretrizes da PAIUAD compõem a definição de integralidade ou a integralidade é um atributo delas. Portanto, não é por acaso que quatro das diretrizes²⁶ subsequentes a “Atenção Integral” estão dispostas como subtópicos dessa última. A ideia de Atenção Integral na PAIUAD é abrangente e compreende desde iniciativas que contribuam para mudanças individuais de comportamento até aquelas que estão relacionadas a estratégias mais gerais de diminuição de riscos individuais e nos grupos de pares. Envolve ainda a transformação mais geral de crenças e normas sociais numa perspectiva de mudança de cultura, assim como trata de ações de informação, prevenção e promoção de saúde em âmbito intra e intersectorial voltadas à população em geral, além da diversificação e ampliação da oferta de serviços assistenciais para usuários de AD. Essa concepção é estendida ao campo jurídico e problematiza as leis

²⁵ “A noção de **integralidade** diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde. A integralidade é (ou não), um atributo do modelo de atenção, entendendo-se que um ‘modelo de atenção integral à saúde’ contempla o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação. Um modelo ‘integral’, portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação” (TEIXEIRA, 2011, p.6).

²⁶ Diretrizes da PAIUAD: 1) Intersectorialidade; 2) Atenção Integral; 2.1) Prevenção; 2.2) Promoção e proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas; 2.3) Modelos de atenção – CAPS e redes assistenciais; e 2.4) Controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica, e de precursores – padronização de serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas; 3) Diretrizes para uma Política Nacional, Integral e Intersectorial de Redução dos Danos à Saúde e ao Bem-estar Causados pelas Bebidas Alcoólicas.

criminais de drogas, a lei que permite demissão por justa causa em empresas que constatarem o uso de drogas por funcionários, como também põe em discussão as questões relacionadas a testagem compulsória de uso de drogas em funcionários de empresas e estudantes de escolas públicas (BRASIL, 2004a).

No que concerne a gestão de política pública, a integralidade da atenção perpassa igualmente pela descentralização e autonomia de gestão nos níveis estaduais e municipais através da definição de papéis em cada nível de gestão, bem como a organização de mecanismos de captação, utilização e repasse de recursos financeiros pelos três níveis de governo. Trata ainda da necessidade de constituição de foros que reúnam representações do governo e da sociedade civil em instância de controle social com vistas a promover a participação efetiva de usuários de AD na formulação de políticas locais (BRASIL, 2004a).

Seguindo pelas diretrizes da PAIUAD encontraremos a “**Prevenção**”, que é definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de variadas estratégias destinadas à redução dos fatores de vulnerabilidades e de determinados riscos, concomitante ao fortalecimento dos fatores de proteção, o que requer que tais estratégias tenham inserção comunitária e busquem a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis. Entre estes segmentos sociais incluem-se os próprios usuários de AD numa perspectiva de compartilhamento de responsabilidades entendendo que eles são agentes e receptores de influências dos territórios que habitam. As ações de prevenção também não devem abrir mão da participação de pessoas que não estejam diretamente envolvidas com o uso de AD, buscando aplicabilidade a toda população já que a maior parcela dos indivíduos ainda não foi afetada por problemas relacionados ao uso prejudicial de AD, mas que um contingente significativo de pessoas se encontra em grupos de baixo/moderado risco para o uso problemático destas substâncias. Nessa perspectiva, a lógica da RD é trazida como artifício para formulação de estratégias preventivas distintas que favoreçam tanto à redução da iniciação no consumo, quanto a redução de seu aumento em frequência e intensidade entre diferentes segmentos sociais, na medida em que permite um planejamento mais versátil e amplo destas atividades dentro de um contexto de saúde pública (BRASIL, 2004a).

Para efeito de formulação de estratégias de prevenção, a PAIUAD parte da ideia de que “cada indivíduo constitui campo de integração e inter-relação de vários fenômenos de

manifestação biopsicossocial” (BRASIL, 2004a, p. 27) sendo importante e necessário levar em consideração as práticas diárias dos diferentes indivíduos uma vez que estas práticas podem influenciar positiva ou negativamente na sua saúde qualificando-se como fatores de proteção ou de risco ao uso prejudicial de AD. Estes fatores são identificados no documento como características ou atributos de um indivíduo, grupo ou ambiente de convívio social estando presente em todas as dimensões da vida. Assim, considera-se que “tais fatores não se apresentam de forma estanque, havendo entre eles considerável transversalidade, e consequente variabilidade de influência” (BRASIL, 2004a, p. 27). No entanto, ao mesmo tempo que a PAIUAD fala em transversalidade e influência entre fatores de risco e de proteção nos diversos níveis de convivência socioambiental (família, escola, comunidade, entre outros) ela também aponta para uma tendência de maior vulnerabilidade “em indivíduos que estão insatisfeitos com a sua qualidade de vida, possuem saúde deficiente, não detêm informações minimamente adequadas sobre a questão de álcool e drogas, possuem fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente” (BRASIL, 2004a, p. 27). Essa tendência de maior vulnerabilidade se aproxima do que Dagmar Meyer e colaboradores (2006) chamam de dimensão individual de vulnerabilidade, composta por dois elementos principais, os de “ordem cognitiva (quantidade e qualidade de informação de que os indivíduos dispõem e capacidade de elaborá-la) e de ordem comportamental (capacidade, habilidade e interesse para transformar essas preocupações em atitudes e ações protegidas e protetoras)” (p. 1339).

O texto da PAIUAD segue numa exposição de fatores de risco e fatores de proteção nos domínios individual, familiar, das relações interpessoais e nos ambientes de formação e aprendizado. Para cada fator de risco em um domínio da vida há um fator de proteção correspondente fazendo-nos pensar na imagem de uma balança onde estes fatores, de valores dicotômicos, são colocados uns como contrapesos dos outros representando formas definidas como “erradas” e “certas” de viver, como se pode evidenciar no exemplo a seguir:

No domínio das relações interpessoais, os principais fatores de risco são pares que usam drogas, ou ainda que aprovam e/ou valorizam o seu uso; a rejeição sistemática de regras, práticas ou atividades organizadas também é aqui considerada como um sinalizador. Ao contrário, pares que não usam álcool/drogas, e não aprovam ou valorizam o seu uso exercem influência

positiva, o mesmo ocorrendo com aqueles envolvidos com atividades de qualquer ordem (recreativa, escolar, profissional, religiosa ou outras), que não envolvam o uso indevido de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004a, p. 28).

Ao nosso ver, neste ponto a PAIUAD pode estar reeditando uma concepção moral de fatores de risco, questão que voltaremos a refletir no próximo capítulo. A diretriz de Prevenção enfatiza ainda educação em saúde como uma estratégia fundamental, sobretudo através da relação entre a educação e as práticas preventivas e assistenciais. O documento propõe que as práticas preventivas voltadas para a educação em saúde sejam planejadas levando em conta as características de sua população-alvo e articuladas a outras ações de prevenção e promoção de atenção integral a saúde. Nesse sentido, esta diretriz enfatiza duas frentes no âmbito educacional: (a) a capacitação e formação dos profissionais de saúde numa perspectiva multiprofissional contemplando as intervenções possíveis em cada nível assistencial, com destaque para os profissionais que atuam em CAPS AD já que estes têm a atribuição de multiplicar conhecimentos para equipes atuantes na atenção básica; e (b) a revisão e reformulação dos parâmetros curriculares no que tange as grades curriculares escolares e a formação de profissionais das diversas áreas da saúde de modo a garantir que os temas relativos a AD possam fazer parte dos conteúdos abordados no universo escolar e na formação de profissionais da saúde (Brasil, 2004a). Contudo, no item (a), quando a PAIUAD aponta para uma perspectiva multiprofissional de capacitação e formação dos profissionais de saúde ela não estaria contribuindo para direcionar um processo formativo que pode acabar enrijecendo os núcleos profissionais das diferentes formações ao invés de estimular a produção de uma *práxis* interdisciplinar ou transdisciplinar? Estas capacitações e formações não deveriam guiar para o fortalecimento do trabalho de grupo através das trocas de conhecimento e da construção de um novo saber cunhado entre os saberes de uma ou outra formação?

As ações preventivas se agregam e complementam a diretriz de **“Promoção e Proteção à Saúde de Consumidores de Álcool e outras Drogas”**. Numa perspectiva de atenção integral a saúde, prevenção, promoção e proteção compreendem a melhoria do acesso de determinados segmentos populacionais a dispositivos de cuidados e à rede de

suporte social em seu território ao mesmo tempo em que se fortalecem de modo contínuo os fatores de proteção individuais e coletivos destas pessoas. Esta diretriz ressalta que uma visão integral de saúde, equânime e justa para usuários de AD requer uma “mudança no paradigma de ‘doentes’ para novos cidadãos mercedores de direitos e exercício pleno da cidadania” (BRASIL, 2004a, p. 30). Assim, avançar nessa direção demanda mobilização e debate junto à sociedade e ao setor legislativo para que se criem as condições de construção de novos arcabouços legais ou melhoria dos já existentes no intuito de amparar as ações necessárias (BRASIL, 2004a). Nesse sentido, não restam dúvidas de que a substituição das primeiras leis de drogas do país pela lei atual representa um passo significativo nesta direção.

Outro passo nesse percurso pode ser exemplificado na adoção da RD como norte da PAIUAD e diretriz na constituição dos CAPS AD e de práticas de cuidado voltadas para usuários de AD. Como já vimos no ponto 2.1 deste capítulo, esta caminhada tem início em 1994 quando a RD é tomada como estratégia de prevenção das DST/AIDS e hepatites entre UDI por meio de uma cooperação com o UNODC. Através desta parceria o Ministério da Saúde colaborou para a criação, expansão e suporte de Projetos de Redução de Danos por todo país, dando visibilidade aos UDI no SUS e promovendo a organização de profissionais e usuários no compartilhamento de saberes técnicos, legitimados pela academia, e saberes “populares”, construídos nas práticas de uso de AD, o que criou condições para a produção de estratégias que se mostraram eficazes na abordagem dos problemas de saúde dos usuários de AD. Os resultados positivos das ações de RD propiciaram que profissionais da saúde e usuários de AD contribuíssem significativamente para a revisão das leis em vigor acarretando na elaboração de leis estaduais e municipais de RD, bem como na organização de associações municipais, estaduais e nacionais de RD. Em consequência disso é possível dizer que a RD apresenta caminhos possíveis para a atenção integral à saúde de usuários de AD na medida em que leva em consideração os estilos de vida dos diferentes usuários e lida com situações complexas, configurando-se como um campo de ações transversais e multisetoriais, que mistura diversos enfoques e abordagens variadas, resgatando, assim, sua dimensão de promoção à saúde. Portanto, da mesma maneira que a estratégia de RD desenvolvida entre UDI se mostrou eficaz, há na diretriz de “Promoção e Proteção da Saúde” a aposta de ampliação das estratégias de RD junto a usuários de outras drogas (BRASIL, 2004a).

Para refletir sobre a diretriz “**Modelos de Atenção – CAPS e Redes Assistenciais**” tomaremos o conceito de modelo de atenção de Jairnilson Paim (2008) segundo o qual este é um dos componentes fundamentais dos sistemas de serviços de saúde²⁷. Estes componentes representam as "áreas-problema", ou seja, as áreas nas quais estão presentes os principais limites identificados nesse sistema, o que significa que podem ser reconhecidos como nós-críticos que necessitam das intervenções das políticas de saúde para a superação dos problemas identificados. O componente modelo de atenção, também nomeado de “modelo assistencial” refere-se às práticas de saúde, ou seja, a assistência, as intervenções, as ações, entre outros, cujo foco recai sobre o conteúdo do sistema de serviços de saúde. Para este autor, modelos de atenção devem ser tomados como uma representação esquemática e simplificada de um sistema de saúde no que se refere a prestação da atenção.

A PAIUAD se integra à Política Nacional de Saúde Mental que, por sua vez, tem como um dos objetivos principais a substituição do modelo de atenção (assistencial) centrada em hospitais psiquiátricos, por redes de atenção especializadas e composta por serviços extra hospitalares. Nesse sentido, a implantação de serviços de atenção diária é a principal aposta de mudança no modelo de atenção e na prestação de assistência a pessoas com necessidades decorrentes de transtornos mentais e/ou relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004a). Tais serviços são regulamentados no SUS pela Portaria n° 336, de 19 de fevereiro de 2002, e constituem-se em diferentes modalidades de CAPS (I, II, III, infanto-juvenil II e álcool/drogas II) definidas por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

A expansão da rede especializada de atenção em saúde mental, álcool e outras drogas segue alguns critérios objetivos:

²⁷ Componentes fundamentais dos sistemas de serviços de saúde: Infraestrutura (recursos físicos, humanos e materiais); Financiamento (fontes, volume, formas de distribuição e utilização); Gestão (leis e normas, políticas e planos, estrutura e processo político-gerencial); Organização de serviços; Prestação de serviços/modelos de atenção (Oferta - Demanda e necessidades) (PAIM, 2008).

(1) População do município ou microrregião a ser atendida; (2) Ausência de recursos assistenciais, configurando baixo acesso ao atendimento; (3) Maior risco/vulnerabilidade, em função de indicadores epidemiológicos e sociais; (4) Existência de hospital psiquiátrico, e conseqüente programa de desinstitucionalização, com residências terapêuticas e outros dispositivos para a reintegração social de pacientes de longa permanência hospitalar. (BRASIL, 2004a, p. 33 e 34)

Segundo a PAIUAD, um CAPS AD tem como objetivo oferecer atendimento aos usuários de ad, seus familiares e à comunidade, respeitando uma área de abrangência definida. A oferta de atendimento deve se dar através de atividades terapêuticas e preventivas em sintonia com a lógica da RD. São atividades terapêuticas e preventivas de um CAPS AD:

1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
3. Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;
5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
6. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas;
7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo (Brasil, 2004a, p. 33 e 34).

Além disso, estes serviços têm a responsabilidade de organizar a rede local de serviços de atenção a usuários de ad de seu território de atuação funcionando como porta de entrada para a rede de atenção, supervisionar e capacitar equipes de atenção básica e de outros programas e serviços, assim como também devem manter listagem atualizada de pacientes, de sua região de abrangência, que façam uso de medicamentos para saúde mental (BRASIL, 2004a).

A diretriz **“Controle de Entorpecentes e Substâncias que Produzem Dependência Física ou Psíquica, e de Precursores – Padronização de Serviços de Atenção à Dependência de Álcool e outras Drogas”** chama atenção que no campo da saúde pública além de ações de prevenção, promoção e assistência aos usuários de AD, conforme visto nas diretrizes já apresentadas até aqui, a PAIUAD também contempla o “controle das drogas lícitas utilizadas na medicina, compreendendo a sua fabricação, distribuição, prescrição e venda, bem como o estabelecimento de padrões para o funcionamento de serviços voltados à prevenção e recuperação” (BRASIL, 2004a, p. 36). Essa função seria da competência do Ministério da Saúde ficando a cargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O papel da ANVISA em estabelecer padrões para o funcionamento dos referidos serviços é justificado no documento pelo vazio histórico de possibilidades de assistência a pessoas com uso prejudicial de drogas. A inexistência até então de serviços públicos de saúde voltados para usuários de AD, distintos dos Hospitais Psiquiátricos e Manicômios, contribuiu para o estabelecimento no Brasil de serviços autodenominados de “Comunidades Terapêuticas”. Estes serviços se propagaram sem qualquer regulamentação, evidenciando-se um funcionamento obscuro que suscitou a elaboração e estabelecimento pela ANVISA da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de nº 101, publicada em 31 de maio de 2001, a qual serve como parâmetro mínimo para funcionamento dos mesmos (BRASIL, 2004a). Esta resolução foi revogada e substituída pela RDC n.º 29, de 30 de junho de 2011, que “dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas” (Brasil, 2011a, p.1).

A sétima e última diretriz da PAIUAD, **“Diretrizes para uma Política Nacional, Integral e Intersectorial de Redução dos Danos à Saúde e ao Bem-estar Causados pelas Bebidas Alcoólicas”**, reforça a constatação que dentre todas as drogas lícitas e ilícitas, o consumo prejudicial de bebidas alcoólicas é o que está relacionado a mais danos à saúde e ao bem-estar, estabelecendo-se como o mais grave do ponto de vista da saúde pública. A partir desta evidência, são lançadas as bases para uma política específica de redução dos danos causados pelo álcool visando minimizar e/ou elimina-los. Para tanto, constitui-se um Grupo de Trabalho Interministerial, formalizado pelo Decreto de 28 de maio de 2003 da

Presidência da República. Este grupo teve por objetivo a revisão, a proposição e a discussão da política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool (BRASIL, 2004a).

Em 22 de maio de 2007 é publicado o Decreto n°. 6.117 que aprova a Política Nacional sobre o Álcool e dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Este Decreto traz dois anexos: Anexo I - contém a Política Nacional Sobre o Álcool, esta é apresentada em quatro tópicos²⁸ com destaque para a definição do conceito de bebida alcoólica e para as diretrizes que estão em sintonia com as diretrizes da PAIUAD; e Anexo II – contém um conjunto de medidas para reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira. Estas medidas estão organizadas em nove eixos que tratam de diferentes aspectos como, por exemplo, segurança pública, propaganda de bebidas alcoólicas, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool, entre outras (Brasil, 2008).

2.3 Outros instrumentos legais e políticos sobre drogas no Brasil

Não temos dúvidas de que a formalização de uma política de saúde pública como PAIUAD representa avanços na construção de um modelo de atenção à usuários de AD mais humanizado e mais afinado com princípios do SUS. O que não é possível afirmar com certeza, embora seja o nosso pensamento, é que esta política pode ter influenciado na elaboração de novos instrumentos legais e políticos sobre “drogas” que sucedem sua publicação, assim como a revisão de instrumentos que a precederam. Todavia, não há como saber ao certo se essa relação se deu e deixamos essa ideia apenas no campo das conjecturas. De qualquer forma, queremos relacionar neste tópico uma série de outros instrumentos legais e políticos que foram lançados após a publicação da PAIUAD e que compõe o atual marco legal e político sobre drogas do Brasil. Nesse sentido, em 2004 a SENAD propôs ao Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) o realinhamento da então Política Nacional Antidrogas. Em

²⁸ I – Objetivo; II – Da informação e proteção da população quanto ao consumo do álcool; III - Do conceito de bebida alcoólica; e IV – Diretrizes.

27 de outubro de 2005, a Resolução Nº 3/GSIPR/CH/CONAD institui A Política Nacional sobre Drogas que traz não só uma modificação de grande valor simbólico em sua nomenclatura, pois abandona o termo “antidrogas” (forjado na influência da guerra às drogas) para adotar o termo “sobre drogas” (com conotação de uma política que se debruça sobre uma questão ao invés de combatê-la). Além disso, a nova Política apresenta alteração de 92% dos itens em relação a Política anterior (BRASIL, 2008).

A Política Nacional Sobre Drogas está organizada em “Pressupostos”, “Objetivos” e outros cinco tópicos²⁹ onde se encontram orientações gerais e diretrizes para cada um deles. Dela se quer destacar alguns pressupostos e objetivos que estão em consonância com a PAIUAD e com a lei 11.343, dos pressupostos ressalta-se:

- Reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada.
- Tratar de forma igualitária, sem discriminação, as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Garantir o direito de receber tratamento adequado a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas.
- Não confundir as estratégias de redução de danos com incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção. (Brasil, 2008, p. 13).

Dos objetivos acentua-se:

- Implantar e implementar rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, de acordo com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento.
- Avaliar e acompanhar sistematicamente os diferentes tratamentos e iniciativas terapêuticas, fundamentados em diversos modelos, com a finalidade de promover aqueles que obtiverem resultados favoráveis.

²⁹ 1) Prevenção; 2) Tratamento, Recuperação e Reinserção Social; 3) Redução dos Danos Sociais e à Saúde; 4) Redução da Oferta; e 5) Estudos, Pesquisas e Avaliações.

- Reduzir as consequências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para a pessoa, a comunidade e a sociedade. (Brasil, 2008, p. 15).

Em 2009 a constituição de uma rede assistencial de saúde a usuários de AD ganha forte impulso com a publicação da Portaria n.º 1.190, de 4 de junho de 2009, que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD). Este Plano visa intensificar, ampliar e diversificar as ações de prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao uso prejudicial de AD tendo como prioridade 108 municípios. A escolha destes se deu segundo alguns critérios: ser capital de Estado, ter população superior a 250.000 habitantes, ou estar localizado em região de fronteira com outros países. Outra prioridade do PEAD se volta para o segmento populacional constituído por crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade e risco (BRASIL, 2010a). O Art. 4º define quatro eixos de intervenções para as linhas de ação do PEAD:

EIXO 1 - Ampliação do acesso ao tratamento: expansão da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); ampliação dos leitos de atenção integral em saúde mental e do atendimento pela Rede de Urgência e Emergência; expansão das ações de saúde mental na atenção básica; articulação efetiva da rede de saúde com a rede de suporte social;

EIXO 2 - Qualificação da Atenção - Formação, avaliação, monitoramento e produção de conhecimento: qualificação da rede de cuidados, com investimento na formação, avaliação, monitoramento e produção de conhecimento;

EIXO 3 - Articulação intra e intersetorial, com a sociedade civil e participação social: apoio à articulação entre as políticas da Saúde, Desenvolvimento Social, Educação, Esporte, Justiça, Trabalho, Direitos Humanos, Cultura e outras políticas sociais. Apoio a ações com a participação da sociedade civil, em projetos comunitários que se articulem às redes de saúde mental;

EIXO 4 - Promoção da saúde e dos direitos, inclusão social, enfrentamento do estigma: apoio a estratégias e ações para a sensibilização de gestores, profissionais e população em geral sobre os direitos das pessoas que usam álcool e outras drogas e a experiências comunitárias e ações culturais que trabalham com o estigma e com a inclusão social; (Brasil, 2010a, p. 171 e 172).

