

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE – UFF
CENTRO DE ESTUDOS GERAIS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**DO ASILO AO CAPSad:
LUTAS NA SAÚDE, BIPODER E REDUÇÃO DE DANOS**

Rafael Mendonça Dias

Orientadora: Prof^ª Lilia Ferreira Lobo

NITERÓI

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE – UFF
CENTRO DE ESTUDOS GERAIS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**DO ASILO AO CAPSad:
LUTAS NA SAÚDE, BIPODER E REDUÇÃO DE DANOS**

Rafael Mendonça Dias

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-graduação de Psicologia – Estudos da Subjetividade – do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do diploma de mestre em Psicologia. Linha de Pesquisa: Subjetividade, Política e Exclusão Social.

Orientadora: Prof^a Lilia Ferreira Lobo

NITERÓI

2008

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

D541 Dias, Rafael Mendonça.
Do asilo ao CAPSad: lutas na saúde, biopoder e redução de danos /
Rafael Mendonça Dias. – 2008.
158 f.
Orientador: Lilia Ferreira Lobo.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense,
Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas e
Filosofia, 2008.
Bibliografia: f. 149-158.

1. Psiquiatria - Brasil. 2. Reforma da saúde - Brasil. 3. Política de
saúde mental – Brasil. 4. Alcoolismo. 5. Dependência química. I. Lobo,
Lilia Ferreira. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de
Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

CDD 616.8917

**DO ASILO AO CAPSad:
LUTAS NA SAÚDE, BIPODER E REDUÇÃO DE DANOS.**

Rafael Mendonça Dias

Composição da Banca Examinadora:

Dra. Lilia Ferreira Lobo (UFF - Orientadora) _____

Dra. Cecília Maria Bouças Coimbra (UFF) _____

Dr. Auterives Maciel Junior (PUC-RJ) _____

Dr. Tarcísio Matos de Andrade (UFBA) _____

AGRADECIMENTOS

Um projeto de dissertação, mesmo que tenha a assinatura de uma pessoa e seja uma produção em nome próprio, é feito através de diversos encontros e só é possível pela colaboração, incentivo e o afeto de outras pessoas. Então, esses agradecimentos marcam essa caminhada, as amizades e as vitórias que foram conquistadas no percurso.

Primeiro vou falar da cidade de Salvador, que foi de onde vim, e das pessoas e coletivos que estiveram presentes no meu processo de formação política e acadêmica. Agradeço às companheiras (e os companheiros “minoritários”) do Diretório Acadêmico de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e o Coletivo da Luta Antimanicomial Eduardo Araújo, por sua prática nômade. Ao professor Marcus Vinicius de Oliveira, por levar as discussões políticas da Reforma Psiquiátrica para a graduação de Psicologia da UFBA, abrindo a possibilidade de pensar uma clínica antimanicomial.

O meu primeiro encontro com a Redução de Danos (RD) aconteceu pelo trabalho na Aliança de Redução de Danos – Fátima Cavalcanti (ARD-FC), e o contato com o coletivo de trabalhadores que realizam uma prática contagiante na saúde. Agradeço aos companheiros e amigos da ARD-FC, que impulsionaram as questões presentes neste trabalho, e pelo convívio afetuoso que me ensinou muitas lições para a vida. Faço menção especial aos amigos João Martins, Helder El Bachá, Luciana, Selma, Talita, Jamile, Aline, Lilia e Marcão.

Marcão, que foi meu supervisor no trabalho de campo na ARD-FC, é também um dos inspiradores dessa dissertação por ser altamente envolvido com a prática da Redução de Danos e com a afirmação da vida. Agradeço a ele e a todos os redutores de danos, agentes de saúde que são militantes da RD. Gostaria de fazer uma homenagem (in memoriam) para Juarez (Bruxo), redutor de danos. Lembro dele com alegria e como um batalhador que era.

Agradeço também ao professor Tarcísio Andrade, que fez parte do meu processo de formação na ARD-FC e recebeu de forma muito sensível o convite para participar da defesa de mestrado.

Ainda em Salvador, agradeço aos meus familiares Dona Zita, pelo carinho eterno, os bolos de aipim e pelo vatapá; meus pais: Geo Beleza e Margarida, pela atenção e o amor. Aos irmãos Lucas e Juliana, pelas conversas e pelos silêncios.

Aqui no Rio de Janeiro, gostaria de agradecer aos amigos que me acolheram quando cheguei de mala e cuia. Especialmente, Luis Carlos, amigo das primeiras horas, e depois os novíssimos baianos que foram chegando, João, Caio, Pirigo e Sara (quase baiana). Quase formamos uma comunidade alternativa, mas os anarquistas impediram, ainda bem.

Agradeço, também, à professora Maria Paula Cerqueira e às suas aulas de Políticas Públicas de Saúde Mental, na UFRJ, que foram muito inspiradoras na construção do projeto de mestrado. Assim como Cláudia Tallemberg, que me acolheu no estágio acadêmico na Assessoria de Saúde Mental do Rio de Janeiro.

Ao Programa de Mestrado da Universidade Federal Fluminense (UFF) e o coletivo de professores que buscam criar uma nova imagem do pensamento. À minha orientadora, Lilia Lobo, agradeço pelos encontros, mesmo antes de ingressar no mestrado, e as risadas nas longas conversas por telefone. À professora Cecília Coimbra, por aceitar o convite para a defesa, pelas dicas para o trabalho e também por ser a pessoa fantástica e lutadora que é. Ao professor Auterives Maciel, pela ajuda com alguns filósofos que habitam o texto da dissertação e pelas belas aulas de filosofia no Palácio do Catete, além das conversas sobre a Velha Bahia e o Cinema Novo. Ao professor Eduardo Passos, que foi decisivo nas mudanças do projeto e no acompanhamento do seu desenvolvimento durante o mestrado.

Aos companheiros de mestrado, já que estamos todos no mesmo barco, e os amigos que fiz nas terras de São Sebastião e de Araribóia; agradeço por me apresentar o Rio de Janeiro e Niterói e por compartilhar os estudos e os momentos felizes do mestrado. Sou muito grato e orgulhoso dessas amizades. Aquele abraço para Adriana, Jana, Alessandro, Cristiano, Ia, Pedro, Nicolau, Tarso, Joana, Cláudia, Paula, Gustavo, os Fábios, os Rafaéis e todos os outros.

Na construção da pesquisa, agradeço aos profissionais do CENTRA-RIO, que me receberam na instituição e enriqueceram a pesquisa com seus questionamentos e a luta para criar novas práticas nas políticas de saúde mental. Agradeço, especialmente, à Selma, Paula, Márcio, Ana Angélica e João Baiano, e aos trabalhadores que deram as entrevistas.

É importante ressaltar o suporte, incentivo e militância da equipe da Justiça Global, já que sem esse apoio seria impossível finalizar esse trabalho. Agradeço à Sandra, Camilla, Andressa, Luciana, Renata, Angélica, Ana Esther, Francisca, Carla, Leandra Tâmara e Kalili, por combater a barbárie e anunciar um novo dia. Por isso, é importante citar o menino Téo, filho de Tiago e Camilla, que vai ter muito que ensinar para a gente.

Ao Jom Tob Azulay pelo belo documentário Os Doces Bárbaros e a gentileza de disponibilizar uma cópia digital do seu filme.

Por fim, quero fazer um agradecimento especial para a professora Nilma Meira, pela carinhosa atenção com o texto e as contribuições importantes no seu fechamento.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo auxílio financeiro para esta pesquisa.

Dedico esta dissertação à minha querida Nathália, que com poesia viveu junto comigo as dores e as delícias na construção deste trabalho e foi a incentivadora tenaz de toda esta aventura. Outras virão por aí.

**DO ASILO AO CAPSad:
LUTAS NA SAÚDE, BIPODER E REDUÇÃO DE DANOS.**

RESUMO

Esse trabalho aborda o percurso das estratégias de Redução de Danos (RD) no Brasil enfatizando as políticas públicas de drogas que promovem interfaces com as práticas de saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad). Para isso, apresentamos as genealogias da psiquiatria brasileira e a ligação com as tecnologias políticas que se desenvolvem na modernidade. Utilizamos os conceitos propostos por Michel Foucault, a saber: as disciplinas e o biopoder, que são relacionados, na pesquisa, aos dispositivos da psiquiatria asilar e ao campo da saúde. Ao abordar as estratégias para os usuários de drogas, mapeamos como a Reforma Sanitária e os movimentos da saúde mental, entre os quais se inserem a Reforma Psiquiátrica, ampliaram os espaços de participação e criaram políticas públicas. Dessa forma, acompanhamos as lutas sociais que constituíram o Sistema Único de Saúde (SUS) e os novos dispositivos de saúde mental. Discutimos o desenvolvimento das estratégias de RD, desde a experiência da cidade de Santos em 1989, com ações de prevenção às DST/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI), até a sua transformação em paradigma das novas políticas para álcool e outras drogas. A Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003) e as determinações na política de saúde mental abrem espaço para o contato das estratégias de RD e a sua inserção no CAPSad. Nesse cenário, apontamos para a tensão entre as práticas de saúde articuladas com as ações de RD e a política dominante de guerra às drogas e abstinência. Na parte final, relatamos, analiticamente, uma experiência no trabalho de campo em RD na cidade de Salvador e os desafios para a construção de redes no território de abrangência do CAPSad, através da pesquisa de um serviço de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro.