Em 20 de maio de 2010, com a difusão, sobretudo midiática, do uso de crack, a Presidência da República, mediante Decreto n.º 7.179, institui o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”, com vistas a instituir ações para prevenção do uso de drogas, tratamento e reinserção social de usuários e enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. No artigo 2º, apontam-se os seguintes objetivos deste Plano:

I - estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua;

II - estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS;

III - capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas;

IV - promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e ocupacional de usuários de crack e outras drogas e fomentar a multiplicação de boas práticas;

V - disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas;

VI - fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas em todo o território nacional, com ênfase nos Municípios de fronteira (Brasil, 2010b, p. 1).

Com isso, é perceptível que desde a década de noventa até o momento atual, uma série de leis, decretos, portarias, resoluções, recomendações e deliberações foram publicadas visando estruturar a rede de atenção voltada para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de AD. Contudo, somente em 2011 esta rede foi oficialmente instituída no âmbito do SUS através da Portaria n.º 3.088, de 23 de novembro de 2011. A instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) segue o movimento do Ministério da Saúde de constituição de redes temáticas e reafirma o modelo de atenção psicossocial como lógica de funcionamento desta rede estando em concordância com a

PAIUAD. As diretrizes da RAPS atentam para o respeito aos direitos humanos e para a garantia da autonomia e a liberdade das pessoas, pelo combate a estigmas e preconceitos reforçando a necessidade de atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas. Também são assinaladas como diretrizes a diversificação das estratégias de cuidado e o desenvolvimento de estratégias de RD, a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares, bem como a necessidade de organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado, além do desenvolvimento da lógica do cuidado que tenha como eixo principal a construção do projeto terapêutico singular. Este documento ainda dispõe sobre a criação de novas modalidades de serviços e sobre a ampliação e articulação dos distintos pontos de atenção que compõe esta Rede (BRASIL, 2011b).

A RAPS é constituída por sete componentes³⁰ que representam diferentes níveis e/ou estratégias de atenção à saúde. Cada um destes componentes é constituído por diversos pontos de atenção, no componente II (Atenção Psicossocial Especializada) encontram-se as diferentes modalidades de CAPS. Ao analisar este componente, notam-se duas diferenças em relação ao modo como o CAPS AD está disposto na Portaria n.º 336/2002. Nesta última Portaria o CAPS AD constituiu-se apenas na modalidade CAPS AD II, ou seja, como serviço ambulatorial de atenção diária com funcionamento em dois turnos durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até as 21:00 horas e com capacidade operacional para atendimento em municípios com população igual ou superior a 70.000 (BRASIL, 2002). Já na Portaria n.º 3.088/2011, além do CAPS AD II, o item “e” do componente Atenção Psicossocial Especializada dispõe sobre o CAPS AD III abrindo a possibilidade de constituição deste serviço com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, indicado para municípios ou regiões com população igual ou acima de 200.000 habitantes (BRASIL, 2011b).

³⁰ I - Atenção Básica em Saúde; II - Atenção Psicossocial Especializada; III - Atenção de Urgência e Emergência; IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório; V - Atenção Hospitalar; VI - Estratégias de Desinstitucionalização; e VI - Reabilitação Psicossocial.

Os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) são regulamentados no SUS através da Portaria n.º 130, de 26 de janeiro de 2012, que redefine estes serviços e os respectivos incentivos financeiros. Tal portaria traz inovações nas disposições gerais de constituição desta modalidade de CAPS estendendo a possibilidade de cuidado aos usuários para todos os dias da semana incluindo as noites, finais de semana e feriados, possibilita também o atendimento à população infanto-juvenil, desde que atendendo aos requisitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e permite que os CAPS AD III se constituam em referência regional, abarcando mais de um município, como retaguarda para grupo populacional de 150 (cento e cinquenta mil) a 300 (trezentos) mil habitantes (BRASIL, 2012a). Em linhas gerais é possível afirmar que as diretrizes de funcionamento e de atenção aos usuários dispostas na Portaria n.º 130/2012 permanecem as mesmas já estabelecidas na Portaria n.º 336/2002 e reiteradas na PAIUAD, incluindo-se algumas orientações referentes ao funcionamento do acolhimento noturno como podemos observar no Art. 5º, item IV “condicionar o recebimento de usuários transferidos de outro Ponto de Atenção, para acolhimento noturno, ao prévio contato com a equipe que receberá o caso” (BRASIL, 2012a, p. 3) e VI “regular o acesso ao acolhimento noturno, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros” (BRASIL, 2012a, p. 3). Outras orientações versam sobre o tempo de permanência do usuário que for inserido no acolhimento noturno, conforme o Art. 6º:

§ 1º A permanência de um mesmo usuário no acolhimento noturno do CAPS AD III fica limitada a 14 (catorze) dias, no período de 30 (trinta) dias;

§ 2º Caso seja necessária permanência no acolhimento noturno por período superior a 14 (catorze) dias o usuário será encaminhado a uma Unidade de Acolhimento;

§ 3º A regra estabelecida nos §§ 1º e 2º poderá ser excepcionada a critério da equipe do serviço, quando necessário ao pleno desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos Singulares, devendo ser justificada a Coordenação Municipal de Saúde Mental; (Brasil, 2012a, p. 4 e 5).

Para a operacionalização do acolhimento noturno e funcionamento durante os finais de semana há um redimensionamento da equipe mínima para atuar nos períodos, diurno, noturno e finais de semana, bem como uma readequação da estrutura física mínima da unidade que deverá comportar “no mínimo 8 (oito) e no máximo 12 (doze) vagas para acolhimento noturno” (Brasil, 2012a, p. 6).

2.4 A Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju e o CAPS AD III

O CAPS AD Primavera foi implantado em Aracaju em 2002 no bojo do processo de formulação da Política de Saúde Mental do município. Pode-se dizer que este processo tem início em 1997 com o fechamento do Hospital Psiquiátrico Adalto Botelho. Todavia, apesar do fechamento deste hospital, até o ano 2000 a assistência em saúde mental ainda era realizada estritamente em hospitais psiquiátricos e ambulatórios. O primeiro CAPS do município foi inaugurado em 2000, mas o movimento de transformação do modelo de atenção em saúde mental ganha empuxo a partir de 2002 quando há um significativo investimento na constituição da Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju (REAPS), com destaque para implantação de novos serviços, tais como os Centros de Atenção Psicossocial ³¹(CAPS) e Residências Terapêuticas ³²(RT) e fechamentos de hospitais psiquiátricos³³ até então existentes. (GOMES et al, 2012). Atualmente a REAPS conta na sua administração direta com 3 (três) CAPS III, 1 (um) CAPS AD III, 1 (um) CAPS AD infanto-juvenil, 1 (um) CAPS Infanto-Juvenil, 4 (quatro) Módulos de Residências Terapêuticas e 1 (um) Programa de Redução de Danos. Além disso, o município também oferta cuidado em saúde mental em outros níveis da assistência com 10 (dez) Unidades Básicas de Saúde Referências em Saúde Mental com psiquiatra e psicólogo; 1 (uma) Urgência Mental funcionando em Hospital Geral, que regula todos os leitos SUS, com 16 leitos de retaguarda; 1 (uma) Clínica

³¹ Entre 2002 e 2006 foram implantados quatro CAPS em Aracaju (1 CAPS II, 1 CAPS III, 1 CAPS AD e 1 CAPS i). (GOMES et al, 2012).

³² Em 2006 foram implantados quatro módulos de Residências Terapêuticas em Aracaju. (GOMES et al, 2012).

³³ Em 1997 foi fechado o Hospital Psiquiátrico Adalto Botelho e em 2006 o Hospital Psiquiátrico Dr. Garcia Moreno (GOMES et al, 2012).

psiquiátrica privada com 80 (oitenta) leitos de referência para todo o estado de Sergipe e 2 (dois) serviços Hospitalares de Referência para álcool e outras drogas (SHR-ad) com 30 (trinta) leitos, sendo 16 no Hospital Cirurgia e 14 no Hospital São José, além de 8 leitos psiquiátricos no Hospital Universitário³⁴.

A REAPS é uma das 05 (cinco) redes assistenciais que compõem o sistema organizativo do trabalho e assistência em saúde para a população de Aracaju. Em 2012, a gestão da REAPS elaborou um documento que formaliza as “Diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju” (Gomes et al, 2012), colocando esta rede em sintonia com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, da Política Nacional de Humanização e da PAIUAD. Este documento foi validado pelos trabalhadores da Rede em reunião ordinária da RODA REAPS³⁵ no dia 18 de dezembro de 2012. Ele dispõe sobre os modelos assistencial e de gestão da REAPS, versa sobre as atribuições de gestores e profissionais³⁶, entre outros aspectos³⁷. São objetivos gerais da REAPS:

- Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, garantindo cuidado integral nos diversos pontos de atenção à saúde;
- Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do

³⁴ Informações fornecidas pela Coordenação da REAPS em 30 de março de 2015.

³⁵ A RODA REAPS é uma ferramenta de gestão que consiste no encontro mensal entre gestores e trabalhadores dos serviços que compõe a REAPS, para discussão e deliberação sobre temas pertinentes ao funcionamento desta rede.

³⁶ O tópico “Rede de Atenção Psicossocial (REAPS) em Aracaju” dispõe sobre o modelo assistencial e os sérvios que compõe a rede, sobre as atribuições dos coordenadores e apoiadores institucionais dos serviços, assim como sobre as atribuições dos profissionais que estão divididas em: a) Atribuições mínimas de núcleo profissional; e b) Atribuições de campo dos profissionais de saúde mental (GOMES et al, 2012).

³⁷ O documento “Diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju” está organizado nos seguintes tópicos: 1) Introdução; 2) Objetivos; 3) Rede de Atenção Psicossocial (REAPS) em Aracaju; 4) 4. Articulação entre as Redes Assistenciais; 5) Intersetorialidade; 6) Avaliação e monitoramento; e 7) Considerações finais (GOMES et al, 2012).

acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (GOMES et al, 2012, p. 7 e 8).

Em 2011 foi elaborado um projeto propondo a requalificação do CAPS AD Primavera de CAPS AD II para CAPS AD III, ampliando as ofertas de cuidado deste serviço com o funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. Pelo que pode ser lido no próprio projeto de requalificação do serviço, esta transformação decorre de uma série de fatores, um deles é o incremento do consumo de crack pelos usuários que procuraram o serviço entre os anos de 2009 a 2011. A este fator se atribuiu uma gradativa modificação no perfil dos usuários atendidos no serviço, relacionada ao aumento da demanda por cuidado. Associa-se a isso a forma como os serviços da REAPS estão organizados, dentro de uma lógica territorial, que divide a cidade em territórios de referência para cada CAPS, com exceção dos CAPS AD Primavera e CAPS infanto-juvenil AD, que por serem os únicos especializados na atenção ao uso de ad, ficam responsáveis pelo cuidado em todo o território de Aracaju, o que tende a contribuir para que proporcionalmente tenham uma demanda maior que os demais CAPS com menor território de abrangência (ARACAJU, 2011).

Outro fator decorre do modo como o acolhimento noturno de usuários de ad vinha acontecendo. Seguindo as premissas da reforma psiquiátrica e PAIUAD, o CAPS AD Primavera busca prestar cuidado sem utilizar o recurso da internação em hospitais psiquiátricos ou clínicas privadas. Quando um afastamento provisório de algum usuário de sua casa/território se fazia necessário, este serviço contava com o apoio dos três CAPS III de Aracaju que disponibilizavam até dois leitos de acolhimento noturno em cada um deles. Esta parceria entre os serviços funcionou bem acumulando vários casos exitosos, contudo, nem sempre os leitos estavam disponíveis, pois a demanda de ocupa-los com usuários acompanhados pelos próprios CAPS III também era elevada. Deste modo, a possibilidade do CAPS AD Primavera ofertar acolhimento noturno no próprio serviço foi progressivamente ganhando importância tornando-se uma necessidade (ARACAJU, 2011).

Assim como no cenário nacional, em Aracaju a discussão sobre AD ficou em segundo plano por questões históricas e pela priorização inicial da REAPS em atender as necessidades dos usuários crônicos que estavam internados em Hospitais e Clínicas Psiquiátricas. A partir

de 2007, a construção de uma Linha de Cuidado para usuários de ad começa a ganhar força e ser pauta constante nas ações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O CAPS AD Primavera e o Programa Redução de Danos passaram a desenvolver diversas ações conjuntas, ampliando as intervenções no território e conformando uma rede com novos parceiros na própria saúde, assim como com a justiça, educação, assistência social, além de estruturar um processo de educação permanente de seus profissionais e de profissionais de outros serviços da rede (Aracaju, 2011).

Em 2009 a REAPS criou o Núcleo da Política de Álcool e Drogas que tinha como objetivo consolidar a linha de cuidado em AD e articular os diversos atores governamentais e não governamentais envolvidos na referida questão. As diretrizes adotadas por este Núcleo estão alinhadas as da PAIUAD e assim o município começou a trabalhar no Plano Municipal de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. Ainda em 2009, no contexto de lançamento pelo Ministério da Saúde do PEAD, o município construiu um plano que deveria articular as secretarias municipais em torno da oferta de cuidado e atenção integral, prevendo os diferentes níveis de prevenção e complexidade das necessidades apresentadas pelos usuários de ad. Nesta direção, diversas reuniões intersetoriais aconteceram com o objetivo de reconhecer as ofertas de cada secretaria e fundação municipal para, a partir disso, estabelecer fluxos e pactos de funcionamento integrado e de acesso dos usuários de ad aos serviços e programas. Um desdobramento desses encontros foi o lançamento em agosto de 2010, do Plano Municipal de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, reforçado pelo PEAD. Durante o lançamento do Plano Municipal também foi anunciada a reativação do Conselho Municipal sobre Álcool e Outras Drogas (COMAD) (Aracaju, 2011).

Foi neste contexto de esforços para garantir uma política pública realmente estruturada para ofertar cuidado aos usuários de AD que a SMS de Aracaju elaborou o projeto de requalificação do CAPS AD Primavera da modalidade CAPS AD II para o CAPS AD III no intuito de ampliar a rede de suporte e cuidado na direção de uma rede cada vez mais resolutiva e produtora de autonomia. Essa transformação se efetivou no primeiro semestre de 2013 e coincide com nossa chegada neste serviço para assumir a função de coordenação, na qual permanecemos até o primeiro semestre de 2014.

Antes de avançarmos para o próximo capítulo queremos marcar que o SUS como instituição e a PAIUAD como política pública de saúde não garantem sozinhas as lutas de resistências biopolíticas na atenção a usuários de ad. “É necessária a participação de coletivos engajados na transformação e na gestão públicas das políticas” (DIAS, 2008, p. 78) para que os instrumentos normativos não sejam apenas artefatos burocráticos a serviço do Estado com potencial de controle da população, mas que a eles seja dado o caráter público, no sentido daquilo que é produzido coletivamente, para, assim, avançarmos produção de práticas de atenção e cuidado emancipadoras.

CAPÍTULO III

3 O CAPS AD PRIMAVERA COMO UM PLANO FORÇAS: LIMITES E POTÊNCIAS

*“Eu ando pelo mundo
Prestando atenção em cores
Que eu não sei o nome
Cores de Almodóvar
Cores de Frida Kahlo
Cores!”*

(ADRIANA CALCANHOTO, *Senhas*, 1992)

Partindo da crítica de Foucault de que qualquer política estaria inserida num plano de poder e por isso mesmo aberta às diversas forças instituídas e em vias de criação, toda política evidencia um tensionamento de forças, o que pode levar tanto a um engessamento, endurecimento das relações de poder, quanto, no sentido oposto, levar à produção de arranjos instituintes de novos tipos de relações. Neste capítulo lançaremos o olhar sobre PAIUAD tentando atualizá-la em nossa experiência de gestão do CAPS AD Primavera para, assim, apontar entraves que a paralisam e potencialidades que fogem da captura do saber/poder médico sanitário, isto é, possíveis linhas de fuga da biopolítica populacional.

Como já visto no capítulo II, as concepções, instrumentos legais, instituições e práticas que formam o corpo do proibicionismo delimitaram a questão das drogas como um problema combinado de políticas de segurança e de saúde pública. O modelo proibicionista e a criminalização de determinadas drogas acaba por desrespeitar os direitos humanos na medida em que também criminaliza milhões de pessoas que usam certas drogas e não outras, constituindo, desta forma, uma ameaça às lutas democráticas e por liberdade. O substrato criminalizador que compreende a questão das drogas contribui significativamente para que usuários de drogas tornadas ilícitas se afastem do debate aberto sobre o tema por temerem se expor em espaços coletivos, além disso, este substrato também “alimenta um discurso aterrorizador e homogeneizador sobre todos os supostos malefícios” destas substâncias, o que atualiza o estigma sobre o usuário e dificulta o diálogo e o esclarecimento de informações sobre o tema (LIMA, 2010, p.78). Tudo isso colabora para que a questão das drogas seja comumente tratada e entendida de forma velada, simplista e tendenciosa à avaliação moral, inclusive por profissionais da saúde, o que segundo Márcia Totugui e colaboradores (2010,

p. 103) reflete “um déficit no acesso universal ao SUS” por parte dos usuários de crack e que nós estendemos aos usuários de drogas de uma forma geral. Para estes autores a dificuldade de acesso de parte dos usuários de drogas ao SUS se relaciona, entre outras coisas, ao despreparado das equipes de saúde em acolher suas demandas, especialmente na atenção básica. Rita de Cássia Lima (2010), em texto escrito como contribuição para discussão a respeito do cruzamento drogas e políticas intersetoriais na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, aponta para um conjunto de desafios da abordagem ao uso indevido de drogas no campo da saúde do qual queremos destacar dois: 1) os “esforços para consolidar o próprio sistema público de saúde, o que implica necessariamente as lutas para materializar o modelo sanitário que queremos no país, com base nos princípios do SUS” (p. 81); e 2) “às dificuldades de fomento de uma genuína participação popular” (p. 83).

Sobre o primeiro desafio, esta autora refere como limites e possibilidades identificados pelos trabalhadores e agentes da saúde mental a precarização dos vínculos de trabalho e o subfinanciamento da saúde. Para ela, o enfrentamento deste desafio deve se dar pela “articulação com lutas mais gerais por uma saúde pública universal e qualidade no país” (p. 82), a exemplo da estratégia de luta dos militantes da Reforma Psiquiátrica no final da década de 1970 e anos 80 que vincularam sua agenda à da Reforma Sanitária. Lima ainda acrescenta que a atenção integral ao usuário de AD “requer um primeiro nível de integração no âmbito da própria saúde” (p. 82) ressaltando que “a efetividade dos serviços de saúde mental está condicionada à qualidade de oferta de outros serviços no âmbito da saúde pública, que afirmem os já referidos princípios do SUS” (p.83).

No que tange ao segundo desafio, a autora evidencia o afastamento dos usuários de drogas, mormente os usuários das drogas tornadas ilícitas, dos espaços coletivos de discussão sobre a questão das drogas. Para ela esse distanciamento é efeito do caráter criminalizador do uso de determinadas substâncias.

Enquanto outras áreas da saúde e de outras políticas sociais, as múltiplas associações de usuários são agentes fundamentais para impulsionarem a construção, a crítica e a materialidade dos serviços públicos, ocupando vagas em conselhos de direitos, a área de drogas sofre com os impactos do proibicionismo criminalizador (LIMA, 2010, p. 83).

Segundo Lima (2010), isto tem restringido à organização e à pressão política por usuários e sociedade em geral, o que pode incorrer na morosidade de implementação das políticas públicas sobre drogas e mesmo no endurecimento das respostas públicas de natureza coercitiva, “cujo aparelho policial tende a ser, por vezes, o mais organizado e ágil a certos problemas societários” (p.84).

Se considerarmos que “o SUS é uma conquista nascida das lutas pela democracia no país que em 1988 ganham estatuto constitucional”, como garantir a manutenção de seu “caráter constituinte”? Esta questão nos coloca frente aos “problemas contemporâneos que se dão na relação entre Estado e as políticas públicas” (BENEVIDES & PASSOS, 2005, p. 562). Não é incomum que ao tentarmos definir as políticas públicas tomemo-las como a “intervenção do Estado no ordenamento da sociedade, por meio de ações jurídicas, sociais e administrativas” (Rodrigues *apud* FERREIRA NETO, 2011, p. 23). Contudo, essa definição acaba por ressaltar os aspectos instituídos das políticas públicas deixando de lado seus processos de construção. Nesse sentido, não podemos esquecer os movimentos instituintes que foram determinantes na elaboração do atual arcabouço político do país. “Entre 1975 e 1988, o Brasil conheceu a força dos movimentos sociais de base popular, autônomos em relação ao Estado”. Uma novidade trazida por esses movimentos foi a “ampliação da concepção do que é o político. Este não é apenas do domínio público ou estatal. O político passou a ser problematizado no cotidiano” pela ampliação das lutas nas relações entre gêneros, entre as raças, entre doentes e os especialistas, etc. (FERREIRA NETO, 2011, p. 28).

A constituição promulgada em 1988 constituiu-se em um híbrido entre as diversas forças sociais em atuação no país. Contou com forte mobilização popular (...) com forte acento no estabelecimento de políticas sociais, incorporando parcialmente várias das bandeiras de luta dos movimentos sociais (FERREIRA NETO, 2011, p. 29).

Segundo João Ferreira Neto (2011), o avanço desse processo produziu modificações na linha de atuação dos movimentos sociais que aos poucos cedeu em relação à postura autônoma e oposicionista para atuar de forma mais integrada com o Estado através de

condutas mais propositivas e atividades mais vinculadas a instituições. “O discurso pela ruptura com Estado cede lugar a propostas de reformas mais setorializadas em associação com o aparelho estatal. Na década de 1990, essa tendência se consolidou na chamada ‘área social’³⁸no Brasil” (p. 29 e 30). Diante deste cenário, Tadeu Souza (2007) chama nossa atenção para que essa análise seja feita considerando ambos os lados: Estado e movimento social. Para ele, pelo prisma do Direito, “todo movimento de contestação, em certo momento, terá que se confrontar com o ordenamento jurídico” (p. 41). Assim, tanto a Constituição de 1988 como a Lei 8.080, que regulamenta o SUS, representam a própria regulação que os movimentos sociais estão sujeitos através do ordenamento jurídico. “Do ponto de vista dos movimentos sociais a ‘lei’ não é uma finalidade, ela é uma estratégia. O Estado deseja lei para impor concessões e limites, enquanto os movimentos sociais desejam a ‘lei’ para continuar abrindo passagens e ativando novos processos instituintes” (p.41). Uma ferramenta importante para nos auxiliar nesta análise da relação entre Estado e políticas públicas é o conceito de “governamentalidade” de Foucault (1984).

Segundo este autor, é no período entre o século XVI e o final do século XVIII que se desenvolve uma série de ensaios sobre a arte de governar. Todo este material visa responder as preocupações crescentes frente ao movimento de mão dupla que se inicia na Europa, por um lado este movimento aponta para a concentração estatal e, por outro lado, direciona para a dispersão e dissidência religiosa. Estas preocupações são oriundas de um contexto marcado pela instauração dos grandes Estados territoriais que trazem consigo as dúvidas sobre como governar e como fazer para ser o melhor governante. É neste cenário que se constitui um pensar político, uma nova racionalidade governamental que aos poucos produz mudanças na forma de conceber e operar as formas de governo. Enquanto que no Feudalismo e no Absolutismo o governante é alguém diferente dos demais, um soberano como o senhor feudal ou o príncipe, que governa por um mandato transcendental assentado na lei divina de quem recebeu o principado por herança ou o conquistou, mantendo com ele laços de tradição e de

³⁸ O que este autor refere como área social é campo das políticas públicas de saúde, assistência social, educação, etc.

violência (FOUCAULT, 1984), no Estado Moderno, o governante não é alguém que se difere dos demais, assim como o Estado “não é uma casa, nem uma igreja, nem um império”, mas uma realidade específica e autônoma, independente da obediência que deva a outros sistemas, como a natureza ou Deus (FOUCAULT, 2008, p. 7). O governante não governa mais segundo a lei divina, mas através da lei dos homens. A política externa, que antes baseava-se na defesa e ampliação ilimitada do território, passa a valer-se de todo um aparato diplomático que respeita a pluralidade dos Estados, à margem de qualquer tentativa de unificação do tipo imperial. Numa direção contrária, o governo de um Estado está intimamente ligado ao desenvolvimento de um Estado de polícia, ou seja, ao desenvolvimento de uma política interna sem limites quando se trata do controle da população, já que naquele momento o “corpo social” foi valorizado como principal fonte de riqueza do Estado. Segundo essa razão do Estado, “a limitação das relações internacionais tem por correlato o ilimitado exercício do Estado de polícia” (FOUCAULT, 2008, p.11).

No texto *A Governamentalidade*, Foucault (1984) analisa como surgiu historicamente o problema específico da população que levou a “questão do governo: relação entre segurança, população e governo” (p. 277). Para isso, o autor faz um inventário da literatura voltada para o problema do governo em seus múltiplos aspectos desde o século XVI. A partir da análise da obra *Miroir politique contenant diverses manières de gouverner*, de Guillaume de La Perrière, ele faz a distinção entre governante e governar. Como governante estão o monarca, o imperador, o príncipe, o magistrado e similares, já o governar se refere a algo mais amplo pois se pode governar uma casa, as almas, as crianças, uma província, uma família, etc. Foucault chama atenção de que estas observações que aparentam ser essencialmente terminológicas têm implicações políticas importantes. Diferentemente da obra *O Príncipe*, de Maquiavel, nas observações de La Perrière:

O governante, as pessoas que governam, a prática de governo são, por um lado, práticas múltiplas, na medida em que muita gente pode governar (...) por outro lado, todos estes governos estão dentro do Estado ou da sociedade. Portanto, pluralidade de formas de governo e imanência das práticas de governo com relação ao Estado; multiplicidade e imanência que se opõem radicalmente à singularidade transcendente do príncipe de Maquiavel (FOUCAULT, 1984, p. 280).

Foucault (1984) segue sua análise tentando evidenciar o que há de particular e que se aplica a todo o Estado entre todas as formas de governo que se cruzam e se sobrepõem no interior da sociedade e do Estado. Para tanto ele se utiliza de formulações de um texto La Mothe Le Vayer que define três tipologias de formas de governo: “O governo de si mesmo, que diz respeito à moral; a arte de governar adequadamente uma família, que diz respeito à economia; a ciência de bem governar o Estado, que diz respeito à política. Em relação à moral e à economia, a política tem sua singularidade” (p. 280). Nesse sentido, o que ele considera mais relevante é que diferentemente da doutrina do príncipe, que é marcada pela descontinuidade entre o poder do soberano e outras formas de poder, “as teorias da arte de governar procuram estabelecer uma continuidade, ascendente e descendente” (p. 281). A continuidade ascendente se aproxima a pedagogia do príncipe no sentido de que aquele que pretende governar o Estado “deve primeiro saber si governar, governar sua família, seus bens, seu patrimônio” (p. 281). Já a continuidade descendente é a que faz repercutir no âmbito dos indivíduos e da família o bom governo do Estado, ou seja, “quando o Estado é bem governado, os pais de família sabem governar suas famílias, seus bens, seu patrimônio e por sua vez os indivíduos se comportam como devem” (p. 281).

Para este autor, toda literatura obscurecida diante de Maquiavel buscava, entre outras coisas, maneiras de introduzir a economia ao nível da gestão de um Estado. Originalmente economia tem um sentido distinto do que é usado atualmente, pois designava a sabedoria em governar a casa para o bem da família. Portanto, governar um Estado significava “estabelecer a economia ao nível geral do Estado, isto é, ter em relação aos habitantes, as riquezas, aos comportamentos individuais e coletivos, uma forma vigilante, de controle tão atenta quanto a do pai de uma família” (FOUCAULT, 1984, p. 281). Contudo, mais do que impor lei aos homens como na soberania, o governo deve dispor as coisas por táticas diversas, deve usar mais táticas do que leis, “ou utilizar ao máximo as leis como táticas” (IBIDEM p. 284). O governo passa a ser a maneira correta de dispor as coisas para atingir determinado fim. Em vista disso, mais do que determinar a política do Estado, a racionalidade governamental que tem início no século XVI pode ser entendida num sentido mais amplo, na elaboração de uma arte de governar. Por esse ângulo, a dimensão de governo do Estado é relativizada, ele não é necessariamente priorizado, pois somente fica em sua alçada a dimensão política do governo.

Assim, enquanto que o governo do soberano estava fundamentado na lei e no território, bem como no exercício verticalizado do poder que distancia “o foco de emanção do poder e seu ponto de incidência”, no século XVIII uma técnica de governo baseada em diversas táticas em relação aos homens e às coisas vai gradativamente ganhando corpo na gestão e no problema da população, isto é, o exercício de poder passa a se dar de modo “multivetorializado” num plano de imanência que aproxima “quem exerce o poder e quem o sofre”. (BENEVIDES & PASSOS, 2005, p. 565). No entanto, o que ocorreu no Ocidente foi a governamentalização do Estado, ou seja, a captura dentro da máquina do Estado das práticas de governo exteriores a ela. Dessa maneira, as táticas de governamentalidade tornam possível a sobrevivência do Estado, já que “se tornaram a questão política fundamental e o espaço real da luta política”. As táticas de governo são “o que permitem definir a cada instante o que deve ou não competir ao Estado, o que é público ou privado, o que é ou não estatal, etc.” (FOUCAULT, 1984, p. 292).

É neste contexto sócio-político-econômico que se afirmou a necessidade do estudo das relações entre o estado de saúde de uma população e suas condições de vida, cuja principal finalidade era colocar a vida social e econômica a serviço dos poderes políticos do Estado. Temos, assim, algumas condições de possibilidade para a emergência da polícia médica, ou da medicina social ou, afinal, da “saúde pública”, que, conforme já referimos no primeiro capítulo deste trabalho, consolidou a medicina como discurso científico e verdadeiro sobre a saúde das populações. Este mesmo cenário também reúne algumas condições de possibilidade de emergência do Estado moderno enquanto gestor da saúde da população. “A dimensão de controle que Foucault designou como biopoder faz com que o Estado desempenhe cada vez mais uma função policial” (BENEVIDES & PASSOS, 2005, p. 567) o que em países como o Brasil, “onde o Estado de bem-estar social sequer chegou a se concretizar, a relação entre as políticas públicas e o Estado, no seu papel regulamentador” (IDEM, p. 568) não possa ser negligenciada.

Desta forma, para entendermos as políticas de saúde na atualidade, faremos uma marcação conceitual de política pública semelhante à realizada por Rafael Dias (2008) em sua dissertação de mestrado. Assim como este pesquisador, queremos defender a dimensão

participativa e ativista das políticas públicas de saúde e para isso faremos uma distinção entre política de Estado, políticas de governo e políticas públicas.

Por política de Estado podemos nos referir as políticas que são conquistas incorporadas ao funcionamento da máquina estatal que não dependem da mudança de governo para sua realização. “No campo da saúde, o SUS é uma política de Estado com a estabilidade do texto constitucional de 1988, forjada por um processo de lutas sociais na década de 80. Essa política acontece de maneira descentralizada nos diferentes níveis de governo (federal, estadual, municipal)” (DIAS, 2008, p. 67).

As políticas de governo são aquelas propostas “dentro de um projeto específico de forças políticas que assumem o aparelho de Estado e suas responsabilidades como parte do jogo político da democracia representativa, o que pressupõe a realização de eleições periódicas e a troca de poder de acordo com o acúmulo de forças na sociedade” (DIAS, 2008, p.67). Deste modo, as políticas de governo estão sujeitas a descontinuidade devido as mudanças de força política na máquina de Estado. Por conta disso, elas dependem do arranjo de forças e das escolhas políticas que definem algumas ações. Podemos citar, como exemplo, a política de provimento emergencial de médicos como Projeto Mais Médicos para o Brasil e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, que são frutos de uma política de saúde criada no governo Dilma que visa estimular a formação do médico mais alinhada a real necessidade da população brasileira, bem como levar esse e outras categorias profissionais para localidades com maior carência de dispor e fixar trabalhadores nos serviços de atenção primária à saúde. Dias (2008) dá como um de seus exemplos “a atual política de extermínio na segurança pública” do Rio de Janeiro “que vem sendo levada a cabo por diferentes grupos políticos desde a década de 1990” (p. 68).

Já as políticas públicas são aquelas que fazem parte da instituição de lutas sociais em torno de questões coletivas, que ainda não têm resposta governamental ou estatal satisfatória, ou, como nos fala Dias “são ações que promovem a abrangência das lutas democráticas no país” (p. 68). Souza (2007) corrobora nessa direção referindo que os movimentos sociais que lutaram pela garantia das funções públicas do Estado, a exemplo do Reforma Psiquiátrica, inauguraram, no campo da Saúde, um modo de fazer políticas públicas distinto dos modos instituídos pelo Estado na medida em que inventaram “novas formas de governo, um governo

comum e coletivo dos serviços e dos bens” (p. 42). “Não mais identificado a estatal, o público indica assim a dimensão do coletivo. Política pública, política dos coletivos. Saúde pública, saúde coletiva.” (BENEVIDES & PASSOS, 2005, p. 566). Dessa maneira, nos alinhamos a estes pesquisadores para defender neste trabalho a concepção de que as políticas públicas “são aquelas construídas com a participação social na sua formulação, aplicação e monitoramento” (DIAS, 2008, p. 68).

A PAIUAD, enquanto parte integrante do SUS, deve ser entendida como uma política de Estado implementada nas políticas de governo, todavia, a forma constituída desta política é resultado do movimento dos coletivos e das lutas sócias no âmbito da saúde, sobretudo as Reformas Sanitária e Psiquiátrica, que ganham força a partir da segunda metade da década de 70, em consonância com os movimentos democráticos mais amplos que o país vivia, e a RD, animada enquanto movimento social que emerge no final de década de 80 como um efeito destes primeiros movimentos e lutas no campo da saúde. Diante disso, a PAIUAD é entendida neste trabalho como política pública agenciada por múltiplos modos de governo que são produzidos por relações de poder espalhadas na sociedade. Estas múltiplas formas de governo não estão necessariamente do lado do Estado, mas num plano de forças que abrange os diferentes sentidos e modos de governar, entre eles, “governo dos coletivos de saúde, governo dos usuários de drogas, governo dos movimentos sociais, mas também o governo dos aparelhos de Estado (Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental, Secretaria Estadual de Saúde, etc.) e dos serviços de saúde (Unidade básica, Ambulatórios, CAPS AD)” (DIAS, 2008, p. 69).

Em nossa experiência de gestão do CAPS AD Primavera evidenciamos que as práticas de governar muitas vezes estão em conflito, apresentando tensões e sustentando posições antagônicas na luta pelo instituinte. Desta forma, pretendemos atualizar os embates vividos no campo da saúde em torno da questão das drogas através da análise de algumas lutas cotidianas deste serviço. Longe de adotar a PAIUAD de forma dogmática tentando encaixar nossa experiência nas referências deste texto legal, queremos discutir as lutas travadas que giram em torno de questões que a própria política se propõe a sustentar. As distâncias e os encontros, as travas e as linhas de fuga só podem ser entendidas ao

considerarmos os espaços concretos que possibilitam analisar como essa luta se mantém ativa.

3.1 Prevenção e os riscos de ortopedia pedagógica

No primeiro capítulo vimos que a medicina social é essencialmente uma medicina preventiva já que ao longo do seu processo de constituição o objeto de sua intervenção se desloca da doença para a saúde, isto é, para além de curar o corpo doente, a medicina social-preventiva visa impedir o adoecimento. Dessa forma, a medicina passa a atuar no espaço urbano e no corpo social através da prescrição de maneiras gerais e “corretas” de existir e se comportar, o que dá a ela contornos de estratégia biopolítica de controle e ordenamento da população. A medicina preventiva se torna regime coletivo da população. (FOUCAULT, 1984).

Prevenção é uma das diretrizes da PAIUAD que deve ser trabalhada a partir da identificação de práticas diárias dos diferentes indivíduos que podem influenciar positiva ou negativamente na sua saúde. Estas práticas são qualificadas como fatores de proteção ou de risco ao uso prejudicial de AD, constituindo lados opostos de uma mesma moeda. A forma como estes fatores são apresentados no texto da política parece atravessa-los de certa valorização moral que, mais do que influenciar a saúde dos indivíduos de forma positiva ou negativa, atualiza o caráter prescritivo da medicina preventiva acerca dos modos “corretos” de ser e estar no mundo à medida que alguns dos fatores de risco aparentam ser formas “erradas” de viver e alguns dos fatores de proteção formas “certas” de viver.

No domínio individual, podemos identificar como principais fatores de risco baixa autoestima, falta de auto-controle e assertividade, comportamento anti-social precoce, doenças pré-existentes (ex.: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade), e vulnerabilidade psicossocial. Como fatores de proteção, a apresentação de habilidades sociais, flexibilidade, habilidade em resolver problemas, facilidade de cooperar, autonomia, responsabilidade e comunicabilidade são os mais influentes, paralelamente à vinculação familiar-afetiva ou institucional. (BRASIL, 2004a, p. 28).

Ao abordar os fatores de risco e proteção desta maneira acreditamos que a PAIUAD acaba produzindo uma contradição, pois ao mesmo tempo que se propõe a reconhecer estes fatores a partir da relação complexa e transversal que se desenvolve entre dimensões biológica, psicológica, social, cultural, entre outras, dá margem a um entendimento simplista e prescritivo de que para reduzir os fatores de risco ao uso prejudicial de AD basta ter um conjunto de atribuições subjetivas, agir segundo alguns comportamentos reconhecidos socialmente como normais, fazer parte de uma família que se organiza dentro dos padrões socialmente estabelecidos, etc. Pensamos que esta maneira de abordar a prevenção carrega consigo o perigo de instrumentalizar práticas centradas no indivíduo e no desejo de normalizá-lo.

Em seu sentido mais geral de aplicação pelos saberes médicos, a noção de risco seria, resumidamente, uma previsão lógica ou estatística de um evento específico. Portanto, reconhecer a existência de um risco é afirmar a possibilidade, ainda que pequena, de que um determinado evento ocorra. Em vista disso, afirmar que existe mais ou menos risco é o mesmo que dizer que, por conta dos efeitos de uma ou mais variáveis, a probabilidade ou chance da ocorrência diminui ou aumenta. No entanto, o risco, “tal como tem sido usado nos discurso contemporâneos, principalmente naqueles relacionados aos saberes médicos, vem se descolando dessa operação argumentativa.” No que se refere à questão das “drogas”, o debate público incorporou a noção de risco como ameaça e perigo, mesmo quando esse debate ocorre no campo da saúde ou num viés prioritariamente medicalizado. Ao que parece, quando se quer falar sobre drogas “há uma necessidade de colocar um sinal de perigo” e aí “o risco se torna uma categoria útil” (FIORI, 2008, p. 148). Nesse sentido, o emprego da noção de risco requer uma análise dos valores que norteiam seu cálculo, pois seu modo de engendramento tende a determinar os caminhos que serão percorridos pelas práticas de prevenção, condicionando-as.

Ao longo do período em que estivemos na coordenação do CAPS AD Primavera lidamos com uma situação recorrente, o uso de bebidas alcoólicas e de drogas tornadas ilícitas dentro do espaço físico do serviço. Este tipo de situação foi pauta de assembleias e tema de reunião de equipes suscitando discussões acaloradas que giravam em torno de algumas questões: como prevenir o uso de drogas dentro CAPS? Qual o risco deste comportamento

para os indivíduos que estão tentando se manter abstinidos e vem ao CAPS AD para prevenir o uso? Qual o risco para o CAPS quando ele se torna um espaço de uso das drogas que procura tratar? Qual risco para o usuário do CAPS que faz uso de álcool e/ou de alguma droga ilícita dentro do serviço? A noção de risco empregada nestas perguntas carrega o teor de ameaça e perigo, enquanto que a prevenção comparece como a busca em antecipar um perigo potencial e, assim, está imbricada com o poder disciplinar e o interesse em estabelecer o que o indivíduo pode ou não fazer.

Os CAPS AD são serviços paradoxais com relação ao uso de drogas, pois, a um só tempo, incitam o uso médico de drogas farmacológicas e restringem o uso de bebidas alcoólicas e das drogas tornadas ilícitas. Desta forma, o próprio CAPS AD aciona o dispositivo drogas e a disputa da verdade sobre estas substâncias num plano de forças em que o discurso que tende a prevalecer como verdadeiro é aquele que articula o saber médico/psiquiátrico, o estatuto (i)legal das drogas e o moralismo social carregado das ideias de ameaça e perigo. No CAPS AD Primavera é esta “verdade” sobre as drogas que vem regular o uso e comportamento em torno dela e, nesse sentido, o uso não médico de drogas dentro deste serviço representaria um risco e ameaça à ordem. Desta forma, as respostas produzidas para as questões levantadas acima, tanto pelos usuários deste CAPS, quanto por seus trabalhadores, foram atravessadas por tal verdade e pela vontade de controle e de reestabelecer a ordem.

Também não podemos deixar de considerar que estas repostas sofreram atravessamentos institucionais advindos das normas e regras que cercam as instituições, a exemplo da regra tácita de que não é permitido o uso destas substâncias dentro do CAPS. Estas normas e regras funcionam como uma “capa institucional” que cobre todos os indivíduos que integram o CAPS, a despeito de suas singularidades, e influencia suas posturas dentro do serviço. Frente a isso, institui-se como um procedimento no CAPS AD Primavera que quando um usuário do serviço for “flagrado” fazendo uso de bebida alcoólica ou de drogas ilícitas dentro da unidade, ele irá conversar com seu TR e/ou equipe de referência e poderá ser “suspenso” do serviço por um período de tempo. Na prática, a suspensão era a medida adotada, quase que invariavelmente, para lidar com estas situações.

Da mesma forma que num dado momento histórico o hospital geral foi o local de eclosão e verificação da doença, estas situações faziam o CAPS AD parecer o local de eclosão e verificação do uso prejudicial de drogas. Assim como o asilo foi o laboratório de produção da loucura, este CAPS AD parecia ser o espaço de produção da drogadição. O uso não médico de drogas dentro do espaço físico do CAPS AD Primavera atualizou mecanismos disciplinares e normalizadores que se articularam as próprias normas e regras do serviço para prescrever formas “corretas” de se portar dentro deste CAPS. A regra que impede o uso de bebidas alcoólicas ou de drogas ilícitas dentro das dependências do serviço faz funcionar a suspensão que, por sua vez, atualiza a prática de exclusão. Essa exclusão não é a mesma operada através do isolamento nos grandes internamentos em hospitais gerais ou nos internamentos psiquiátricos, mas a exclusão a céu aberto que não permite a entrada do usuário no serviço. Esta exclusão não priva o contato com o meio social, priva o contato do usuário com o serviço e suas “práticas de cuidado”.