Palavras-Chave: redução de danos, reforma psiquiátrica, biopoder, CAPSad

**FROM ASYLUM TO CAPSad:
HEALTH MOVEMENTS, BIOPOWER AND HARM REDUCTION**

ABSTRACT

This work approaches the presence of Harm Reduction (HD) strategies in Brazil through the health policies aimed at drugs users and their interface with practices of mental health in the Center of Psycho-social Attention for alcohol and other drugs (CAPSad). For that, we present the genealogies of Brazilian psychiatry and its connection with political technologies that are being developed in modern times. We use the concepts of discipline and biopower, as proposed by Michel Foucault, related to the devices of asylum psychiatry and the health field. By approaching the strategies for drug users, we identify how the Sanitary Reform and the movements of mental health, among which is the Psychiatric Reform, have broadened spaces of participation and created public policies. This way, we accompany the social fight that constituted the SUS (Brazilian National Health System) as well as new devices of mental health. We discuss the development of HD strategies since the experience that took place in the city of Santos, in 1989, with actions of prevention of STD/AIDS among users of intravenous drugs, until it was introduced as a paradigm of the new policies for alcohol and other drugs. The Policy of the Ministry of Health for whole attention of alcohol and other drugs users (2003) and the resolutions in the mental health policies gave room for HD strategies to get in contact with the public institution (CAPSad). In this scene, we also point the tension between health practices articulated with harm reduction principles and the dominating policy of "war on drugs" and abstinence. The final part is an analytical report of a field work experience with HD in the city of Salvador and the challenges of network construction in the territory covered by the CAPSad, by researching a mental health service in Rio de Janeiro.

Key words: harm reduction, psychiatric reform, biopower, CAPSad.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 – Genealogias da psiquiatria no Brasil.....	14
1.1 – A pesquisa genealógica: uma microfísica do poder.....	14
1.2 – Disciplinas e o biopoder.....	25
1.3 – Racismo de Estado.....	33
1.3.1 – <i>Homo Sacer</i>	37
1.4 – A emergência da psiquiatria – biopoder psiquiátrico.....	40
1.4.1. – Lima Barreto – um escritor no hospício.....	50
1.4.2. – Liga Brasileira de Higiene Mental.....	52
1.5 – A consolidação do modelo manicomial no Brasil.....	55
2 – Cartografia da Reforma Psiquiátrica.....	61
2.1 – A construção do mapa: a cartografia.....	61
2.2 – SUS, políticas públicas e a governamentalidade.....	65
2.3 – Lutas e produção de singularidade.....	70
2.4 – Lutas pela saúde pública.....	74
2.5 – Movimento da Reforma Psiquiátrica.....	79
2.6 – Movimentos constituintes e o CAPSad.....	82
2.6.1 A Política do MS para Álcool e outras Drogas e o CAPSad.....	90
3 – Composição da RD e os movimentos na saúde.....	93
3.1 – Programa Nacional de AIDS (PN-DST/AIDS) e os redutores de danos.....	93
3.2 – As pesquisas entre os UDIs – Projeto Brasil.....	95
3.3 – Práticas transversais.....	99
3.4 – Práticas judiciais contra o Movimento Constituinte.....	103
3.5 – Usos e políticas de drogas.....	106
3.6 – Guerra às drogas e criminalização.....	112
4 – Práticas de Redução de Danos – ARD-FC e CENTRA-RIO.....	118
4.1 – Aliança de Redução de Danos – Fátima Cavalcanti (ARD-FC).....	119
4.2 – CENTRA-RIO – CAPSad.....	125
4.2.1 – As supervisões no CENTRA-RIO.....	133
4.2.3 – A Redução de Danos no CENTRA-RIO.....	138
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	144
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	149
ANEXOS.....	160
1 – Termo de consentimento.....	161
2 – Questionário de pesquisa.....	162
3 – Proposta de projeto: Oficina aberta sobre promoção à saúde.....	163
4 – Plano emergencial de reestruturação da recepção do CAPSad.....	164

INTRODUÇÃO

O tema da dissertação analisa as estratégias de Redução de Danos (RD) e sua inserção nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPSad), contextualizando-as no movimento da Reforma Psiquiátrica e suas relações e rupturas com as heranças históricas do biopoder psiquiátrico. Para isso, inicialmente, fazemos um percurso genealógico das práticas psiquiátricas no Brasil, indo da instituição asilar clássica até os movimentos de saúde que criam os novos dispositivos da reforma psiquiátrica para usuários de álcool e outras drogas. Em seguida, discutiremos as práticas da RD nos serviços de saúde, a partir do relato de experiências em duas cidades brasileiras.

Os novos dispositivos de cuidado disparados pela reforma psiquiátrica e as políticas de álcool e outras drogas serão analisados tendo como principal ferramenta teórica o conceito de biopoder proposto por Michel Foucault. O conceito de biopoder será entendido como estratégias de controle sobre os fenômenos da vida, e o de biopolítica como modos de resistência próprios da vida ao controle operado pelo Estado. Ou seja, invertendo as relações de poder e dominação que o Estado produz, associado ao funcionamento do capitalismo contemporâneo.

Para a contextualização e dimensionamento do complexo processo de mudanças que propiciaram a construção de uma rede de atenção aos usuários de drogas, convém assinalar alguns momentos marcantes do processo de reforma psiquiátrica, a qual se tornou possível através de lutas coletivas na saúde pública e dos movimentos que construíram politicamente o SUS.

As práticas de RD tiveram na Constituição Federal de 1988 (Constituição cidadã) e a partir da consolidação do SUS um grande amparo legal no sentido da universalização, equidade e acesso à saúde pública. No Artigo 196 da Constituição Federal, a saúde é descrita como um direito de todos e um dever do estado, que deve ser garantida “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças e outros agravos e o acesso universal às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

A Redução de Danos (RD) é uma estratégia de saúde pública¹ que visa reduzir os danos à saúde em decorrência de práticas de risco, como o uso de drogas lícitas ou ilícitas, tais como o álcool, *crack* e drogas injetáveis (DI). As práticas da RD são baseadas em ações no território onde os usuários vivem e através de redes sociais articuladas nesses espaços. O protagonismo e a cooperação dos usuários são fundamentais para o desenvolvimento das estratégias de RD.

A RD começa como prática de saúde em 1989, com ações de troca de seringas na cidade de Santos para usuários de drogas injetáveis (UDI). No entanto, é somente em 1º de julho de 2005 que o Ministério da Saúde edita a Portaria nº 1.028, que define “as ações de redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, compreendam uma ou mais das medidas de atenção integral à saúde [...] praticadas respeitando as necessidades do público alvo e da comunidade”. A partir disso, institui-se a RD como prática de saúde pública nacional e incentiva-se sua articulação com outros programas da rede de saúde, como os serviços de saúde mental (Portaria nº 1059 do MS) e o PACS/PSF, em consonância com os princípios do SUS de universalização, integralidade e equidade.

O movimento instituinte da reforma psiquiátrica, no Brasil, produziu mudanças no aparelho de Estado, como as que se configuraram na Lei nº 1.026/01, que institui a reforma psiquiátrica, e na implantação de Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSad). 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.

As estratégias de RD aparecem nesse momento como um aspecto importante no CAPSad e na integração com outros programas de saúde pública. Através do relato das práticas em RD na cidade de Salvador, vamos analisar o cenário do Rio de Janeiro e das políticas públicas de saúde. Interessa-nos saber como um serviço de saúde mental do estado constrói a articulação com as estratégias de RD.

O texto da dissertação será desenvolvido na seqüência abaixo apresentada.

¹ A Redução de Danos faz parte das estratégias de saúde do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde e da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003).

No capítulo 1, apresentamos as genealogias da psiquiatria no Brasil e as tecnologias políticas - as disciplinas e o biopoder - que acionam relações de poder na sociedade, o processo de medicalização e a politização da vida no contemporâneo.

No capítulo 2, acompanhamos as linhas políticas dos movimentos sociais na saúde, como a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica brasileira, que participam do processo de democratização e constituição do SUS, além da criação de políticas públicas de saúde no Brasil. Os movimentos coletivos na saúde abrem espaço para as práticas de RD e, na atualidade, promovem articulação com as políticas de saúde mental.