A discussão coletiva sobre estas situações nos dois espaços que mencionamos acima, assembleias e reuniões de equipe, nos deixaram surpresos com o posicionamento de alguns usuários: *“você já não sabem as pessoas que usam? Então suspende essas pessoas logo”*; *“Acho que vocês são muito moles com esse negócio de ficar só conversando, pra mim tinha era que suspender ou expulsar do serviço”*; *“Por que vocês não chamam a guarda municipal quando tem gente usando aqui dentro? Acho que vocês tinham que fazer isso”*³⁹. Entre os profissionais as posturas não eram mais tênues: *“a gente tem que fazer igual na escola, quando alguém faz alguma coisa errada na escola não é suspenso? Temos que suspender essas pessoas”*; *“Acho que o jeito vai ser instalar câmeras de segurança para vigiar e aí inibir o uso”*; *“A gente podia pedir pro agente de segurança fazer um ‘baculejo’ nos usuários antes deles entrarem no serviço”*⁴⁰.

Todavia, suspeitamos que as posturas rígidas, tanto de usuários como de trabalhadores, não são uma produção genuína deste grupo, mas indicam a reprodução, sem

³⁹ Falas pronunciadas por usuários do serviço durante assembleias e registradas no caderno de formação.

⁴⁰ Falas pronunciadas por profissionais do serviço durante reuniões de equipe e registradas no caderno de formação.

reflexão, do discurso sobre as drogas que se instituiu como verdadeiro em nossa sociedade. Este discurso é um dos componentes dos processos de subjetivação que atuam em qualquer indivíduo, seja ele usuário, trabalhador ou gestor do CAPS, cabendo a todos e cada um de nós o protagonismo de identificá-lo e de discernir sobre qual a melhor forma de lidar com ele quando este emerge. Ao suspender usuários do serviço estamos agindo numa lógica punitiva e atualizando as relações humanas de dominação que fazem funcionar os mecanismos de normalização e de controle. Isto é, estamos reeditando o processo que fez a droga passar a ser mais um elemento produtor de anormalidade e atualizando os estigmas de doente, criminoso e traficante que se constituem junto a práticas de controle. Desta forma, naturalizamos a punição sem revisitar as práticas clínicas do serviço.

Quando os usuários encontram dificuldades de seguir “as ordens” ou têm outras prioridades, a equipe se irrita com eles, muitas vezes não se dando conta disso. Essa irritação transparece e dificulta o diálogo e a possibilidade de uma proposta terapêutica pactuada com o usuário, provocando reações de “afirmação de autonomia” e resistência ao tratamento, gerando um neurótico círculo vicioso. É muito importante tentar produzir corresponsabilidade e não culpa. A culpa anestesia, gera resistência e pode até humilhar. Muitas vezes, entra em funcionamento uma forma inconsciente da equipe de lidar com as limitações do tratamento transferindo o ônus de um possível fracasso para o usuário (BRASIL, 2007, p. 20).

Pensamos que talvez o uso de bebidas alcoólicas e de drogas ilícitas dentro do CAPS AD Primavera provoque nos profissionais a sensação de que seu trabalho não está surtindo efeito e, assim, irrite-os e/ou os faça sofrer. Todavia, não acreditamos a suspensão seja a melhor maneira de lidar com estas situações, pois se este procedimento tem como objetivo preveni-las ou reduzir sua ocorrência, tal efeito não foi evidenciado. Mesmo considerando isso, a suspensão seguiu sendo operada girando o tal círculo vicioso que naturaliza e generaliza as práticas. Sendo operada desta forma, não conseguimos pensar que a suspensão produza outro efeito se não de punir e culpabilizar o usuário. Desta maneira, a suspensão vai se constituindo ela mesma numa regra e deixa de ser um manejo clínico possível para se tornar um ferramenta técnico-burocrática. Ao se conformar como regra, a suspensão coloca toda a responsabilidade no usuário, que cumpre ou não a regra, ao passo que desresponsabiliza os trabalhadores em buscar manejos clínicos da situação, tornando-os mero

executores das regras. Acreditamos na importância que estas situações sejam consideradas no caso a caso, pois talvez alguém que faça uso de drogas dentro CAPS esteja sinalizando a necessidade de que o serviço e a equipe se aproxime dele ao invés de excluído. Nesse sentido, ao invés de punir o melhor seria produzir ofertas, a exemplo da intensificação do cuidado.

De uma forma geral, os CAPS organizam o cuidado em regimes não intensivo, semi-intensivo e intensivo. Esses regimes têm origem no processo administrativo de financiamento dos CAPS que se dava por meio de produção, isto é, os serviços eram financiados de acordo com o que produziam e esta produção era apresentada através do preenchimento de laudos de autorização de procedimentos ambulatoriais (APAC). Havia um número pré-estabelecido como teto de produção de APAC para cada um destes regimes, tantos laudos de não intensivo pagam tanto, tantos laudos de intensivo pagam outro tanto. Faz algum tempo que os CAPS tiveram seu financiamento dissociado da produção de APAC, mas este procedimento administrativo se associou a uma lógica de cuidado que convencionou relacionar a intensidade do cuidado a quantidade de dias o usuário vai ao serviço. Queremos fazer uma distinção entre quantidade e qualidade para pensar o que seria intensidade do cuidado, mesmo considerando que aumentar a frequência de indivíduo no CAPS pode ter um efeito de intensificação de cuidado. Queremos chamar a atenção para que o regime de cuidado intensivo não se restrinja a quantidade de dias em que usuário está inserido no serviço. Tão ou mais importante do que isso é considerar quais as estratégias de cuidado que estão sendo ofertadas e pactuadas com ele. É preciso tomar o PTS como um dispositivo de cuidado dinâmico que deve ser acompanhado e, se necessário, modificado. “Não se costuma investir em usuários que se acredita ‘condenados’, seja por si mesmos,” como no caso dos que se colam na posição de transgressores contumazes ou de eternos “doentes” em recuperação, seja pela equipe que acredita ter esgotado toda sua capacidade inventiva de produzir práticas de cuidado. “O PTS nestes casos é importante como ferramenta gerencial, uma vez em que constitui um espaço coletivo” no qual se pode “falar do sofrimento dos trabalhadores” e dos usuários “em lidar com determinada situação” (GOMES et al, 2012, p.17).

Para nós, a intensidade do cuidado é sinônimo de potência de mobilização, isto é, aquilo que pode mobilizar com/no o sujeito ajudando-o a se revisitar e produzir mudanças que gerem saúde e saúde mental. Intensidade do cuidado é aquilo que afeta e provoca trocas

efetivas e, por que não, afetivas, criando condições para produção de novos sentidos e/ou ressignificações na vida. Desta forma, pensamos que frente às situações de uso de bebidas alcoólicas ou de drogas ilícitas dentro do serviço, o melhor é “trabalhar com ofertas e não só com restrições” (BRASIL, 2007, p. 20). Conseguimos avançar nesta direção em alguns casos nos quais ao invés de suspender o usuário a equipe guardou a “droga” e devolveu ao usuário no final do dia, ou pactuou que o uso fosse feito antes ou depois do usuário ir ao serviço, ou que as suspensões fossem moduladas com acompanhamento do usuário no território. Nesse último caso, a intensidade do cuidado se apresenta como a possibilidade acompanhar um usuário, dentro ou fora do serviço, “o percurso clínico pelo território geográfico e pelo território existencial com as pessoas que pretendemos ajudar imprime uma intensidade e um vertigem à experiência que funciona como um antídoto” para situações que não serão resolvidas com a prescrição de normas ou formas “corretas” de estar no CAPS (LANCETTI, 2008, p.52).

Apesar de incipientes, estas experiências apontam alternativas para a adoção da suspensão como regra generalizada para lidar com estas situações no CAPS AD Primavera. No entanto, acreditamos que também é preciso acionar outras forças instituintes que tenham potência para “profanar”, como nos diz Agamben (2009), os dispositivos disciplinar e normalizador e o dispositivo drogas no próprio CAPS AD. Nesse sentido, nos parece relevante rever a maneira como as questões que nortearam as discussões sobre riscos e prevenção ao uso de bebidas alcoólicas e de drogas ilícitas neste CAPS foram formuladas. Para nós, mais importante do que tentar responde-las é refletir acerca dos regimes de verdade que as fundamentam, pois ele é quem dará o tom da discussão. Assim, a suspensão aparece como uma resposta que atualiza no CAPS AD Primavera a verdade médico-científica sobre as drogas e o conceito técnico-sanitário de “comportamento de risco” centrado no indivíduo, deixando outros aspectos em segundo plano, numa concepção de que reduzir riscos representa essencialmente “a mudança (imediate e unilateral) de comportamentos individuais a partir de decisões informadas sobre a saúde” (MEYER et al, 2006, p. 1336). A partir desta concepção, a suspensão “toma como meta a ser alcançada o estado de normalidade, e de adaptação” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 75). O que parece sustentar o procedimento de suspensão é o que foucaultianamente chamaríamos de “ortopedia pedagógica”. A

“ortopedia” é uma alusão a um procedimento disciplinado e disciplinador que visa prevenir ou corrigir as deformidades do corpo endireitando-o. Ela age através de técnicas prescritivas e generalizadas a exemplo da imobilização. Assim também o é a suspensão que funciona como regra geral agindo sobre o corpo do usuário excluindo-o do CAPS para corrigi-lo. Para nós o fundamento ortopédico faz da suspensão um procedimento engessado. “Pedagógica” faz referência a dois aspectos: 1) a aliança deste procedimento a um saber como forma de justificá-lo, neste caso aliança com o saber médico que justifica a suspensão enquanto um procedimento que visa prevenir os riscos associados ao uso de bebidas alcoólicas e de drogas ilícitas dentro do serviço; e 2) o intuito em fazer da suspensão um ato pedagógico de instruir formas “corretas” de comportamento. Para nós o fundamento pedagógico faz da suspensão uma prescrição de formas corretas de estar do CAPS AD Primavera, atualizando-a como estratégia de controle. Assim, acreditamos que se o uso de bebidas alcoólicas e de drogas ilícitas dentro deste CAPS representa um desafio para o qual não há respostas prontas, é preciso que usuários, trabalhadores e gestores estejam atentos aos riscos da ortopedia pedagógica.

3.2 Assembleia como construção de um espaço de gestão comum

Logo que iniciamos nossas atividades no CAPS AD Primavera algo nos chamou atenção, as assembleias do serviço não estavam acontecendo. Assembleias são espaços de exercício de gestão coletiva e de controle social conquistadas nas lutas empreendidas pelo Movimento da Luta Antimanicomial contra o silenciamento e negação das “vozes dos outrora ‘pacientes’” (GOMES et al, 2012, p. 20). Uma das características marcantes da psiquiatria tradicional é a distância que afasta o médico do paciente através do exercício de sobre-poder médico. O psiquiatra é aquele que detêm a verdade da loucura e, por isso, o poder de enunciar e agir sobre o paciente que, por sua vez, despojado de qualquer poder, é aquele sobre quem “recai ou se exerce a ação de um agente.” (MICHAELIS, 2009). A origem etimológica do termo “paciente” o diferencia de “doente” ou “enfermo”, pois o termo “paciente” sempre pressupõe a relação do indivíduo com um especialista ou uma instituição, neste caso, o psiquiatra ou o hospital psiquiátrico respectivamente. Como já vimos neste trabalho, o

modelo do hospital psiquiátrico o tornou um lugar de confronto entre a vontade do paciente e a vontade do médico onde a cura se daria por um processo de embate e de dominação. Frente a isso, um dos objetivos primordiais do Movimento da Luta Antimanicomial “é fomentar a (re)construção dessa voz, a manifestação do desejo, a expressão de planos para e sobre a vida.” (GOMES et al, 2012, p. 20). Desta maneira, as assembleias configuraram um espaço privilegiado de expressão dos usuários nos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, sendo instituídas em textos legais, a exemplo da portaria nº 130/2012, que redefine os CAPS AD III, e das diretrizes da REAPS.

O art. 6º da portaria nº 130/2012 trata das atividades de atenção integral ao usuário no CAPS AD III e, entre elas, encontramos “estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social, **assembleias semanais**⁴¹, atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território, dentre outras”; (p. 4). As diretrizes da REAPS seguem a mesma linha e trazem como pressuposto que as assembleias sejam “um espaço do serviço inteiro (encontro entre usuários, trabalhadores, gestores e familiares)” (GOMES et al, 2012, p. 20).

Aqui queremos rapidamente resgatar o termo “paciente” para confrontá-lo com o termo “usuário” que comumente designou-se para se referir às pessoas que frequentam serviços como os CAPS. Entre os significados do termo “usuário”, encontramos “aquele que, por direito de uso, frui as utilidades da coisa” e “pessoa à qual é dada a permissão para acessar um sistema” (MICHAELIS, 2009). Assim, o usuário de CAPS é aquele que, através do direito à saúde, garantido na Constituição de 1988, tem permissão para acessar o Sistema Único de Saúde e, assim, frui as utilidades do CAPS. Desta forma o termo “usuário” parece ressaltar a conquista do direito à saúde, como também permite apontar para a dimensão ativa que se contrapõe a passividade do termo “paciente”. O usuário não deve estar submetido à ação de um agente, deve antes ter voz e postura ativa junto aos profissionais e gestores dos serviços de saúde, mantendo vivo o movimento instituinte por uma saúde democrática que possibilitou a instituição do SUS através da Lei orgânica 8080 e da PAIUAD. “O SUS é um

⁴¹ Grifos nossos.

arcabouço jurídico que não se encerra nele mesmo, ele permite uma abertura para que a democracia continue ativa e criando novas alianças.” (SOUZA, 2007, p. 43). A PAIUAD é uma política pública que inclui a participação dos próprios usuários de drogas na sua aplicação e monitoramento.

No entanto, quando consideramos o contexto de um CAPS AD, o termo “usuário” coloca um paradoxo, pois também se convencionou popularmente designar esse mesmo termo para se referir as pessoas que fazem uso de alguma droga: usuário de crack, usuário de maconha, usuário de álcool, usuário de drogas. Nesta aplicação do termo, “usuário” pode carregar um sentido que, para alguns, atualiza os estigmas em torno do uso de drogas e, assim, não é bem querido por parte dos sujeitos que frequentam o CAPS AD. A expressão “usuário de CAPS AD” dá margem a um sentido dúbio e merece ser colocada em análise na medida em que nem sempre é tomada pelas pessoas que frequentam estes serviços na perspectiva de uma dimensão ativa e instituinte, conforme idealizada pelo Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica.

Quando as assembleias do CAPS AD Primavera foram retomadas, esse foi um dos primeiros temas trazidos pelos usuários do serviço: *“Por que vocês nos chamam de usuários? Por que não chamam a gente de paciente?”* As respostas oferecidas por alguns trabalhadores e por nós mesmos giraram em torno de um exercício semelhante ao que realizamos logo acima, elas buscavam, dentro de uma contextualização histórica do Movimento da Luta Antimanicomial, contrapor a passividade inerente ao termo “paciente”, a dimensão ativa e proativa que se associa ao termo “usuário”. Ressaltamos que o emprego do termo “usuário” ali se referia a usuários do serviço e não usuário de drogas, mas, ao final da conversa ficamos com a impressão de que a maioria não estava convencida por nossos argumentos e que a convenção de serem chamados de “usuário” pelos profissionais do serviço não era coisa pacificada. Apesar disso, as pessoas que frequentam este CAPS continuaram sendo chamadas de usuários do serviço e o tema não voltou a ser evocado nas assembleias enquanto permanecemos por lá. No entanto, essa questão ainda ecoa em nós e por isso voltamos a ela nesse momento. Não acreditamos que a problematização do termo “usuário” seja uma questão meramente terminológica, mas uma questão dos efeitos agenciadores das palavras.

Pensamos que, talvez, o termo “usuário” seja um termo “novo” para as pessoas que buscam os CAPS por questões distintas do uso problemático de drogas. Não é novo porque desconhecido, mas novo porque pouco usado e, por isso, talvez esse seja um termo isento de maiores significações e valorações. O mesmo não ocorre entre pessoas que fazem uso de drogas, para muitas delas esse termo é um velho conhecido que pode se relacionar a estigmas e preconceitos que se agenciam a expressão “usuário de drogas”. Antes de serem usuárias de um CAPS AD, muitas destas pessoas já são vistas, e mesmo se vêm, como usuárias de drogas. Ao buscar um serviço de saúde para se cuidar, muitas pessoas tentam se desvencilhar ou transformar essa associação com o termo “usuário de drogas” o que pode resultar numa relação ambígua com o termo “usuário” no momento em que ingressam em um CAPS AD e nele são chamadas pelos trabalhadores desta forma. Neste ponto corre-se o risco de que o serviço atualize a dimensão moral pejorativa que se associou ao termo “usuário”, já que ele é comumente aplicado para se referir a quem faz uso de drogas num sentido de desqualificação, *“esse aí não vale nada, é um usuário”, “não confio nele porque é usuário de drogas”,* etc. Se os CAPS AD devem ser serviços acolhedores para pessoas que fazem uso de drogas, devemos problematizar o termo “usuário” no contexto destes serviços.

Na experiência no CAPS AD Primavera, avaliamos que não conseguimos dar a importância merecida a esse tema. Não sabemos se pessoas que frequentem outros CAPS AD do Brasil têm levantado essa questão, mas, de toda forma, acreditamos que o termo “usuário” merece ser repensado e discutido entre trabalhadores, gestores e pessoas que frequentam estes serviços. Como já colocamos acima, as pessoas que frequentam este CAPS continuam sendo chamadas de usuárias do serviço, o que nos leva a pensar por que nossa discussão sobre o termo “usuário” não conseguiu produzir brechas para criação de novos termos que pediam passagem? Para pensarmos nessa questão voltaremos nosso olhar para as assembleias enquanto um plano de forças.

Ingressamos na coordenação do CAPS AD Primavera em março de 2013 junto com um apoiador institucional. Nós dois formávamos a nova equipe de gestão do serviço e optamos por usar as duas primeiras semanas de trabalho para observar a dinâmica de funcionamento e conversar com usuários e trabalhadores. Nesse período soubemos que as

assembleias não vinham acontecendo há cerca de dois meses, a maioria dos profissionais com quem falamos referia que este espaço havia se tornado insustentável para a equipe devido ao clima tenso que se configurou com o tempo, marcado por “discussões” e “bate-boca” entre usuários e trabalhadores. Ouvimos de alguns profissionais frases como “*os usuários acham que podem mandar no serviço*”, “*eles usam a assembleia para ficar acusando a gente*”, “*a assembleia virou um espaço de queixa*”. Da parte dos usuários a fala mais comum foi a de que “*a assembleia não resolve nada*”. Estas falas apontam para uma tensão entre o governo dos usuários e o governo dos trabalhadores que se escamoteava por trás da não realização das assembleias. Em nossas observações durante as primeiras semanas de trabalho percebemos que, via de regra, os encontros e as trocas entre usuários e trabalhadores vinham se limitando aos espaços formalizados para atendimentos ou realização de oficinas. Quando estas atividades não estavam em andamento havia uma distância entre eles, o mais comum era encontrarmos os usuários pelo pátio e os profissionais na sala dos técnicos ou na cozinha. Sentimos falta de espaços que estimulassem o protagonismo dos usuários e de atividades participativas de controle social e gestão coletiva do serviço.

Todavia, não acreditamos que, naquele momento, estes espaços pudessem ser (re)implementados por iniciativas espontâneas de trabalhadores ou usuários, pois aparentemente não havia predisposição deles para isso. Ao mesmo tempo, entendíamos que a assembleia era o espaço legítimo para este exercício, isto é, o espaço que garante o caráter público e democrático dos CAPS onde se pode colocar em pauta aquilo que deve ser tratado por todos, usuários, trabalhadores e gestores e, por isso mesmo, este espaço precisava ser retomado. Isso colocava uma questão para nós: como retomar as assembleias sem reproduzir o exercício da verticalização do poder como faziam os soberanos e como fazem alguns gestores de serviço? Estávamos convictos de que uma demonstração de verticalização de poder como esta tenderia a ampliar as distâncias já existentes entre usuários e trabalhadores, bem como também poderia criar um hiato entre a nova gestão e os trabalhadores. Frente isso, tentamos encurtar estas distâncias e, para isso, passamos a frequentar diariamente o pátio do serviço com o propósito de estabelecer experiências de encontro com e entre estes atores. Colocamo-nos como agenciadores de encontros para um devir-assembleia. Aproveitamos

estes momentos para conversar sobre diversos temas, inclusive sobre a assembleia, até acharmos que havia um clima propício para propor o reinício desta atividade.

No processo de retomada deste espaço buscamos alinhavá-lo com as diretrizes da REAPS de modo que a assembleia fosse um momento em que todos pudessem falar e que a palavra de cada um fosse escutada e considerada, ainda que ela não tivesse convergência com o dizer da maioria dos participantes. A busca pelo consenso deveria se dar pela via da argumentação, com possibilidade de deliberações pelo grupo, fazendo deste um espaço coletivo de gestão do serviço. Tentamos estimular que os trabalhadores organizassem junto com os usuários as pautas dos encontros, assim como que o trabalho pudesse ocorrer na perspectiva da autogestão do grupo, valorizando o protagonismo dos usuários. Para isso tentamos fomentar que usuários e trabalhadores pudessem coordenar a reunião, escrever a ata e discutir sobre o cotidiano do serviço e sobre a própria política de saúde mental, de modo que os usuários pudessem sentir-se legitimados para assumir responsabilidades e exercitar a cidadania (GOMES et al, 2011, p. 20).