No capítulo 3, abordamos a composição das práticas de RD no Brasil e as suas alianças políticas no desenvolvimento das ações. A RD nasce dentro das políticas de saúde para enfrentar a epidemia da AIDS no final da década de 1980. Também analisamos as formas sociais que constroem as estratégias da RD nas políticas de álcool e outras drogas, que estão presentes no paradigma da abstinência e nas ações de guerra às drogas.

No capítulo 4, relatamos a experiência na Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC) e o trabalho de campo no Centro de Tratamento e Reabilitação de Adictos (CENTRA-RIO), que possibilitará uma visão das práticas atuais na saúde mental e como as práticas de RD podem estar presentes nesses espaços. Para documentar essa experiência realizamos 11 entrevistas com os trabalhadores desse serviço e também utilizamos diários de campo.

Ressaltamos que o tema da pesquisa é fruto de uma série de questionamentos éticos e políticos realizados a partir de experiências vividas na cidade de Salvador, como a militância no movimento da Luta Antimanicomial, participação em grupos de estudos e principalmente, o estágio no campo das políticas de álcool e outras drogas na ARD-FC. Este trabalho se pauta pela educação em saúde, tendo como princípios a cidadania, os direitos humanos, a autonomia e acesso dos usuários de drogas aos serviços de saúde pública, assim como a ativação de redes comunitárias. O trabalho de campo realizado neste projeto permitiu uma visão da interface entre os serviços de saúde e o trabalho no território, que é possível com o método da RD.

Nossos questionamentos se voltam para os desafios da política de saúde mental em curso no Brasil que podem configurar novas formas de cuidado em relação aos usuários de drogas nos CAPSad. Defendemos que a estratégia de RD pode fortalecer redes e fazer uma linha de fuga na clínica e na política de drogas do Brasil, acionar movimentos e lutas coletivas na saúde pública.

1 – GENEALOGIAS DA PSIQUIATRIA NO BRASIL

Chamemos, se quiserem, de “genealogia” o acoplamento dos conhecimentos eruditos e das memórias locais, acoplamento que permite a constituição de um saber histórico das lutas e a utilização desse saber nas táticas atuais.

Michel Foucault

1.1 – A pesquisa genealógica: uma microfísica do poder

A genealogia é cinza, como são os documentos esquecidos em algum arquivo à espera de um pesquisador atento. Documentos perdidos, amontoado de papéis que não servem mais às instituições que os produziram, mas que carregam a marca do poder que elas exerceram. Teses médicas, regulamentos, pareceres e prontuários que hoje nos parecem risíveis e, no entanto, produziram práticas sociais poderosas.

Foucault nos diz que a genealogia é “meticulosa e pacientemente documentária. Ela trabalha com pergaminhos embaralhados, riscados, várias vezes reescritos” (FOUCAULT, 2005a, p. 15). Assim falava Nietzsche na sua genealogia da moral (1999, p. 13) acerca da “coisa documentada, o efetivamente constatável, o realmente havido, numa palavra, a longa, quase indecifrável escrita hieroglífica do passado moral humano!” Será que a história da psiquiatria asilar tem também na cor cinza a expressão do seu saber e das suas instituições?

Quem já entrou em um manicômio ou hospital psiquiátrico já deve ter sentido o cheiro acre e a gravidade que emanam desses lugares. Cores frias nas paredes, nas faces, em médicos, psicólogos, técnicos e pacientes. Um quadro, certamente, onde as luzes de Van Gogh não conseguiram penetrar. Um cinza sobre cinza² que nos faz crer, ao menos por um segundo, que ao invés de uma “casa de saúde” acabamos, por descuido, de penetrar numa prisão³.

Deleuze, em seu livro sobre Foucault, diz que este “sempre soube pintar quadros maravilhosos como fundo de suas análises” (DELEUZE, 1998, p. 33). Do vermelho dos suplícios ao cinza da disciplina. Enquanto a análise torna-se cada vez mais microfísica, os quadros tornam-se cada vez mais físicos. A sutileza de Foucault está em apresentar as forças

² Deleuze refere-se ao “cinza sobre cinza das prisões” (DELEUZE, 1998, p.34).