Nessa direção, retomemos um dos desafios apontados por Rita de Cássia Lima (2010) para a abordagem ao uso indevido de drogas no campo da saúde. O desafio de aproximar os usuários de AD de espaços coletivos de discussão sobre a questão das drogas onde eles exerçam o papel de controle social. Isso é comum em outras áreas da saúde onde usuários de serviços se organizam em associações de defesa de direitos sociais para, assim, poder ocupar vagas em conselhos de direitos e fazer pressão política para implementação de políticas públicas. As assembleias do CAPS AD Primavera foram palco deste tipo de mobilização e por mais de uma vez contaram com a presença de representantes da Associação de Usuários de Saúde Mental do Estado de Sergipe (AUSMES) para discutir junto com os usuários deste serviço estratégias de ampliação das lutas que os contemplassem. A assembleia do CAPS AD Primavera foi o foro onde os usuários se organizaram e escolheram um representante titular e suplente deste serviço para integrar a AUSMES, assim como também foi o espaço onde estes usuários discutiram com seus representantes pautas a serem levadas para espaços ampliados de discussão como, por exemplo, a pauta de estender o benefício de vale transporte aos usuários do CAPS AD Primavera, já que esse é um benefício que já contempla os usuários

dos demais CAPS de Aracaju. Além disso, a escolha de representantes dos usuários possibilitou que eles discutissem entre si quais as posturas que um representante deve ter, entre elas apontou-se para as responsabilidades deste cargo e para o cuidado necessário de quem ocupe em não fazer uso de qualquer substância antes ou durante suas atividades nessa função.

A retomada das assembleias não fez delas um espaço menos tenso, afinal ali entram em cena os governos dos gestores, governos dos trabalhadores e governos dos usuários. Por vezes, estes governos estão em conflito tornando difícil a produção de consensos. Nesse sentido, acreditamos que a importância da assembleia está menos no que ela possa produzir enquanto convergência de ideias acerca de um tema qualquer e mais na sua força de possibilitar o debate coletivo. A construção de um espaço de gestão comum do serviço permite a problematização de diversos temas e dificulta a naturalização das práticas. No entanto, este espaço não está livre de riscos, às vezes nele se atualizam o desejo de verticalização do poder, sobretudo pelos gestores e trabalhadores que buscam fazer valer seus argumentos baseados nas “verdades” científicas de suas formações profissionais. A exemplo de um encontro onde se debatia a possibilidade, ou não, dos usuários que estavam em situação de rua lavarem suas roupas na unidade. Alguns profissionais quiseram negar esta possibilidade argumentando que isso não constituía uma atividade terapêutica e que não seria uma atribuição do serviço da saúde e sim da assistência social, tencionando para que, em última instância, essa fosse uma decisão que coubesse aos trabalhadores e gestores e não àquele coletivo como um todo, acionando, assim, a verticalização do exercício de poder. Contudo, a força democrática do espaço prevaleceu e a decisão foi tomada por votação que deu a vitória a possibilidade dos usuários lavarem roupa no serviço. Em uma outra situação, o que se debatia era o acolhimento noturno. Alguns usuários puderam formular na assembleia o pedido para ser inseridos no acolhimento noturno, o que permitiu muitas discussões acerca dos critérios de inserção e mesmo da função desse dispositivo que era novo no serviço. Parte dos usuários fez forte pressão para que, no limite, eles pudessem definir quem seria inserido no acolhimento noturno. Tal possibilidade não foi dada, mas os argumentos trazidos pelos usuários favoreceram a discussão mais horizontal e transversal sobre o acolhimento noturno, de modo que este dispositivo não fosse pensado somente do ponto de vista dos saberes

técnicos dos trabalhadores, mas também a partir dos saberes vindos dos usuários, o que permitiu que os critérios de inserção no acolhimento noturno fossem revisitados para contemplar aspectos destas diferentes perspectivas.

Com estes exemplos não queremos apontar para um fazer certo ou um fazer errado nas assembleias, mas evidenciar como na experiência deste serviço este espaço revela um verdadeiro plano de forças. Assim, cremos que o limite em produzir alternativas para a utilização do termo “usuário”, que discutimos no início deste tópico, pode ter se dado como efeito de uma verticalização de poder que não foi percebida desta forma naquele momento, mas que agora nos parece mais clara. Verticalização que às vezes se esconde de forma sutil na valoração dos discursos de gestores e trabalhadores como aqueles portadores das verdades, em detrimento do discurso dos usuários. Construir e manter espaços de gestão comum não é fácil, requer num borrar de bordas entre trabalhadores, gestores e usuários. Contudo, “a ‘gestão comum’ não torna os sujeitos iguais, pois o caráter coletivo de uma luta comum garante a expressão de singularidades, garante a própria multiplicidade que está presente numa multidão” (SOUZA, 2007, p. 42). Assim, as assembleias criam condições para produção de outras linhas de poder, menos verticais e mais horizontais, estas são linhas diagonais que reduzem as distâncias que caracterizam a verticalização aproximando usuários, trabalhadores e gestores. As linhas diagonais abrem passagem para experimentações de novos acordos e novas práticas mais comprometidas com o coletivo e nos aproximam da noção de saúde trazida por Madel Luz (1978) que relaciona saúde à possibilidade de participação decisória nos vários níveis da vida social.

3.3 Organização interna e dispositivos clínicos

O CAPS AD Primavera está organizado segundo as diretrizes da PAIUAD, da REAPS e da portaria nº 130/2012. Em linhas gerais, podemos dizer que este CAPS presta atendimento diário em regime não-intensivo, semi-intensivo e intensivo organizando o cuidado numa perspectiva singular e de evolução contínua. Isso se dá através da articulação junto a rede de serviços intra e intersectorial, em torno dos dispositivos de suporte social existentes nos

territórios, bem como no desenvolvimento de um conjunto de atividades no próprio CAPS que vão desde o atendimento individual em diferentes modalidades até atendimentos em grupos, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. O serviço também conta com espaço para repouso e/ou desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem deste tipo de cuidados, e que não demandem por atenção clínica hospitalar, bem como leitos de acolhimento noturno (BRASIL, 2004a e 2012a).

As ofertas de cuidado se estruturam em torno das funções de Núcleo e Campo profissionais. “O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras um apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.” (CAMPOS *apud* GOMES et al, 2011, p. 11). O desenvolvimento do trabalho dentro desta perspectiva tem sido bastante enfatizada e valorizada na saúde coletiva e na saúde mental sendo colocada no documento de diretrizes da REAPS como condição *sine qua non* do trabalho de cada profissional que atua nos serviços dessa rede, especialmente para aqueles que atuam em CAPS. Podemos encontrar no referido documento a descrição das atribuições mínimas que competem a cada núcleo profissional, bem como as atribuições de campo que “são comuns e necessárias a todos que compõem a equipe, a fim de produzir a integralidade do cuidado, com eficácia e maior resolutividade.” (GOMES et al, 2011, p. 12). Organizaremos nossa análise sobre a estruturação interna e sobre o funcionamento de alguns dispositivos de cuidado do CAPS AD Primavera através da reconstituição do fluxo que é acionado pela chegada de um novo usuário ao serviço

O CAPS AD Primavera funciona por meio do sistema de porta aberta, sem necessidade de agendamento prévio ou encaminhamento formal. Este sistema tenta garantir a acessibilidade universal tendo o acolhimento como primeiro espaço para a recepção do usuário e/ou seus familiares ou acompanhantes. Por ser o momento de aproximação do usuário com o serviço, o acolhimento deve garantir sua escuta e o registro de informações sobre sua história de vida, bem como favorecer a produção de vínculo e de sentido para o cuidado (GOMES et al, 2011). No entanto, a operacionalização do acolhimento neste CAPS assumiu contornos bastante específicos que permitem analisa-lo sob duas dimensões: burocrática e clínico/política.

Muitas vezes o acolhimento é reduzido ao problema da demanda espontânea da recepção e da simples triagem tomando contorno de ferrolhos que dificultam o acesso ao serviço ao invés de favorecer que este se responsabilize e busque dar resolutividade aos casos. Antes de nossa chegada à coordenação do CAPS AD Primavera, a equipe do serviço havia estabelecido um número fixo de acolhimentos por turno, quatro (4) pela manhã e mais quatro (4) pela tarde. Os trabalhadores que haviam participado da construção deste acordo relataram que a definição de um número fixo de acolhimentos se deu na tentativa de estruturar melhor o acesso ao serviço frente uma série de questões que o atravessavam num contexto passado. Segundo eles, o número de (4) acolhimentos por turno foi alcançado através do cruzamento da média de acolhimentos diárias pelo período de um ano e o tempo estimado para realizar este tipo de atendimento. Um serviço como um CAPS é um serviço vivo, dinâmico, devendo sempre ser pensado num *continuum* temporal que leve em consideração as forças que se atualizam nele e por ele. Certamente o CAPS de nossa experiência não é o mesmo de tempos atrás e por isso buscamos desnaturalizar o olhar dos trabalhadores sobre este modo de operar o acolhimento, fazendo isso através do exercício de problematização cotidiana deste regime instituído. Esse movimento de problematização não instituiu um novo regime de acolhimentos liberto de uma predeterminação quantitativa, mas deu corpo a uma força instituinte movimentada pelos gestores e alguns trabalhadores que produziu brechas qualitativas no rigor quantitativo dos acolhimentos. Exemplo disso é que, embora o discurso dos trabalhadores seguisse informando a restrição da quantidade de acolhimentos a quem procurava o serviço, na prática sempre havia algum trabalhador que se disponibilizava a realizar mais algum acolhimento na medida em que num dia ou outro iam chegando mais do que quatro pessoas para serem acolhidas.

Outra peculiaridade do acolhimento neste serviço foi a necessidade de organizá-lo através de escalas mensais, pois os trabalhadores preferiam essa dinâmica de funcionamento do que experimentá-lo num formato mais livre no qual eles mesmos se disponibilizassem espontaneamente para realizá-lo. Ou seja, embora o acolhimento constitua uma atribuição de campo que pode ser exercida por qualquer profissional a qualquer momento, neste serviço foi preciso dá-lo um contorno burocrático. No momento em que a realização do acolhimento se sujeita ao esquadramento quantitativo e temporal que define quem irá realizá-lo e

quando, corre-se o risco de engessá-lo em sua dimensão burocrática. Isto é, de reduzi-lo a ser tomado apenas como mais uma entre tantas outras tarefas que precisam ser executadas e contabilizadas nos registros de produtividade.

No entanto, tomamos o acolhimento como um dos espaços mais importantes de um CAPS, ele é um momento fundamental na construção de um processo de cuidado que pode se desdobrar para dentro ou para fora do serviço através o ingresso do indivíduo no CAPS ou seu encaminhamento de forma responsável para outro serviço da rede de saúde ou intersetorial. Em vista disso, o movimento de problematização contínuo sobre o modo como o acolhimento vinha sendo realizado neste serviço produziu fissuras clínico/políticas na sua roupagem burocrática permitindo que ele não se restringisse a uma simples triagem. O contraponto à dimensão burocrática do acolhimento está em sua potência clínico/política que busca efetivar dupla função, como dispositivo clínico e diretriz, conformando tanto “uma tecnológica de qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços”, quanto “uma postura profissional diferenciada”, mais solidária, receptiva e comprometida a resolver os problemas de saúde do usuário (GOMES et al, 2011, p. 15 e 16).

Os acolhimentos que se desdobram para dentro do CAPS AD Primavera envolvem a equipe do serviço no acompanhamento de cada novo usuário para, junto com ele, traçar um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que visa articular um conjunto de propostas terapêuticas. Isto é, o PTS é uma espécie de plano de ação que resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar no intuito de produzir contratos com/para a vida do sujeito que colaborem no seu processo de saúde. (BRASIL, 2007; GOMES et al, 2011).

Segundo a Política Nacional de Humanização, o PTS contém quatro momentos:

- 1) O diagnóstico: que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Ou seja, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele.

- 2) Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.
- 3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza.
- 4) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo. (BRASIL, 2007, p. 41).

A elaboração do PTS de novos usuários do CAPS AD Primavera tem início no primeiro encontro deles com o seu Técnico de Referência⁴² (TR). A definição do TR e a escolha do dia para este encontro se dão no acolhimento, ou seja, a definição do TR não decorre de uma escolha mútua entre usuário e trabalhador devido ao vínculo que produziram um como o outro, nem mesmo da discussão da equipe durante a construção do PTS que implique na indicação de um TR por conta das propostas terapêuticas, mas de um ato com a cor cinza da burocracia. Para explicar melhor como se dá a escolha do TR é preciso contextualizar com a equipe deste serviço está organizada. A equipe técnica do CAPS AD Primavera segue as recomendações da portaria nº 130/2012 sendo composta por psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, professores de educação física, médico generalista, médico psiquiatra, enfermeiros, técnicos de enfermagem e oficineiro. Esta equipe se organiza em duas equipes de referência de acordo com a região de moradia dos usuários. Cada equipe de referência se responsabiliza por determinadas regiões da cidade e pelo acompanhamento dos usuários que moram nestas regiões. A adstrição das equipes de referência também funciona para organizar o desenvolvimento de ações no território e para definir a escolha do TR. Assim, a definição do TR funciona da seguinte forma, o profissional que realiza o acolhimento dispõe de duas listas com os nomes dos técnicos de cada equipe de referência em ordem alfabética. Ao identificar a região onde o usuário em acolhimento mora, este profissional indica o TR seguindo a sequência dos nomes nas listas até que todos os nomes sejam indicados. Quando isso ocorre, volta-se ao início da lista.

⁴² Segundo o Manual dos CAPS, elaborado pelo Ministério da Saúde, Técnico de Referência é entendido como aquele que será responsável pelo monitoramento do usuário, do seu PTS e pelo contato com a família (BRASIL, 2004c).

Acreditamos que esta forma de definição do TR acaba contribuindo para gerar alguns conflitos entre profissionais e usuários por deixar em segundo plano alguns aspectos apontados pela PNH e que consideramos importantes para esta atribuição como, por exemplo, a transferência de afetos entre usuários e profissionais, o que pode contribuir significativamente na construção de vínculos de confiança e cooperação entre eles (BRASIL, 2007). Vimos alguns TR deste CAPS queixando-se que os usuários “*não cumpriam os acordos*” ou “*não os obedeciam*”. Também percebemos TR com dificuldades em elaborar ou acompanhar o andamento do PTS. Em alguns casos, esses conflitos acarretavam na troca do TR o que abria a possibilidade de que a escolha de um novo TR levasse em consideração o vínculo entre profissional e usuário. O bom vínculo entre usuário e TR potencializa que a elaboração do PTS esteja em maior sintonia com as preferências e história do usuário, bem como favorece que, por um lado, o usuário assuma uma postura de corresponsabilidade em relação ao seu PTS e, por outro lado, que o TR se coloque mais próximo no acompanhamento da evolução do PTS. No entanto, é importante cuidado para que a relação entre TR e usuário não produza a centralização de decisões e pactuações sobre as ofertas terapêuticas na figura do TR como se ele fosse o único responsável pelo cuidado oferecido ao usuário. A centralização de decisões em um profissional da equipe corre o risco de reduzir o trabalho dos outros trabalhadores a simples execução, o que pode ser adoeecedor para alguns trabalhadores e prejudicial para a qualidade da atenção, “já que o envolvimento com o usuário tende a diminuir e o trabalho a se burocratizar.” (BRASIL, 2007, p. 29). Em alguns momentos era isso que ocorria no CAPS AD III de Aracaju, o que podia ser percebido em situações como não permitir que os usuários participem de determinada oficina se não tivessem acordado isso com o seu TR, condicionar a entrada de usuários no serviço em dias que não estão no seu PTS a conversa com o TR, condicionar o agendamento de consultas individuais a pactuação com o TR, entre outras. Houve momentos em que nós mesmos nos pegamos reproduzindo esta lógica quando fomos abordados por usuários que nos faziam solicitações e nós de imediato lhes perguntávamos: – Quem é o seu TR?

Nesse sentido, não é somente o vínculo entre TR e usuário que deve ser fortalecido, mas o vínculo entre o usuário e a equipe de referência da qual o TR faz parte. A organização dos profissionais em equipes de referência atende às premissas da PNH e favorece o fluxo

multivetorializado dos afetos entre cada membro da equipe com o usuário e familiares, o que permite que as possibilidades de ajudar o usuário sejam maiores e favorece que tanto o usuário como o TR tentem evitar a própria cronicidade da relação (BRASIL, 2007). Quando situações como as que demos como exemplo logo acima ocorriam, as equipes de referência eram acionadas e na maioria das vezes conseguiam fazer o manejo coletivo das mesmas. Desta forma, é preciso estar atento para as modulações que a função do TR pode assumir, podendo ser tomada como mecanismo de vigilância e controle, ou função que se limita às contribuições da equipe e a autonomia do usuário, ou, pelo contrário, como função autossuficiente, um fardo que se carrega sozinho. Todas essas modulações se distanciam da função de TR enquanto dispositivo clínico que pode ajudar a elaborar, articular e acompanhar o PTS reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar.

Sobre esse último ponto, havia no CAPS AD Primavera uma pactuação entre equipe do serviço e coordenação da REAPS de que durante um dia da semana o funcionamento do CAPS se concentraria em reunião geral da equipe, atividades de território e reunião de equipes de referência. Este acordo precede nossa chegada ao serviço e visava potencializar o funcionamento interdisciplinar da equipe na discussão de casos, discussão e articulação de PTS, além do desenvolvimento de atividades de educação permanente. No entanto, percebemos que na prática não era isso que de fato vinha acontecendo, pois, com exceção das reuniões gerais de equipe, as outras atividades vinham acontecendo de forma fragmentada e dispersa. Ou seja, embora tivéssemos um organograma do serviço que favorecesse a gestão interdisciplinar da equipe, os espaços coletivos estavam esvaziados de potência. Alguma mudança era necessária e isso não requeria necessariamente numa mudança do organograma, “o que importa é a vida real da organização/serviço e a construção de linhas de diálogo em todas as direções (...), ou seja, o que importa é construir viabilidade para a chamada ‘transversalidade’” (BRASIL, 2007, p. 31), que movimenta e dá sentido ao organograma.

Diante disso, identificamos alguns pontos que estavam contribuindo para o esvaziamento destes espaços: atrasos, turnos de trabalhos diferentes entre profissionais de uma mesma equipe de referência, profissionais que nunca conseguiam participar das reuniões gerais do serviço porque não conseguiam mudar o turno de trabalho em outros vínculos e

falta de discussão coletiva e encaminhamentos de temas e responsáveis para facilitar atividades de educação permanente. Passamos, então, a discutir coletivamente estes pontos e a valorizar as respostas que o grupo produzia e, assim, a equipe foi ressignificando estes espaços e a repovoando-os de potência. Propôs-se que cada trabalhador trouxesse algum alimento para que todos tomassem café da manhã juntos no serviço, o que contribuiu na redução dos atrasos, foram feitos ajustes nos turnos de alguns trabalhadores para que houvesse o maior número possível de profissionais de uma mesma equipe de referência no turno de reunião desta equipe, as reuniões gerais passaram a ocorrer uma ou duas vezes por mês em turnos alternados para garantir que os profissionais que não conseguiam mudar o turno de trabalho em outros vínculos pudessem participar, levantou-se junto ao grupo temas que a maioria considerava importante de ser pensado e discutido, bem como profissionais que poderiam indicar textos e facilitar a discussão destes temas, o que possibilitou a retomada de encontros para educação permanente.

Além disso, outras estratégias também foram pensadas e colocadas em prática, a exemplo da realização de reuniões de turno e do “bom dia”. As reuniões de turno eram uma espécie de reunião operacional com todos os trabalhadores do serviço no início da manhã e início da tarde. Eram encontros breves que possibilitavam o manejo de imprevistos como a ausência de algum profissional ou a impossibilidade de realização de alguma oficina ou outra atividade. As reuniões de turno da tarde permitiam uma espécie de troca entre os profissionais sobre eventos que haviam ocorrido pela manhã ou demandas que não haviam sido resolvidas já que geralmente havia alternância de trabalhadores entre os turnos. Em linhas gerais, as reuniões de turno objetivavam a troca cotidiana de informações e percepções da dinâmica de funcionamento do serviço entre os trabalhadores e gestores para ajudá-los a alinhar o discurso e práticas frente algumas situações, bem como a modificar atividades planejadas ou mesmo propor outras na medida em que coletivo considerasse que isso fosse necessário. O “bom dia” consistia em reunir no início de cada manhã todos os trabalhadores e usuários numa grande roda para dar início às atividades. Neste momento todos se apresentavam e podiam se expressar livremente se assim desejassem, quando os profissionais se apresentavam eles falavam qual a função que desempenhavam no serviço e quais as atividades que estariam desenvolvendo ao longo do dia e, assim, procurávamos favorecer que usuários e familiares

identificassem quem estaria no acolhimento, quem estaria no posto de enfermagem, etc. O “bom dia” também possibilitava que a equipe estabelecesse um contato prévio com as pessoas que chegavam para o acolhimento, tirar dúvidas sobre o funcionamento do serviço, identificar usuários que estavam sob o efeito de drogas, identificar usuários que demandavam algum cuidado especial, entre outros. Desta forma, o “bom dia” visava criar um clima acolhedor entre usuários, familiares, trabalhadores e gestores para o início de cada dia.

Não podemos perder de vista que acolhimento, técnico de referência, projeto terapêutico singular e equipe de referência são dispositivos clínicos construídos durante o processo da reforma psiquiátrica brasileira a partir da necessidade de invenção de novas formas de conceber e operar o cuidado em saúde frente aos limites colocados pelo dispositivo médico/psiquiátrico tradicional e sua centralidade no campo da saúde. “Essas estratégias são destinadas a pessoas que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais – toxicômanos, violentos, esquizofrênicos, jovens sobretudo –, quando dispositivos psiquiátricos, pedagógicos ou psicanalíticos não funcionam.” (LANCETTI, 2008, p. 19). Os primeiros serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e as equipes que neles trabalharam “nasceram dotados de uma alma antimanicomial e com vontade de experimentação” que tingiu estes serviços de cores vibrantes (IDEM, p. 44). Essas são qualidades que devemos manter em nosso horizonte e que devem ser cultivadas dia após dia frente aos riscos de que os CAPS sigam uma linha técnico-burocrática, da normalização da burocracia e da burocratização da técnica, e, assim, envelheçam prematuramente tornando-se serviços tingidos de cinza. Nesse sentido, Lancetti (2008, p. 46 e 47) nos adverte que “qualquer instituição que agrupe doentes mentais tende a cronificar-se. Criam-se coletivos altamente repetitivos: providenciam sinuca, televisão, oficinas adjacentes, comida, por exemplo, mas quando há uma crise busca-se logo o psiquiatra.” É preciso movimentar o CAPS para que ele não se torne um serviço burocrático, “um CAPS burocrático é um CAPS que cheira mal” e tende a atualizar estratégias de controle da biopolítica populacional (IDEM, p. 48). Pensamos que suas linhas de fuga enveredam pela sua abertura para o território, pela humanização das práticas e das relações nos serviços e, finalmente, pelo esforço em manter a clínica em movimento inventivo e de inovação das práticas, visando sempre a produção da autonomia dos sujeitos e coletividades.