³ Lima Barreto narra a visão do hospício: “No primeiro aspecto, não se compreendia bem esse pasmo, esse espanto, esse terror do povo por aquela casa imensa, severa e grave, meio hospital, meio prisão, com seu alto gradil, suas janelas gradeadas, a se estender por uns centos de metros, em face do mar imenso e verde, lá na entrada da baía, na Praia das Saudades”. (BARRETO, 1998, p. 62).

que compõem o quadro, como aquelas que estão vivas nas instituições psiquiátricas, evidenciando no seu processo de produção as forças que a atravessam. Isso impede as tentativas de naturalização das produções sociais e históricas – como são a prisão e o hospício.

Na sua pesquisa genealógica, o que interessa são os abalos, as rupturas e descontinuidades do saber e do poder contra a regularidade triunfante de um saber científico que tudo quer englobar. Por isso, o genealogista investiga as resistências e as lutas no interior das relações de poder.

Um genealogista se ocupa das minúcias, das tensões e lutas que atravessam o corpo do saber e do poder. Da mesma forma é preciso acompanhar as linhas que essas forças desenham no *socius*. Os pequenos deslocamentos podem produzir grandes terremotos. Ali, onde parece anunciar-se uma continuidade, o genealogista marca uma ruptura, um corte. “Daí, para a genealogia, um indispensável demorar-se: marcar a singularidade dos acontecimentos, longe de toda finalidade monótona” (FOUCAULT, 2005a, p. 15).

A pesquisa genealógica é, também, uma batalha política que se evidencia na insurgência dos “saberes sujeitados” contra a identidade monolítica da ciência. Os saberes sujeitados são aqueles conteúdos históricos que foram mascarados por uma coerência funcional ou em sistematizações formais, como marca Foucault nos saberes expressos na “vida dos homens infames” (FOUCAULT, 2006c), em que o poder joga luz sobre vidas até então obscuras, fazendo-as brilhar, às vezes tragicamente, na sua singularidade. Existências que estão destinadas a passar sem deixar rastro na história e foram trazidas à luz por seus embates com o poder. Tais homens sem glória alguma (pederastas, agiotas, bêbados) não se parecem em nada com figuras solenes da soberania. Esses saberes minoritários⁴ foram sufocados pela história monumental dos grandes feitos, que reduzem todas as lutas e rapinas do processo histórico a uma conseqüente pacificação conciliadora.

No entanto, é ainda pela história que temos a possibilidade de descobrir as fendas e rachaduras provocadas por lutas desses “saberes desqualificados”. É na verificabilidade dos documentos históricos que o inaudito pode se apresentar como uma memória bruta dos combates. São nesses papéis riscados, embaralhados uns sobre os outros, que se fez ver a maneira pela qual o saber da loucura foi silenciado historicamente em nome da razão – como

⁴ Sobre essa questão, Guattari expõe: “Quanto à ‘minoria’ e à ‘marginalidade’, eu veria ‘minoria’ mais no sentido de um devir, um devir minoritário (exemplos: um devir minoritário para a literatura, que seria uma saída para as redundâncias dominantes, um devir-criança, um devir-multidão, etc.), enquanto que ‘marginalidade’ seria mais sociológico, mais passivo” (GUATTARI e ROLNIK, 2005, p.143).

mostra Foucault na sua *História da loucura* (1978), assim também aparecem as resistências e lutas dos considerados “desviantes” numa sociedade que prima pela norma.

Nesse sentido, a perspectiva genealógica proposta por Foucault marca muito bem o que vêm a ser esses “saberes sujeitados”, saberes que vêm de baixo, da sujeira, que são sujos de sangue e da poeira cinzenta⁵, e estão ligados à própria experiência do médico, do enfermeiro e do psicólogo, mas também de outro lado, do louco, do marginal ou mesmo do “drogado”, ou seja, dessas “existências infames”. Experiências que promovem efeitos de crítica nas forças instituídas (LOURAU, 1975). Isso é afirmado por Foucault nessa passagem com grande força de análise:

E foi pelo reaparecimento desses saberes de baixo, desses saberes não qualificados, desses saberes desqualificados mesmo, foi pelo reaparecimento desses saberes: o do psiquiatrizado, o do doente, o do enfermeiro, o do médico, mas paralelo e marginal em comparação ao saber médico, o saber do delinqüente, etc. – esse saber que denominarei, se quiserem, o “saber das pessoas” (e que não é de modo algum o saber comum, um bom senso, mas, ao contrário, um saber particular, um saber local, regional, um saber diferencial, incapaz de unanimidade e que deve sua força apenas à contundência que opõe a todos aqueles que o rodeiam) –, foi pelo reaparecimento desses saberes locais das pessoas, desses saberes desqualificados, que foi feita a crítica (FOUCAULT, 2005b, p. 12).

A genealogia, como atitude de pesquisa, coloca-se contra os poderes centralizadores da ciência positiva. Dessa maneira, as genealogias são, de forma precisa, “anticiências”. Lutam contra os efeitos políticos da institucionalização e também em relação ao funcionamento dos discursos científicos com estatuto de verdade numa sociedade centrada no controle – como é a nossa. Essa institucionalização e as verdades científicas investem sobre esses saberes minoritários com uma força quase irresistível.

A partir do trabalho empreendido na *História da loucura* (1978), Foucault evidencia o longo caminho que a loucura atravessou da *Stultifera navis*⁶ – a senhora das passagens – até a rigidez do asilo. O louco transformou-se em objeto do saber e do poder médico. O murmúrio da loucura foi abafado pela marcha triunfante da razão. O enunciado do louco transformou-se em sintoma de “doença mental”; suas produções singulares, em evidência de alienação e ausência de obra.

As prisões se multiplicaram no corpo e nas palavras, aí o poder potencializa sua norma. Foucault pretende, com sua genealogia do poder, fazer emergir

[...] saberes locais, descontínuos, desqualificados, não-legitimados, contra a instância teórica unitária que pretende filtrá-los, hierarquizá-los, ordená-los, em

⁵ O suplício de Damiens é descrito por Foucault no livro *Vigiar e punir* (FOUCAULT, 1987, p. 9).

⁶ A Nau dos Loucos descrita na *História da loucura* (FOUCAULT, 1978, p. 3).

nome de um conhecimento verdadeiro, em nome de uma ciência verdadeira que seria possuída por alguns (FOUCAULT, 2005b, p. 13).

A análise microfísica do poder ensejada pela genealogia, é importante que se diga, não expressa uma preocupação unicamente com as pequenas coisas. Não é uma micro-análise das instituições que se opõe a uma macro-análise do Estado. A questão, aqui, é de método (sistemas de referência⁷) e não de escala ou dimensão do “objeto” de pesquisa. Com efeito, a microfísica do poder busca perscrutar as forças, traçar as genealogias das formações históricas⁸, cartografar mais os movimentos e as relações do que as formas instituídas. Dessa maneira, ela parte da dispersão das forças sociais para chegar aos estratos que foram sedimentados como regularidades históricas. Deleuze revela que os “estratos são formações históricas, positivities ou empiricidades. ‘Camadas sedimentares’, eles são feitos de coisas e palavras, de ver e de falar, de visível e de dizível” (DELEUZE, 1998, p. 57).

Por isso, é possível realizar uma análise microfísica da formação do Estado, como fez Foucault ao investigar o lento caminho do poder pastoral⁹ e a configuração do Estado moderno. O Estado não é compreendido por ele a partir de uma teoria geral, de onde derivaria uma essência política. Nesse sentido, o modo de governo propiciado pelo poder pastoral, como um astucioso processo de individualização e totalização da população, é uma racionalização política incorporada pelo Estado à sua governabilidade.

Isso se deve ao fato de que o Estado moderno ocidental integrou numa nova forma política uma antiga tecnologia de poder, originada nas instituições cristãs. Podemos chamar essa tecnologia de poder pastoral (FOUCAULT, 1995, p. 236).

Surge a criação de uma tecnologia política de guiar o rebanho, que, ao mesmo tempo, visa conduzir todos e cada um para a salvação. “O poder pastoral não é apenas uma forma de poder que comanda; deve também estar preparado para se sacrificar pela vida e pela salvação do rebanho” (*Ibidem*).

Refinando a argumentação em relação à tecnologia do poder pastoral, Foucault afirma que o Estado moderno leva em conta a vida dos indivíduos para capturá-las dentro dessa sofisticada máquina de centralização política, integrando-as a uma nova forma a partir de

⁷ Deleuze e Guattari afirmam que: “A diferença entre uma macro-história e uma micro-história não concerne de modo algum ao tamanho das durações consideradas, o grande e o pequeno, mas sistemas de referência distintos, conforme se considere uma linha sobrecodificada de segmentos ou um fluxo mutante de quanta”.. Esses fluxos de quanta são forças não-quantificáveis por formas como classe, Estado, infra-estrutura, mas que na sua microfísica promovem transformações nas formas molares e atravessam o próprio Estado. (DELEUZE e GUATTARI, 1996, p.101)

⁸ Para Michel Foucault: “A genealogia é a história como um carnaval organizado” (FOUCAULT, 2005a, p. 34).