3.4 CAPS AD e as noções de clínica ampliada e redução de danos

Como vimos, o CAPS AD Primavera conta com equipe técnica multiprofissional que se organiza em equipes de referência. A composição multiprofissional de uma equipe que atua em serviços da saúde representa a aposta em desconstruir a hegemonia do modelo de tratamento médico centrado. Nos CAPS, o trabalho em equipe tenta combinar diferentes enfoques e saberes no intuito de produzir entendimentos ampliados acerca dos processos de adoecimento e das ofertas de cuidado buscando, assim, não recortar os sujeitos “em partes ou patologias”. Deste modo, as equipes multiprofissionais “são uma forma de resgatar o compromisso com o Sujeito, reconhecendo toda a complexidade do seu adoecer e do seu projeto terapêutico.” (BRASIL, 2007, p. 39).

Uma das dificuldades de executar esta proposta é reconhecer a interdependência entre profissionais e serviços, porque isso pode significar reconhecer os próprios limites e a necessidade de inventar caminhos e soluções que estão além do saber e competência de cada um. Se esta é a dificuldade, esta é também a grande força motriz, uma vez que o trabalho criativo é muito mais saudável e prazeroso (BRASIL, 2007, p. 39).

No entanto, a inventividade e criatividade do trabalho em equipes multiprofissionais é um efeito possível, mas não uma garantia antecipada, pois dependerá da flexibilização e do borramento das fronteiras, muitas vezes rígidas, que delimitam os campos de conhecimento. Para Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros (2000) esta flexibilização se realizaria por meio de diferentes procedimentos:

O movimento de disciplinas que se somam na tarefa de dar conta de um objeto que, pela sua natureza multifacetada, exigiria diferentes olhares (multidisciplinariedade), ou, de outra forma, o movimento de criação de uma zona de interseção entre elas, para a qual um objeto específico seria designado (interdisciplinariedade). (p. 74).

A organização do processo de trabalho em CAPS através de equipe multiprofissional objetiva criar um ambiente que aumente o “grau de comunicação, da troca de saberes, de afetos e de corresponsabilidade entre os integrantes da equipe” (BRASIL, 2007, p. 28). Com isso, espera-se que, ao serem questionados por outras concepções, os trabalhadores também se sintam convocados a ir além de seu núcleo profissional e, assim, reflitam cotidianamente sobre os efeitos produzidos pela fragmentação dos processos de trabalho e de cuidado, tentando conduzi-los na construção de saberes e práticas que caminhem do multi para o inter e transdisciplinar. Na interdisciplinaridade “a relação é de conjugação de dois domínios na constituição de um terceiro, que se espera estável, idêntico a si e para o qual pode-se definir um objeto próprio.” Na transdisciplinaridade, “a relação que se estabelece entre os termos que se intercedem é de interferência, de intervenção através do atravessamento desestabilizador de um domínio qualquer (disciplinar, conceitual, artístico sócio-político, etc.) sobre o outro.” Desta forma, na interdisciplinaridade temos o engendramento de uma nova identidade, ao passo que na transdisciplinaridade “temos um processo de diferenciação que não tende à estabilidade” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 77).

A busca de produzir práticas inter e transdisciplinares no campo saúde se aproxima do que Boaventura Santos (2002) chama de paradigma emergente na ciência. Este paradigma se opõe aos dualismos sujeito/objeto, “mente/matéria, observador/observado, subjetivo/objetivo, coletivo/individual” (p. 40) e tenta superar a dicotomia ciências naturais/ciências sociais para revalorizar os estudos humanísticos. Para este autor, “um conhecimento disciplinar, tende a ser um conhecimento disciplinado, isto é, segrega uma organização do saber orientada para policiar as fronteiras entre as disciplinas e reprimir os que as quiserem transpor.” (p. 46). No paradigma emergente o conhecimento é total e local, “constitui-se em redor de temas que em dado momento são adotados por grupos sociais concretos como projetos de vida locais, sejam eles (...) inventar um novo instrumento musical, erradicar uma doença,” (p. 47 e 48) ou construir novas diretrizes de atenção em saúde aos usuários de álcool e outras drogas. Sendo total e local, o conhecimento não é descritivista e nem formulador de leis gerais, mas um conhecimento sobre as condições de possibilidade projetadas no mundo a partir de um “espaço-tempo local. Um conhecimento deste tipo é relativamente imetódico, constitui-se a partir de uma pluralidade metodológica”

(p. 48). Nesse sentido, diretrizes para a produção de práticas clínicas em CAPS AD se relacionam ao tempo e o espaço que possibilitaram sua emergência e nos remetem aos processos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. Estes processos, entre outros, criaram condições de possibilidade para produção de novas práticas clínicas e novas práticas de cuidado, a exemplo das noções de clínica ampliada e redução de danos. Contudo, mesmo considerando todos os marcos legais e institucionais que as dão suporte, consideramos as noções de clínica ampliada e redução de danos estão longe de conformarem um todo homogêneo e instituído. Estas novas concepções e práticas clínicas em saúde mental constituem um painel multifacetado em construção.

Esta pluralidade de práticas foi traduzida numa “proliferação de expressões que ‘qualificam’ a clínica, tais como: ‘clínica do social’, ‘clínica ampliada’, ‘clínica transdisciplinar’” (FERREIRA NETO, 2011, p. 160), “clínica artesanal” e “clínica peripatética” (LANCETTI, 2008). É possível afirmar que, de forma geral, as práticas clínicas emergentes se contrapõem as práticas clínicas clássicas ou tradicionais caracterizadas pela influência da medicina, pela fragmentação dos saberes e do cuidado e pela centralização no indivíduo. Em contrapartida, as práticas clínicas emergentes se caracterizariam pela busca em diluir a influência da medicina, articulação entre diferentes saberes para construir práticas de cuidado integradas e inovadoras que visam a produção de autonomia dos sujeitos e coletividades. Estas práticas, forjadas no contexto da luta antimanicomial, indicam uma tentativa em articular clínica e política e apontam para a indissociabilidade “entre reabilitação psicossocial de um lado e clínica do outro”. Por conta disso, “propõe uma redefinição do objeto, do objetivo e dos meios de trabalho de assistência individual, familiar e de grupos. (...) A subjetividade é associada à noção de cidadania” (FERREIRA NETO, 2011, p. 164).

Um aspecto que nos parece relevante na articulação entre clínica e política é a postura militante de muitos trabalhadores da saúde mental ou a importância que estes dão às políticas públicas de saúde. Ferreira Neto (2011) realizou uma pesquisa que teve como objetivo identificar mudanças nas práticas clínicas no Brasil no campo da saúde pública a partir de um estudo de caso de um Distrito Sanitário na cidade de Belo Horizonte, onde entrevistou psicólogos que atuam no Programa de Saúde Mental. Uma dimensão explorada nas entrevistas foi a “relação entre clínica, políticas públicas e organização dos serviços”, sobre

esta dimensão o autor refere que as entrevistas indicam que a política é “inerente ao próprio trabalho da clínica em saúde mental, na forma de um movimento de construção progressiva das práticas antimanicomiais com o profissional em um compromisso cotidiano.” (p. 171). Já Lancetti (2008), ao retratar as experiências vividas em Santos no período marcado pela intervenção na Casa de Saúde Anchieta e pela implantação dos primeiros CAPS da cidade, se refere aos trabalhadores da saúde mental deste município como “verdadeiros terapeutas: destemidos, dispostos, apaixonados” que “não escolhiam pacientes nem pretendiam que eles se adaptassem a suas corporações, modelos ou grupos de pertinência”. (p. 44).

Contudo, a reforma psiquiátrica é uma luta política que se efetiva também numa face financeira de expansão de mercado de trabalho e, por conta disso, atrai não só trabalhadores engajados politicamente com seus princípios, mas também aqueles que entram neste campo sobretudo por questões financeiras. Isso não constitui um problema *a priori* ou um empecilho para uma prática clínico-político, mas, se pensarmos o político e o financeiro como uma moeda de dupla face, tememos que num regime capitalístico a tendência seja de que um lado se sobreponha.

No CAPS AD Primavera pudemos perceber um tensionamento entre político e financeiro que manifestou com a qualificação do serviço de CAPS AD II para CAPS AD III. Com essa mudança foi preciso organizar a equipe para atuar durante os períodos noturno, feriados e finais de semana. A portaria nº 130/2012 orienta que a equipe mínima para os períodos de acolhimento noturno deverá ser composta por 01 (um) enfermeiro e 02 (dois) profissionais de nível médio, sendo que um deles deverá ser necessariamente técnico de enfermagem, ao passo que a equipe mínima para atuar no período diurno aos sábados, domingos e feriados, deverá ser composta por 02 (dois) profissionais de nível universitário, sendo que um deles deverá ser necessariamente enfermeiro, 02 (dois) profissionais de nível médio, sendo que um deles deverá ser necessariamente técnico de enfermagem e 01 (um) profissional da área de apoio (BRASIL, 2012a).

Neste CAPS a equipe do período noturno foi composta por 1(um) enfermeiro e 03 (três) técnicos de enfermagem, além de 1 (um) agente de higienização e 1 (um) agente de segurança. Inicialmente este arranjo foi mantido para o funcionamento durante os feriados e finais de semana pela facilidade de organizar os enfermeiros em turnos de trabalho

equivalentes a plantões de 12 horas. Os enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalhavam durante os feriados e finais de semana recebiam adicionais financeiros para tal, contudo, ao tentarmos finalmente inserir os profissionais das demais categorias nesse período fomos informados pelos setores jurídico e financeiro da SMS que somente médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem poderiam receber adicionais financeiros para atuar neste período, o que gerou um impasse com os demais trabalhadores. Frente a este entrave, o CAPS AD Primavera passou meses funcionando somente com profissionais da enfermagem durante feriados e finais de semana, isto é, durante esses períodos restringiam-se as possibilidades de produção de práticas clínicas inter e transdisciplinares, fazendo este serviço se assemelhar a um ambulatório de enfermagem. Como se isso não fosse pouco, o serviço não contava com o número de enfermeiros suficientes para cobrir toda a escala e precisava completar o grupo de enfermagem com profissionais de outros serviços que não tinham nenhum vínculo com usuários do serviço. Alguns destes profissionais não tinham qualquer aproximação com a noção de clínica ampliada e reproduziam práticas estritamente biomédicas. Esta situação perdurou por quase um ano, até que se pactuou com os trabalhadores que não poderiam receber os referidos adicionais financeiros a possibilidade de compensar com folgas os turnos trabalhados nos feriados e finais de semana. Mesmo assim, somente alguns trabalhadores se dispuseram para atuar nesse regime e, assim, pouco a pouco práticas interdisciplinares foram sendo introduzidas durante os feriados e finais de semana.

Este exemplo coloca o desafio e a contradição em construir um sistema de cogestão quando há uma hierarquia financeira (salário), vínculos profissionais e carga horária diferentes. Supomos que haja certa tendência de que o aspecto financeiro pese mais quando a dimensão política não está na formação dos profissionais e, nessa direção, talvez isso também possa representar um desafio na produção de práticas inter e transdisciplinares. Nessa direção, PAIUAD sinaliza para a importância da revisão e reformulação dos parâmetros curriculares de formação de profissionais das diversas áreas da saúde para adequá-los a perspectivas de atuação em equipe multiprofissional, bem como incluir temas transversais à saúde, a exemplo do uso de drogas (Brasil, 2004a). Também apostamos que a noção de clínica ampliada faça um contraponto à dimensão financeira já que as práticas

clínicas engajadas nessa perspectiva buscam articular clínica e política. Contudo, atuar numa perspectiva de clínica ampliada não significa prescrever e/ou seguir um novo modelo, ou “um novo modismo. A direção que se aponta é bem outra: a possibilidade de pensar o campo da clínica nisso que ele tem de potência de se criar e recriar a cada instante.” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 71).

Ferreira Neto (2011) corrobora com esta posição e descreve “o trabalho em saúde mental como uma clínica em construção, que deve ser continuamente revista e reinventada.” (p.171). Frente a isso, mesmo considerando que a clínica ampliada seja uma diretriz da PAIUAD que baliza as práticas clínicas dos CAPS AD, não podemos falar em **uma** clínica de CAPS, ou na clínica do CAPS AD Primavera, mas em práticas clínicas operadas nele e por ele. Nesse sentido, apostamos que as práticas que se aproximam da concepção de clínica ampliada tenham maior potência em produzir autonomia, pois se alicercem mais no campo da ética do que de um campo epistemológico, o que permite avaliar se caminham na direção de práticas de normalização ou na de práticas autonomizadoras.

Entendemos clínica ampliada numa perspectiva semelhante à proposta por Ferreira Neto (2011), analisando-a a partir do conceito foucaultiano de dispositivo. Por esse ângulo, clínica ampliada é composta por elementos heterogêneos: políticas públicas, legislação do SUS, “trabalho conjunto com outros profissionais, associações e projetos, com a comunidade e a cidade, com os processos socioeconômicos de empobrecimento generalizado, com o aumento do narcotráfico e da violência urbana, entre outros”. Esse contexto de atuação traz um novo arranjo das práticas e dos saberes agenciados pelo território, pelos modos de vida e as relações de poder. Portanto, estas são práticas menos assépticas e, a princípio, não subsidiadas por um instrumento teórico e técnico, o que permite que comportem “um leque maior de variações, e mesmo de invenção de outras modalidades de ação e reflexão” (p. 178). Por fim, “essa clínica tem sua condição histórica presente na derrocada do regime militar, com o surgimento dos movimentos de base popular, com a demanda de que era chegada a hora e a vez do ‘social’ e a necessária implementação das políticas sócias do Estado junto à população” (p. 178).

Essa clínica comporta um coeficiente de transversalidade mais acentuado que as práticas clínicas tradicionais, isto é, possui um maior “grau de comunicação e atuação institucional das múltiplas dimensões que atravessam e produzem os processos sociais de subjetivação.” (p. 179). A transversalização ocorreria pela intensificação da troca de saberes entre os profissionais de diferentes categorias profissionais potencializando, assim, a produção de interseções interdisciplinares e intercessões transdisciplinares, bem como através das relações que esta clínica estabelece com o território, buscando “operar tanto na subjetividade quanto nos elementos sociais que participam de sua produção.” (p. 181).

Foucault é cético com relação à possibilidade de qualquer prática clínica em produzir autonomia, pois estas estariam organizadas em torno de elementos de saber/poder. No entanto, ao pensarmos a concepção de clínica ampliada a partir do campo da ética, acreditamos que ela está mais aberta a produzir subjetividade a partir de práticas coletivas, com o outro, do que de que a partir de práticas endereçadas ao outro. O fato da clínica ampliada não estar amarrada a um campo epistemológico especializado (medicina, psicologia, enfermagem) nos faz crer na sua potência de trazer invenções “na construção de subjetivações individuais e coletivas autônomas, tomando sua dimensão ético-política como crivo dessa avaliação.” (FERREIRA NETO, 2011, p. 96).

Contudo, a atenção em saúde dos CAPS AD não é movimentada somente por práticas clínicas *stricto sensu*, mas também por outras modalidades de práticas psicossociais técnicas ou populares que se articulam aos indivíduos e comunidades. Podemos citar movimentos sociais de base popular, programas de abordagem a pessoas em situação de rua e os projetos e programas de redução de danos que põe em funcionamento práticas de cuidado coletivas, algumas portadoras de uma dimensão criativa, com efeitos emancipatórios. A lógica da RD é um dos princípios da PAIUAD e uma diretriz de funcionamento do CAPS AD abrindo a perspectiva de que estes serviços produzam ou articulem uma ampla gama de práticas que visam minimizar as consequências globais do uso de AD. Essa lógica pode ser identificada na organização destes serviços como espaços abertos e societários, cujas ofertas de cuidado seriam mais flexíveis e com menor nível de exigência, o que ampliaria sua porta de entrada contemplando uma parcela maior da população (BRASIL, 2004a). Definida a partir de suas

práticas pode-se dizer que RD consiste em “ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso/abuso drogas sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias” (ANDRADE, 2004, p. 87).

No entanto, queremos ampliar a noção de RD e, para tanto, queremos pensá-la enquanto um método, conforme proposto por Tadeu de Paula Souza (2007). Este autor destaca o percurso histórico da RD que a torna um método clínico-político realizado por diferentes dispositivos de gestão e atenção. As ações de RD iniciadas em Santos dispararam um processo que ganhou novos desdobramentos através de redes nacionais de interação culminando na consolidação de uma articulação mais efetiva da RD no interior da máquina estatal, o que a instituiu, conforme já mencionamos, como um dos princípios da PAIUAD e como diretriz de funcionamento dos CAPS AD. Para este pesquisador, a RD pode ser entendida a partir de três dimensões: abstrata, processual e concreta

O aspecto mais abstrato e virtual da RD (paradigma) deve ser entendido a partir do percurso histórico (processo) atualizado por diferentes dispositivos de atenção e gestão que foram se articulando ao dispositivo de troca de seringas. Esse percurso deu forma e função para RD consolidando o que hoje podemos nomear de um “método clínico-político”. Ao longo do percurso da RD, o método consolidado se encontra com uma face voltada para um plano concreto e atual, atualizado pelos dispositivos concretos e uma face voltada para um plano abstrato e virtual que corresponde a emergência da RD como um paradigma. Dessa forma, além da dimensão atual e da dimensão virtual, devemos destacar uma terceira dimensão, que corresponde ao devir da própria RD, ou seja, a terceira dimensão diz do próprio processo de consolidação de um método. Dessa forma temos três dimensões da RD: a concreta, realizada pelos dispositivos de atenção e gestão; a abstrata que corresponde ao paradigma da RD; e a processual, realizada pelo método, ou seja, ao processo da RD. (SOUZA, 2007, p. 79 e 80).

A dimensão abstrata se refere ao movimento de consolidação da RD “como um novo paradigma que se opõe ao paradigma da abstinência”. Souza (2007) ressalta que esta oposição está “no âmbito paradigmático e não estratégico, ou seja, a RD não se opõe a estratégias clínicas que tenham como direção a abstinência, mas sim a uma rede de instituições que fazem da abstinência a única direção possível de tratamento” (p. 79).

Enquanto um novo paradigma no campo das ciências humanas, sociais e da saúde, a RD permite a articulação de um conjunto de práticas e concepções contra hegemônicas no cuidado de pessoas que fazem uso prejudicial de AD, tornando quase imperativo que todos os outros paradigmas repensem suas concepções e práticas.

Dito de outra forma, a RD impõe a necessidade de se avaliar outras possibilidades de olhar para a questão das drogas, mesmo que outras lógicas e possibilidades de intervenção permaneçam vigentes. Como um paradigma, a RD traz à tona reflexões éticas e técnico-políticas, tais como a coprodução de autonomia, a possibilidade de instituir formas de uso que impliquem em menor riscos e danos ao usuário sem necessariamente requerer a interrupção do uso, o cuidado em liberdade no território, entre outras, antes inquestionáveis no campo de atenção em saúde à usuários de AD (ANDRADE, 2004; PETUCO & MEDEIROS, 2010) Enquanto que “a proposta de abstinência é uma proposta que valoriza a possibilidade eminente de fracasso”, a RD, por sua vez, “valoriza a possibilidade de vitória” e rompe com a lógica da abstinência e da internação como pré-condições ou diretrizes cristalizadas para um tratamento (LANCETTI, 2008, p. 67).

A dimensão processual é a que consolida o método clínico-político da RD revelando, ao longo da história, a inseparabilidade entre a dimensão clínica e a dimensão política. As práticas de RD “tornam possível uma política de saúde governada por coletivos (agentes de saúde, redutores de danos, usuários de drogas, etc.). Essa política é implicada na defesa de espaços públicos de atenção à saúde com gestão aberta, democrática e focada na produção de saúde” (DIAS, 2008, p. 69).

A dimensão concreta é realizada pelos dispositivos de gestão e de atenção nos quais a RD atualiza princípios do SUS e diretrizes da PAIUAD, a exemplo de ação no território, transversalidade e clínica ampliada, ao passo que os embates singulares que a RD enfrentou ao longo de seu caminho possibilitou a ela também criar “novas diretrizes metodológicas, consolidadas pelas associações e pelas redes de redutores de danos: gestão comum, corresponsabilização e cooperação.” (SOUZA, 2007, p.82). O encontro entre estas diferentes diretrizes, ao invés de provocar seu anulamento mútuo, se mostrou fecundo e favoreceu que elas se complementassem em uma nova composição.

A RD deve ser definida a partir dos agenciamentos produzidos ao longo de seu percurso, de seu caminhar histórico: definir o método implica em estabelecer por um lado o processo de construção de dispositivos de atenção e gestão e por outro as articulações político-institucional que deram forma a um novo paradigma. A RD se deslocou de um plano local para um plano em redes e, por último, para um plano da política do Ministério da Saúde para álcool e outras drogas. A mudança de planos (território, redes de mobilização e máquina de Estado) alterou o próprio método da RD, à medida que incluía novas funções e diretrizes. Dessa forma, a RD passou a criar novos dispositivos que atualizam novas funções clínico-políticas bem como diretrizes da política do Ministério da Saúde para álcool e outras drogas. (SOUZA, 2007, p. 81).

Desta forma, a RD constitui um dispositivo que transcende qualquer equipamento, a exemplo dos CAPS AD, embora suas práticas possam ser operadas neles e/ou por eles. Enquanto um método clínico-político, a RD diz respeito a uma postura ética que visa articular promoção da saúde, cidadania e direitos humanos. As práticas de RD produzem um conhecimento que se dá no encontro entre sujeitos onde o saber do senso comum, o conhecimento “prático com que no cotidiano orientamos as nossas ações e damos sentido à nossa vida”, não é menosprezado nem subjugado a um saber dito científico. Assim como no paradigma emergente da ciência, o conhecimento da RD se constrói no diálogo entre diferentes formas de conhecimento que se interpenetram, “procura reabilitar o senso comum por reconhecer nesta forma de conhecimento algumas virtualidades para enriquecer a nossa relação com o mundo.” A RD aposta que o conhecimento do senso comum tem uma dimensão “libertadora que pode ser ampliada através do diálogo com o conhecimento científico.” (SANTOS, 2002, p. 56). Nesse sentido, RD combina com autonomia que combina com saúde e torna-se indispensável para a sua concretização (LANCETTI, 2008).

O senso comum faz coincidir causa e intenção; subjaz-lhe uma visão do mundo assente na ação e no princípio da criatividade e da responsabilidade individuais. O senso comum é prático e pragmático; reduz-se colado à trajetória e às experiências de vida de um grupo social e nessa correspondência se afirma fiável e securizante. (IDEM, p. 56).

As práticas de RD não objetivam a transmissão de um conhecimento especializado para uma população supostamente leiga desvalorizando e/ou ignorando o saber-viver nesses processos de transmissão, mas “aceita o que existe tal como existe” e privilegia práticas de cuidado capazes de produzir modos de subjetivação mais autônomos (SANTOS, 2002, p. 56). Ao fazer isso a RD cinde com o modelo médico sanitário e suas ações de prevenção operadas através de estratégias de transmissão vertical do conhecimento e controle da população (COSTA, 2007; FOUCAULT, 1984; MEYER et al, 2006). Conforme nos diz Domiciano Siqueira em entrevista cedida a Lancetti (2008), os redutores de danos não estão no território com representantes de uma instituição sanitária, não estão lá “de jaleco branco, como profissional de saúde”, estão como sujeitos. (p. 61). São pessoas com as quais os usuários de AD de relacionam sem serem tiradas “do grupo onde estão, da vida em que vivem”, os redutores não tentam trazer as pessoas para o seu meio, estão no território para se relacionar com elas. (p. 59). Assim Domiciano nos diz algo bastante valioso: “não acredito que se possa fazer nada por ninguém no mundo que seja mais importante do que ajudar essa pessoa a ‘parar para pensar’”. (p. 64). É nesse sentido que ao tratar da RD Lancetti (2008) a posiciona como uma “prática que se opera na contramão das práticas instituídas e ancoradas na ordem predominante.” Este autor defende a tese de que a RD é uma prática de afirmação da vida à medida que “no plano da proposta e na sua simplicidade, é redutiva, mas, quando analisada na sua capilaridade, é menos uma diminuição do risco e mais uma ampliação da vida”(p. 80).

3.5 Território, comunidade e rede

Segundo a PAIUAD a definição de estratégias de ação de um CAPS AD deve estar pautada na aproximação entre este serviço e o território do qual ele faz parte uma vez que a atenção psicossocial deve se desenvolver prioritariamente em ambiente comunitário, em sintonia com a cultura local e articulada aos dispositivos formais e informais que o compõe. Esta aproximação visa possibilitar a articulação territorial dos diversos dispositivos de cuidado que possam atender as diferentes necessidades dos usuários acompanhados pelo CAPS AD, com ênfase na reabilitação e reinserção social. Espera-se que a integração entre

um CAPS AD e seu território de atuação contribua para a identificação e análise de fatores de risco e proteção nos vários domínios da vida: “(...) nos próprios indivíduos, em suas famílias, em seus pares, em suas escolas e nas comunidades, e em qualquer outro nível de convivência socioambiental” (BRASIL, 2004a, p. 35). Estes fatores podem aumentar ou diminuir a vulnerabilidade para o uso prejudicial de ad. Quando o uso indevido ou prejudicial destas substâncias ocorre, ele geralmente se manifesta na comunidade e é justamente por isso que, numa lógica de atenção psicossocial, este deve ser o ambiente onde as práticas de cuidado, sejam elas terapêuticas, preventivas e/ou educativas, devem ocorrer esperando-se que assim tenham maior impacto sobre os fatores de risco e proteção para o referido uso (BRASIL, 2004a).

Porém, de que comunidade é possível falar na cidade? Uma das características marcantes no modo como as cidades modernas foram estruturadas é a sua fragmentação, ou seja, a cidade é cada vez mais individualizante e heterogênea distanciando-se da possibilidade de ser pensada como unidade ou como expressão “daquilo que é comum” (MICHAELIS, 2009). A palavra “comunidade” tem origem no termo latim *communitas* e seu conceito permite definir distintos tipos de conjuntos: de pessoas que fazem parte de uma população, de uma região ou nação, a nações que se encontram unidas por acordos políticos e econômicos como, por exemplo, a Comunidade Europeia e o Mercosul. De pessoas vinculadas por interesses e ideais políticos, religiosos comuns, a exemplo da comunidade católica, da maçonaria ou do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), as chamadas comunidades virtuais que se tornaram possíveis pelo desenvolvimento das novas tecnologias e da Internet. Sob o prisma da sociologia, também podemos chamar de comunidades certos lugares como os hospitais psiquiátricos ou os CAPS à medida que podem ser descritos e analisados. Estes mesmos serviços também podem ser pensados como comunidades porquanto seus trabalhadores partilham objetivos comuns e de uma filosofia de trabalho. Para nós interessa pensar comunidade como grupos de seres humanos que partilham elementos em comum, como os costumes, a localização geográfica, a visão do mundo ou os valores. Por este ponto de vista, uma comunidade não existe *a priori*, ela tem que ser construída. Uma vez constituída uma comunidade, ela permite que em seu seio crie-se uma identidade comum mediante a diferenciação de outro(a)s grupos ou comunidades. Assim, a

cidade moderna não é ela mesma uma comunidade homogênea, mas uma composição plural e diversificada de comunidades.

Agora, voltemos nosso olhar para o termo “território”, de que território a PAIUAD está falando? O território pode fazer referência a algo que seja essencialmente material como uma porção da superfície terrestre pertencente a um Estado, a exemplo da cidade de Aracaju, sendo assim uma representação coletiva, mas pode também se referir a algo imaterial como as linhas que conformam as bordas do espaço existencial de um sujeito, sendo assim uma representação bastante singular. Desta forma, podemos pensar território como uma representação de espaço formada pelo dado imediato da materialidade e por representações abstratas, de tal forma que um território é constituído de espaço geográfico, dos objetos e dos seres que o ocupam e das relações que nele se estabelecem. Nesse sentido, território é sinônimo de processo de subjetivação, isto é, “ele é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos.” Diante disso, tomamos o território de atuação de um CAPS AD como espaços dotados de materialidade e imaterialidade, ou seja, como regiões concretas da cidades onde os indivíduos, moram, circulam e vivenciam um conjunto de relações institucionalmente estabelecidas pela sociedade e, nesse sentido, também como plano relacional no qual os sujeitos “se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam a outros territórios existentes e aos fluxos cósmicos” (GUATARRI & ROLNIK, 1986, p. 388).

Enquanto espaço geográfico, o CAPS AD Primavera está situado na Avenida Beira Mar, uma das principais vias de ligação entre os bairros da zona sul da cidade e o centro, no entanto o território de atuação deste serviço não se limita a esta região da cidade. Acontece em Aracaju o que também é realidade em tantas outras cidades, o território de abrangência do CAPS AD Primavera é a cidade como um todo por conta deste serviço ser o único CAPS no município especializado para atenção de adultos com problemas decorrentes ou associados ao uso de AD. Pensando a cidade como uma unidade administrativa, isso significa que este serviço deveria desenvolver ações que abarcassem todo o território, a exemplo de algumas atribuições previstas na PAIUAD, como a responsabilidade de organizar a rede local

de serviços de atenção a usuários de AD, funcionando como uma de suas portas de entrada, e realização de ações de matriciamento junto as equipes da atenção básica (BRASIL, 2004a).

A porta de entrada na rede de atenção em saúde deve ser a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os CAPS: esses serviços especializados devem ser os organizadores das demandas de saúde mental no território. Os CAPS devem dar apoio especializado às ESF, fazer articulações intersetoriais (educação, assistencial social, justiça, cultura, entre outros), facilitar a articulação entre os diferentes serviços da rede, tais como ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas, atenção básica e leitos de atenção integral, além de encaminhar e acompanhar os usuários à internação em hospitais gerais, quando necessário (TOTUGUI et al, 2010, p. 104 e 105).

No entanto, a dimensão geográfica do território de abrangência do CAPS AD Primavera, somada à pluralidade de ambientes comunitários que a compõe, acabam produzindo alguns limites tanto para a execução das atribuições supracitadas, quanto para que este CAPS defina suas estratégias de ação a partir da aproximação com o território. Queremos problematizar essa forma de pensar o ordenamento da rede, pois acreditamos que ela acaba colocando o CAPS num lugar central que ao invés de dinamizar e flexibilizar os fluxos da rede acaba engessando-os. A atenção em rede envolve um conjunto de dispositivos com funções complementares relativos à própria interdependência do trabalho em saúde. Interdependência “válida tanto para um serviço de saúde com seus diferentes profissionais quanto para o sistema de saúde com seus diferentes serviços” (Brasil, 2007, p.27). Assim, a efetividade do CAPS AD está intimamente relacionada à sua articulação em rede e “à qualidade e à oferta de outros serviços no âmbito da saúde pública” (LIMA, 2010, p. 83). Nesse sentido, tivemos no CAPS AD Primavera experiências que envolveram diversos profissionais e serviços na construção coletiva e em rede de verdadeiras linhas de cuidado para acompanhar alguns usuários, assim como também tivemos experiências em que o cuidado se deu de forma fragmentada fazendo o usuário transitar entre as “caixinhas” da saúde e outros setores.

Houve o caso de uma usuária acompanhada por um CAPS III que em dado momento intensificou o uso de drogas provocando uma discussão no colegiado da REAPS se este seria um caso de transferência de cuidado para o CAPS AD Primavera. Ao invés disso se pactuou a composição de uma equipe de referência composta por trabalhadores do CAPS III, do CAPS AD Primavera e de serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Esta equipe traçou junto com a usuária estratégias de compartilhamento do cuidado, a mesma foi inserida no acolhimento noturno do CAPS III e passou a participar da oficina de *bodyboard* do CAPS AD Primavera. Após sua saída do acolhimento noturno no CAPS III, a usuária passou um período abrigada em um serviço do SUAS mantendo os cuidados em saúde nos dois CAPS. Podemos citar também articulações produzidas entre as equipes do CAPS AD Primavera e do Programa de Redução de Danos (PRD) que potencializaram o cuidado de alguns usuários, através da discussão e elaboração conjunta de PTS, elaboração de estratégias de intensificação do cuidado junto a usuários que estavam em uso compulsivo e em situação de rua, busca ativa de usuários que deixavam de frequentar o CAPS, entre outras.

Outro exemplo interessante para pensar limites e potências do cuidado em rede para usuário de AD em Aracaju é a capacidade de articulação entre a Urgência Mental, que funciona em um Hospital Geral, os SHR-ad e o CAPS AD Primavera. Houve momentos em que as equipes destes serviços estabeleceram fluxos de comunicação profícuos que possibilitaram, por exemplo, a discussão conjunta de alguns casos. Cabe destacar uma articulação entre os SHR-ad e o CAPS AD Primavera que possibilitou aos trabalhadores deste último serviço visitar indivíduos que estavam internados no SHR-ad, dando suporte ao cuidado daqueles que já eram usuários do CAPS e iniciando a construção de vínculo com aqueles que ainda não eram, mas que poderiam ser encaminhados para este serviço quando recebessem alta. Quando isso ocorria percebíamos que a maioria destas pessoas buscavam o CAPS para dar continuidade ao tratamento.

Numa direção contrária, houve situações de usuários que chegaram no CAPS AD Primavera trazidos por ambulâncias da Urgência Mental sem qualquer contato prévio ou discussão de caso entre as equipes destes serviços. Em algumas destas situações os usuários chegaram completamente dopados de medicação e sem saber para onde e porque estavam sendo encaminhados e quando se davam conta de que estavam em um CAPS AD ficavam

desnorteados, muitos iam embora sem sequer passar pelo acolhimento. Esta forma de encaminhamento traduz uma fragmentação do cuidado. É como se ao estabilizar um quadro agudo de intoxicação, por exemplo, a Urgência Mental agisse de forma tecnocrática e protocolar transferindo o caso para o CAPS AD entendendo que este último serviço é o ordenador da rede que decidirá sobre como e onde se dará a continuidade da atenção de usuários de drogas que acessaram o sistema de saúde através do serviço de urgência.

Contudo, não queremos fazer destes exemplos material para análise da rede de atenção aos usuários de AD em Aracaju, na medida em que eles são trazidos aqui a partir do lugar do CAPS AD Primavera e por isso correm o risco de reproduzir centralidade da rede no CAPS da qual queremos escapar. Com estes exemplos queremos tão somente apontar alguns dos desafios que emergem quando o CAPS centraliza o cuidado em si mesmo e algumas das possibilidades de articulação em rede que foram experimentadas no CAPS AD Primavera. Assim, por um lado, advertimos que apostar todas as fichas no CAPS AD como se ele pudesse, a um só tempo, dar conta de ser um serviço de atenção direta e principal ordenador da rede é atestar e reforçar seus próprios limites. Por outro lado, queremos destacar que a articulação em rede potencializa que a atenção se dê de forma mais próxima as premissas da PAIUAD. Pensamos que o bom funcionamento de uma rede está vinculado possibilidade de mobilização dos serviços a partir das demandas do usuário e não através do estabelecimento de fluxo engessados, ou da compartimentalização da saúde em caixinhas de especialidades. Para que uma rede possa funcionar de forma mais dinâmica e “quente” é preciso tecê-la cotidianamente.

Em 2012, professores e bolsistas da Universidade Federal de Sergipe realizaram junto com trabalhadores do CAPS AD Primavera uma pesquisa vinculada ao PET SM/CRACK⁴³ que caracterizou o perfil dos usuários deste serviço a partir do levantamento de dados de prontuários referentes aos atendimentos realizados nos anos de 2009 e 2010. Segundo o relatório final desta pesquisa, durante esse período o serviço recebeu usuários das 8 regiões de saúde da cidade com destaque para duas regiões mais próximas ao serviço e para uma

⁴³ Programa de Educação pelo Trabalho – Saúde/Saúde Mental – Crack, Álcool e Outras Drogas da Universidade Federal de Sergipe e da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju.

região territorialmente mais distante cujas as pesquisadoras realçam um crescimento significativo de acessos (SILVA e DOS SANTOS et al, 2012). Os achados dessa pesquisa podem indicar a facilidade de acesso ao CAPS, o que avaliamos positivamente, contudo a constatação de que o serviço atende usuários de todas as regiões do município reforça a importância de que ele esteja articulado em rede conforme vimos ressaltando. Nesse sentido, a atribuição de multiplicar conhecimentos para equipes atuantes na atenção básica através de ações de matriciamento ganha relevância tanto pela troca de saberes que pode qualificar o acesso na rede através da ESF, quanto para aproximar o CAPS do território.

Contudo, as articulações desenvolvidas entre o CAPS AD Primavera e os serviços da atenção básica foram bastante limitadas e pontuais durante o período em que estivemos nesse serviço. Acreditamos que esta distância pode ter contribuído para a produção de forças que se atualizam na concentração das práticas de cuidado dentro do espaço físico deste CAPS. Tal afastamento reduz as possibilidades deste serviço traçar ações e operar práticas de cuidado que estejam em maior sintonia com as realidades vividas pelos usuários no território. Para alguns autores como Antonio Lancetti (2008) e Rita de Cássia Lima (2010), a centralização em si mesmo e a pouca abertura para o território são alguns dos grandes obstáculos e desafios dos CAPS. Sem dúvidas, este é um dos desafios que se coloca para o CAPS AD Primavera, pois, mesmo considerando que a equipe estivesse realizando busca ativa, visitas domiciliares e algumas outras ações no território, o que vimos prevalecer foi a força centrípeta que atua empurrando os profissionais e as práticas para dentro deste serviço enCAPSulando-o. Isto é, transformando-o em um local de tratamento centrado no seu espaço interno e nos procedimentos intramuros.

O desenvolvimento de ações no território é um dos princípios mais importantes da PAIUAD e uma diretriz de funcionamento dos CAPS AD. Frente a isso, acreditamos que uma das formas de potencializar a aproximação entre o CAPS AD Primavera e o território é investir na sua relação com a ESF. Para Lancetti (2008) uma das maneiras de turbinar os CAPS “é considerar todas as ações de saúde mental à luz do relacionamento com o Programa de Saúde da Família (PSF)”. (p. 48). Nessa direção, o município de Aracaju tem cobertura do PSF próxima de 100%, o que significa que milhares de aracajuanos recebam mensalmente a visita de agentes comunitário de saúde (ACS). Estes trabalhadores da saúde também são

habitantes do território e “cuidam de uma população fixa com a qual desenvolvem um relação continuada de cuidado.” (p. 49). Para este autor, quando os CAPS operam em parceria com “outros membros da organização sanitária”, a exemplo dos ACS, potencializa-se as possibilidades de produção de saúde e saúde mental justamente pela condição paradoxal destes trabalhadores em ser “ao mesmo tempo membros das comunidades e integrantes da organização sanitária”. Isso lhes configuraria como uma espécie de “polícia médica revolucionária”. Polícia médica no sentido histórico da medicina sanitária que se insere no “ambiente doméstico, íntimo e no território existencial das pessoas” (p. 93) e revolucionária porque, através deste contato com as pessoas, os ACS criam condições para a produção do que Antonio Negri e Michael Hardt chama de “o comum”.

“O comum” está aquém do comunitário. A palavra *comunidade* é usada para designar uma unidade moral, que se posiciona acima da população e de suas interações com o poder soberano. O individual se dissolve na unidade comunitária. “O comum” é baseado na comunicação entre singularidades e se manifesta por meio de processos sociais de cooperação e produção. As singularidades não tolhidas “no comum”. (NEGRI e HARD *apud* LANCETTI, 2008, p. 94).

O modo de funcionamento dos ACS faz circular o saber, “tanto o técnico e o científico, como o cultural e o popular”. (LACENTTI, 2008, p. 93). Assim, Lancetti aposta que a ação combinada entre equipes de CAPS e ESF, favorece a “socialização do conhecimento e a distribuição de saberes” tendo “a potência necessária para arrancar os CAPS de sua reclusão tecnocrática e de sua tristeza burocrática” (IBIDEM, p.50).

A associação das equipes de trabalhadores da saúde mental com os profissionais de saúde que atuam na estratégia da família recoloca-os no território. Sua ação pode ser intensificada porque o centro da ação terapêutica é colocado no campo existencial, no qual as relações de afeto, de cooperação e de produção de saúde mental se exacerbam.” (IBIDEM, p. 50 e 51).

Assim, ainda trilhando nos caminhos apontados por este autor, os CAPS que habitam o território assumem uma condição que, assim como nos ACS, também é paradoxal porquanto sua prática ocorre, a um só tempo, no território geográfico e no território

existencial. Isso nos parece fundamental para que as práticas clínicas e práticas de cuidado operadas no e a partir dos CAPS AD possam avançar em busca da ativação dos recursos comunitários e, assim, ser verdadeiramente substitutivas as velhas e instituídas práticas centralizadas na internação, no isolamento e na abstinência. Segundo Claude Olivenstein (2009) o indivíduo que faz uso prejudicial de drogas, o dito “drogado”, não constitui uma demanda como constituiria o neurótico ou outros sujeitos. Em vista disso os riscos de captura, perseguição, repressão e internação se acentuam em torno destas pessoas. Por isso acreditamos que serviços como os CAPS AD não devem restringir seu campo de ação aos sujeitos que chegam por demanda espontânea ou por encaminhamento de outros serviços. Pensamos que eles devem ir além e produzir estratégias que tenham um efeito sedutor sobre os usuários de AD e estratégias que os mantenham próximos dos territórios.

A reforma psiquiátrica, longe de reduzir-se a bandeiras ideológicas, traz para a clínica uma exacerbação de complexidade. A consulta psiquiátrica, a entrevista psicológica e a visita domiciliar, os grupos terapêuticos e as oficinas de arte e de produção são recursos pobres para o atendimento de pessoas que não demandam, que não possuem cultura psi ou que se violentam de diversas formas. As secções de família em domicílio, as atividades ocorridas no território sem a participação direta de profissionais da saúde mental, as discussões de caso realizadas no percurso que vai da unidade de saúde até o domicílio dos usuários, os agenciamentos produzidos com organizações de cooperação, religiosas ou com produções de arte são novos *settings* terapêuticos mais eficazes e sintonizados com as novas formas de doença mental. (LANCETTI, 2008, p. 51).

A complexidade da práxis de saúde mental operada no território é o que distingue os CAPS e outros serviços e como o Consultório de Rua e o PRD da simplificação que faz funcionar um manicômio. É nesse sentido que apontamos a aproximação entre o CAPS AD Primavera e PSF como uma alternativa que pode produzir forças de tensionamento a força de enCAPSulamento que se atualiza neste serviço. O afastamento do CAPS do território geográfico também produz seu afastamento do território existencial de seus usuários e, com isso, abre precedentes para produção de práticas dessintonizadas com as realidades vividas por estas pessoas, que podem atualizar estratégias de controle disciplinar.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida”*

(ELIS REGINA, Elis & Toots, 1969)

Neste trabalho tentamos analisar a relação oportuna da PAIUAD com o CAPS AD Primavera. A publicação desta política, em 2003, introduziu na máquina do Estado todo um ideário e um novo vocabulário que lhe dotaram de intensa força instituinte, nos interessando pensar como isso se implementa por dentro de um CAPS AD. Quer queira, quer não, o CAPS AD Primavera é um equipamento de Estado. Sua forma instituída é efeito dos regimes e práticas de governamentalidade que agem nele e por ele, mas que não estão necessariamente do lado do Estado, e sim num plano de forças que abrange os diferentes sentidos e modos de governar. Portanto, este serviço tem uma face voltada para o presente, onde se concretizam práticas que se dão nele e por ele, atualizando sua forma instituída, e uma face voltada para o virtual, movimentada por forças instituintes que apontam devires de CAPS e que possibilitam que este serviço se reinvente e se transforme, constituindo-se como terreno fértil para produção de novas práticas.

Considerando isso, nossa análise buscou acompanhar movimentos de algumas das linhas de força que compuseram e atravessaram este serviço durante uma experimentação de gestão para apontar entraves e apontamentos de potencialidades que fogem à captura do saber/poder médico sanitário, isto é, amarras e possíveis linhas de fuga da biopolítica populacional. Nesse percurso não podemos desconsiderar nossa implicação nestas análises, uma vez que estivemos por quase um ano na coordenação deste serviço. Durante este período desenvolvemos um trabalho de gestão muito próximo com o apoiador institucional do serviço que também atuava como apoiador do Ministério da Saúde para a PNH. À medida que íamos escrevendo o terceiro capítulo deste trabalho, fomos nos dando conta de como este encontro influenciou tanto o tom que demos a gestão deste serviço, quanto a maneira como

direcionamos nossas análises na reta final da pesquisa. Percebemos que a PAIUAD tem muitos conceitos e proposições comuns a PNH e que nossas intervenções, enquanto gestores do CAPS AD Primavera, se voltaram para produção e fortalecimento de práticas na interseção destas políticas. Desta forma, tentamos potencializar estratégias que contribuíssem para uma dinâmica de trabalho transdisciplinar entre os profissionais deste serviço, de modo que as trocas provocadas por essa dinâmica engendrassem processos de diferenciação com força de movimentar as práticas e de estimular sua dimensão inventiva. Buscamos desestabilizar algumas práticas e processos que estavam naturalizados neste CAPS, enfrentando o desafio de tentar produzir mudanças naquilo da cultura organizacional do serviço que estava em desacordo com os princípios do SUS. Portanto, sem pretensões de estabelecer relações de causalidade, de alguma forma essa pesquisa também é uma análise das nossas próprias práticas no CAPS AD Primavera e no SUS.

Este CAPS foi o espaço concreto que nos possibilitou analisar embates relativos a questões que a PAIUAD e a PNH se propõe a sustentar, nesse sentido, as diretrizes destas políticas direcionam para uma maior “horizontalidade”, tanto na perspectiva das relações entre humanos, quanto na das relações entre instituições, dando grande importância para que as pessoas e setores conversem – assembleia e intersectorialidade. Ao discutirmos o espaço de assembleia no CAPS AD Primavera evidenciamos como este configura plano de forças entre o governo dos usuários, o governo trabalhadores e o governo de gestores. Em certos momentos os debates tendiam a uma verticalização que atualizava, na postura de alguns trabalhadores e gestores, o saber/poder médico sanitário e as relações humanas de dominação à medida em que estes atores, para fazer valer suas opiniões e decisões, tentavam controlar os usuários do serviço silenciando sua voz. Quando isso ocorria o usuário do serviço era colocado na condição de paciente subjugado as verdades do especialista ou a instituição. Por outro lado, quando as forças de horizontalização prevaleciam, a assembleia atualizava os princípios do SUS de participação e controle social que visam fazer dos próprios usuários de drogas atores ativos no monitoramento e aplicação da PAIUAD. Assim, encaramos a verticalização como um limite para implementação desta política, uma vez que restringe a participação dos usuários nos espaços coletivos e atualiza as relações de poder do dispositivo médico, ao passo que a horizontalização escapa ao controle biopolítico e possibilita o debate

coletivo e a construção de práticas de gestão comum, potencializando desta forma, a dimensão pública da PAIUAD.

Ainda pensando a horizontalidade no campo das relações entre homens, acreditamos que esta diretriz também é potencializada pelas práticas de RD, já que estas produzem saber a partir do encontro entre o conhecimento do senso comum e o conhecimento técnico-científico. Este modo de operar escapa da captura do saber/poder médico sanitário e de suas estratégias de transmissão vertical do conhecimento e controle da população, para produzir um saber através do diálogo entre diferentes formas de conhecimento que se interpenetram. Desta forma, a RD privilegia práticas de cuidado capazes de produzir modos de subjetivação mais autônomos. Além disso, também consideramos que quando RD é tomada como um método clínico-político, ela tanto atualiza diretrizes da política da PAIUAD e da PNH, quanto oferece outros dispositivos de atenção e de gestão com funções clínico-políticas que potencializam a produção de práticas mais alinhadas aos princípios e diretrizes destas mesmas políticas.

Na perspectiva das relações entre instituições, a horizontalidade nos remete a rede e ao território e, nesse sentido, o CAPS AD Primavera oscilou entre momentos mais profícuos de articulação junto a outros serviços da rede intra e intersectorial, o que potencializou não só a diretriz de horizontalidade, mas também a integralidade do cuidado, e momentos em que este serviço acabou se enCAPSulando tendo pouca abertura para o território. Pensamos que quando o CAPS AD Primavera se afasta do território e da rede, concentrando seu escopo de ações e práticas dentro de seu espaço físico, corre-se o risco de que o serviço produza práticas sem sintonia com as realidades vividas pelos usuários. Para autores como Lancetti (2008) e Lima (2010), este é um desafio que se estende a muitos CAPS. Para nós, este desafio constitui limites para intersectorialidade e integralidade do cuidado. Apontamos a aproximação com o PSF e com o PRD como um caminho que pode, ao mesmo tempo, tirar o CAPS de sua reclusão em si mesmo, e potencializar a horizontalização e integralidade do cuidado à medida que os ACS e os redutores de danos não só atuam socializando o conhecimento e distribuindo saberes, como também possuem uma relação com o campo que possibilita pensar a atenção integral não só no território, mas do território. Estes atores são catalizadores do que estes

espaços podem ter para operar um modo de cuidado construído em ambiente comunitário e em rede. Nos momentos em que a rede foi mobilizada a partir das demandas específicas de cada usuário, sem que os serviços assumissem papéis estanques ou fluxos burocráticos, o CAPS AD Primavera conseguiu produzir práticas de atenção mais efetivas.

Ao olharmos para a organização interna e para os dispositivos clínicos do CAPS AD Primavera, percebemos duas dimensões que os envolvem: uma burocrática e outra que articula clínica e política. Estas dimensões não estão separadas uma da outra e nem se opõe, mas se cruzam e se complementam, contudo, apontamos que quando há uma ênfase da dimensão burocrática nos processos que organizam o serviço e/ou nos seus dispositivos clínicos, estes correm o risco de engessamento, isto é, de se tornarem práticas que ao invés fazer deste CAPS um serviço aberto, com ofertas de cuidado flexíveis e com menor nível de exigência, fazem o contrário, dificultam o acesso e enrijecem os fluxos administrativos. Quando isso ocorre há o perigo de que os dispositivos clínicos passem a funcionar numa lógica automatizada que faz de seus operadores meros executores. Evidenciamos isso na restrição da quantidade de acolhimentos a ser realizados por turno, na maneira de escolha do TR e nas modulações de vigilância e controle que podem ser dadas a essa função, assim como no esvaziamento dos espaços de produção coletiva do serviço. A burocratização tende a produzir respostas generalizadas limitando a capacidade de se analisar as situações caso a caso e, assim, atualiza mecanismos de normalização e controle.

Num sentido contrário, a dimensão que articula clínica e política potencializa que os processos de organização interna do serviço funcionem de forma mais plástica facilitando e flexibilizando os fluxos administrativos a depender das situações que se apresentem, a exemplo de quando se realiza uma quantidade maior de acolhimentos do que a que havia sido estabelecida ou quando a escolha do TR se dá por conta do vínculo ou das propostas terapêuticas do PTS. Os dispositivos clínicos não têm valor de uso intrínseco a si mesmo, os efeitos que eles provocaram, normalizadores e automatizadores, estão atrelados a função e ao manejo que lhes são dados, assim, a função de TR pode ser tomada numa perspectiva de autossuficiência, que limita as contribuições da equipe e a autonomia do usuário, ou, pelo contrário, poder funcionar como ferramenta que ajuda na elaboração, articulação e

acompanhamento de PTS, reforçando a corresponsabilização do usuário e o poder de gestão da equipe interdisciplinar. Consideramos que composição multidisciplinar da equipe não garante o funcionamento numa perspectiva inter ou transdisciplinar, a construção de viabilidade para a chamada “transversalidade” é um desafio que encaramos a nível de gestão tentando garantir os espaços coletivos como assembleia, reunião geral de equipe e reunião de equipe de referência. Quando estes espaços possibilitavam o debate horizontal e coletivo, eles potencializavam a troca de saberes e o funcionamento interdisciplinar da equipe, inclusive resultando na invenção de novas práticas, a exemplo das reuniões de turno e do “bom dia”. Entretanto, o processo de qualificação do CAPS AD Primavera de CAPS AD II para CAPS AD III trouxe à tona a tensão entre a dimensão financeira e a dimensão clínico/política do trabalho, à medida que atualizou questões como hierarquia financeira entre as categorias profissionais e diferenças na carga horária e benefícios trabalhistas que limitaram o trabalho em perspectiva interdisciplinar durante os feriados e finais de semana.

Em linhas gerais, consideramos que quando o CAPS AD Primavera produz verticalização das relações, tinge seu fluxo interno e dispositivos de cuidados da cor cinza da técnico-burocracia e funciona de forma enCAPSulada, este serviço atualiza o saber/poder médico sanitário e suas estratégias biopolíticas de controle da população, sendo estes os principais limites e desafios para que o serviço sustente os princípios e diretrizes da PAIUAD, da PNH e do SUS. Numa direção contrária, pensamos que as linhas de fuga para estas questões enveredam pela horizontalização das relações, abertura para o território e articulação em rede e, finalmente, pela produção de práticas que articulem clínica e política a partir do campo da ética para, assim, favorecer a produção da autonomia dos sujeitos e coletividades. As análises e discussões desenvolvidas neste trabalho não tem a intenção de apontar práticas certas ou erradas, melhores ou piores, e nem pretendem ser generalizáveis a outros CAPS AD, contudo, esperamos que reflexões que produzimos aqui possam contribuir de alguma forma para fustigar novas discussões e reflexões na V Conferência Nacional de Saúde Mental, bem como também contribua para que gestores e trabalhadores da REAPS e do próprio CAPS AD Primavera revisitem suas práticas e as mantenham em movimento.

5 REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **O que é o contemporâneo? E outros ensaios**. Chapecó, SC: Argos, 2009.

ALMEIDA, Francis Moraes de. Os anormais. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, Dec. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200013&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: Oct. 2014.

ANDRADE, Tarcísio Matos. Redução de Danos: um novo paradigma? Em: NERY FILHO, A, [et al] (ORGS). **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2004. p. 87-98.

ARACAJU. Prefeitura Municipal de Aracaju. Secretaria Municipal de Saúde. Rede de Atenção Psicossocial. **Projeto Técnico do CAPS AD III**. Aracaju, 2011.

BAUDELAIRE, Charles. **Os Paraísos Artificiais**. Rio de Janeiro, Ediouro, 2005.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 561-571, Sept. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em mai. 2015.

BIRMAN, Joel. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

BLEGER, José. **Psico-higiene e psicologia institucional**. Porto Alegre, Artmed, 1984.

BRASIL. Presidência da República e Casa Civil. **Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976**. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Brasília, 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm> Acessado em: Fev. 2014.

BRASIL. Presidência da República e Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acessado em: Jan 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 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: MS, 1990. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>> Acessado em: Jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de Redução de Danos: Saúde e Cidadania**. Brasília: MS, 2001. 114p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. Brasília: MS, 2002. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8122-336.html?q=sa%C3%BAde+mental>> Acessado em: Mar 2014.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, SVS/CN-DST/AIDS. Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl. – Brasília: MS, 2004a. 66p.

_____. Lei nº. 10.216, de 6 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. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 4. ed. rev. e atual. Brasília: MS, 2004b. p. 17-20.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: MS, 2004c. 86p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Brasília: MJ, 2008.

_____. Portaria n.º 1.190, de 4 de junho de 2009, Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental** – 2004 a 2010. Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. Brasília, Ministério da Saúde. 2010a. p. 169 - 180.

_____. Presidência da República e Casa Civil. Decreto Nº 7.179, **de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e dá outras providências. Brasília, 2010b. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>
Acessado em: Abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **RDC n.º 29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Brasília: MS, 2011a. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html>
Acessado em: Mar 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.088, de 23 de novembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2011b. Disponível em:
<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>> Acessado em: Jan 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 130, de 26 de Janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: MS, 2012a. Disponível em:
<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>> Acessado em: Nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 11**, ano VII, nº 11. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2012b. Disponível em:
<www.saude.gov.br/bvs/saudemental> Acessado em: Abr. 2014.

BUJES, Maria Isabel Edelweiss. Descaminhos. Em: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). **Caminhos Investigativos II: Outros Modos de Pensar e Fazer Pesquisa em Educação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2002. Cap. I, p. 13-34.

CASTANHEDA, Carlos. **Viagem a Ixtlan**. Rio de Janeiro, Record, 1972.

CASTEL, Robert. **A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1987.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro, Garamond, 2007.

CORAZZA, Sandra Mara. Labirintos da pesquisa, diante dos ferrolhos. Em: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). **Caminhos Investigativos I: Novos olhares na pesquisa em educação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007. Cap. 5, p. 103-127

DIAS, Rafael Medeiros. **Do asilo ao CAPSad: lutas na saúde, biopoder e redução de danos**. 2008, 158 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Niterói, 2008.

ESCOHOTADO, Antonio. **Las drogas: de los orígenes a la prohibición**. Madri: Alianza Editorial, 1994.

ESCÓSSIA, Liliana da; TEDESCO, Silvia. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. Em ESCÓSSIA, Liliana; KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo (Orgs). **Pistas do Método da Cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2010. P.92-108.

FERREIRA NETO, João Leite. **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig, 2011.

FIORI, Maurício. Prazer e Risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre o uso de “drogas”. Em: LABATE, Beatriz Caiuby, GOULART, Sandra, FIORE, Maurício, MACRAE, Edward, CARNEIRO, Henrique. (Orgs.) **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador, Edufba, 2008. P. 141 – 153.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Verdade em Suspense: Foucault e os perigos a enfrentar. Em: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). **Caminhos Investigativos I: Novos olhares na pesquisa em educação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007. Cap. 3, p. 49-70.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro, Forense, 1980.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, Graal, 1984.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Petrópolis, Vozes, 1987.

_____. **História da sexualidade I: A vontade de saber.** Rio de Janeiro, Graal, Vozes, 1989.

_____. **Os Anormais: Curso no Collège de France (1974-1975).** São Paulo, Martins Fontes, 2001.

_____. **Problematização do Sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise.** Coleção Ditos & Escritos I. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2006a.

_____. **Ética, sexualidade, política.** Coleção Ditos & Escritos V. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2006b.

_____. **Nascimento da Biopolítica: Curso no Collège de France (1978-1979).** São Paulo, Martins Fontes, 2008.

GOMES, Ana Paula. *et al*, **Diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial.** Aracaju, Rodas REAPS, 2012. 27.

GUATARRI, Felix; ROLNIK, Sueli. **Micropolítica. Cartografias do desejo.** Petrópolis, Vozes, 1986.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** São Paulo, Editora Atlas S. A. 1999.

HUXLEY, Aldous. **As portas da percepção.** Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1957.

KIMATI, Marcelo. **Internações involuntárias, compulsórias e o papel do estado.** 06 de outubro de 2011. Em: < <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/radis-na-rede/internacoes-involuntarias-compulsorias-e-o-papel-do-estado>> Acessado em: Jun. 2014.

LANCETTI, Antônio. **Clínica Peripatética.** São Paulo: Hucitec, 2008.

LANCETTI, Antônio. Os riscos escondidos do crack. Em: **Revista Brasileira**, 24 de agosto de 2011. Disponível em: <http://www.revistabrasileiros.com.br/2011/08/24/os-riscos-escondidos-do-crack/#.U4xsTXJdWHg> Acessado em: Jun. 2014.

LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais. Contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Em: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec Editora, 2010. p.75-92.

LUZ, Madel Therezinha. Saúde e instituições médicas no Brasil. Em: GUIMARÃES, Renaldo (org.) **Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate**. Rio de Janeiro, Graal, 1978. p. 157-174.

MACHADO, Dagoberto de Oliveira. **Movimentos na educação física: por uma ética dos corpos**. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Porto Alegre, 2011.

MACHADO, Roberto. *et al.* **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACRAE, Edward. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. Em: SEIBEL, Sérgio Dario; TOSCANO JR., Alfredo. **Dependência de droga**. São Paulo, Atheneu, 2001, p. 25-34.

MACRAE, Edward; e SIMÕES, Júlio Assis. **Rodas de fumo: o uso de maconha entre camadas médias**. Salvador, EDUFBA, 2004.

MAGALHÃES, M. **O Narcotráfico**. São Paulo: Publifolha, 2000.

MARQUES, Amanda; MALHEIROS, Luana. Redução de Danos: uma estratégia construída para além dos muros institucionais. Em: NERY FILHO, Antônio; e VALERIO, Andréa Leite Ribeiro. (orgs). **Modulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua**. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010. p. 49-53. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Capacitacao/328365.pdf>> Acessado em: Set. 2012.

MARTINS, João Sampaio; MACARAE, Edward. Por um olhar sociocultural sobre a questão das drogas. Em: NERY FILHO, Antônio. e VALERIO, Andréa Leite Ribeiro (orgs). **Modulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua**. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010. p. 17-24. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Capacitacao/328365.pdf>> Acessado em: Set. 2012.

MICHAELIS, **Dicionário Online**. Melhoramentos, 2009. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=usu%E1rio>>. Acessado em: Jun. 2015.

- OLIEVENSTEIN, Claude. Entrevista com Claude Olievenstein. Em: NERY FILHO, Antônio et al. **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador, EDUFBA, 2009. p. 271 - 282
- PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. Em: GIOVANELLA, Ligia. et al. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p. 547-574.
- PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, 2006:40 (N Esp). P. 73-78.
- PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. Em ESCÓSSIA, Liliana; KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo (Orgs). **Pistas do Método da Cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2010. P.17-31.
- PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, Apr. 2000. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000100010&lng=en&nrm=iso>. Acessado em jun 2015.
- PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. **Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”**. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 2011. p. 154-162. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>> Acessado em: jul. 2012.
- PETUCO, Dênis Roberto da Silva; MEDEIROS, Rafael Gil. **Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Contribuições à IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. João Pessoa, 2010. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/9808-saude-mental-alcool-e-outras-drogas-contribuicao-a-iv-conferencia-nacional-de-saude-mental-intersetorial>> Acessado em out. 2012.
- POLLO-ARAUJO, Maria Alice & MOREIRA, Fernanda Gonçalves. Aspectos Históricos da Redução de Danos. Em: NIEL, Marcelo & SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008. P. 14 – 19.
- RAMMINGER, Tatiana. **Entre a normatividade e a normalidade: contribuições de G. Canguilhem e M. Foucault para as práticas de saúde**. *Mnemosine* Vol.4, nº2, 2008. p. 68-97. Disponível em:
<<http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/148>> Acessado em nov. 2014.
- RODRIGUES, Thiago. Tráfico, Guerra, Proibição. Em: LABATE, Beatriz Caiuby, GOULART, Sandra, FIORE, Maurício, MACRAE, Edward, CARNEIRO, Henrique. (Orgs.) **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador, Edufba, 2008. P. 91 – 104.

ROSEN, George. A Evolução da Medicina Social. Em: NUNES, Everardo Duarte. (org) **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo, Global, 1983. p. 25-82.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. Porto, Afrontamentos, 2002.

SILVA, Lausimary Araújo São Mateus; DOS SANTOS, Rosângela Marques et al. **Relatório de pesquisa 1: Caracterização do perfil dos usuários do CAPS AD Primavera em Aracaju/se**. Programa de Educação pelo Trabalho – Saúde/Saúde Mental – Crack, Álcool e Outras Drogas. Universidade Federal de Sergipe e Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/SE, Aracaju, 2012.

SILVA, Rosane Neves da. **A invenção da psicologia social**. Petrópolis, Vozes, 2005.

SOUZA, Tadeu de Paula. **Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade Federal Fluminense, Departamento de Psicologia, Niterói, 2007.

TEIXEIRA, Carmen. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Salvador, 2011.
Disponível em: < http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>
Acessado em 09 Fev. 2014.

TIBURI, Márcia; & DIAS, Andréa Costa. **Sociedade Fissurada: Para pensar as drogas e a banalidade do vício**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2013.

TOTUGUI, Márcia Landini; GIOVANNI, Miriam; CORDEIRO, Francisco, DIAS, Marcelo Kimati, DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais. Contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Em: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec Editora, 2010. p. 93-113.

VARGAS, Eduardo Viana. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos para uma genealogia das drogas. Em: LABATE, Beatriz Caiuby, GOULART, Sandra, FIORE, Maurício, MACRAE, Edward, CARNEIRO, Henrique. (Orgs.) **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador, Edufba, 2008. p. 41 – 64.