⁹ A partir do século XVIII, no poder pastoral da cristandade, se evidencia o surgimento de uma tecnologia de poder sobre o homem que opera entre a população e o indivíduo a partir de uma análise minuciosa desses dois pólos.

modelos específicos. Segundo ele, “podemos considerar o Estado como a matriz moderna da individualização ou uma nova forma de poder pastoral” (FOUCAULT, 1995, p. 237). Assim aparecem as forças históricas que na modernidade configuram-se como um mecanismo de poder e um novo modo de governo incorporado ao Estado.

Através da perspectiva genealógica, o filósofo também empreendeu uma análise microfísica das tecnologias políticas modernas, tais como a *sociedade disciplinar* em obras como *Vigiar e punir* (1987), *O poder psiquiátrico* (2006b); e do *biopoder* em *História da sexualidade I* (2006a), *Em defesa da sociedade* (2005b), *Nacimiento de la biopolitica* (2007), e *Segurança, território e população* (2004), só para citar alguns trabalhos.

Essas análises não tomam o poder como uma propriedade de alguns e que faltaria a outros, mas como relações estratégicas. Por isso, para Foucault o poder não é o primado da propriedade. Na análise foucaultiana, o exercício do poder não nasce de uma relação contratual entre o povo e o soberano, mas surge em ato por efeito de práticas. As estratégias de poder se exercem em diferentes espaços sociais, sejam nas prisões, escolas, hospícios, ou mesmo numa relação de amizade ou familiar. Dessa forma, as práticas produzem relações de poder, ao mesmo tempo em que são criados modos de resistência.

Ao traçar o exercício do poder dessa maneira, Foucault enfatiza no seu trabalho os termos: estratégias, táticas e relações de forças. Essas relações estratégicas, já que o poder não é absoluto e repressivo, funcionam como um sistema instável e dinâmico, um arranjo aberto a múltiplas resistências, que sofrem interferências de todos os lados. Algo sempre escapa nas relações de poder, parece escoar pelas suas frestas para formar outros traçados. Podemos notar essas estratégias que invertem as relações de poder nessa passagem do texto de Deleuze e Guattari:

A análise das “disciplinas” ou micropoderes, segundo Foucault (escola, Exército, fábrica, hospital, etc.), atestam esses “focos de instabilidade onde se afrontam reagrupamentos e acumulações, mas também escapadas e fugas, e onde se produzem inversões” (DELEUZE e GUATTARI, 1996, p. 106).

Considerando o que foi dito, estamos interessados, como nos ensina Foucault, nas forças que promovem escapadas, resistências, linhas de fuga que produzem novas práticas sociais e outros territórios existenciais (ROLNIK, 2007).

As relações de poder não estão baseadas na violência, mas têm nas manifestações de violência a sua zona limítrofe. É necessário certo grau de liberdade para que as relações de poder sejam possíveis, uma vez que a relação baseada na violência “fecha todas as possibilidades; não tem, portanto, junto de si, outro pólo senão aquele da passividade”

(FOUCAULT, 1995, p. 243). As resistências estão sempre presentes como possibilidades abertas nas relações de poder.

Com efeito, não existe uma exclusão entre processos de libertação e relações de poder, mas um jogo complexo de ações, ou melhor, a possibilidade da condução de condutas de si e dos outros, que, por sua vez, não estão centradas na coerção ou na violência. Em situações clássicas de violência e coerção, como é o caso da escravidão, não há espaço para as relações de poder. Para que elas sejam atuantes é necessário que exista, em última análise, a produção de novas relações, a possibilidade de fuga.

Podemos afirmar que o poder funciona em relação produtiva a partir de múltiplas formas de resistência. As relações de poder se exercem de maneira coextensiva no conjunto das redes sociais, o que implica, também, de forma imanente, processos de resistência que promovem a criação de redes cooperativas diante das relações de assujeitamento e controle. Por isso, “para pensar as relações de poder, talvez devêssemos investigar as resistências e as tentativas de dissociar essas relações” (FOUCAULT, 1995, p. 234).

Aqui, é preciso frisar, que apesar de ser caracterizado como o pensador do poder, Foucault marca de maneira precisa qual é o objetivo principal de seu trabalho no texto *O sujeito e o poder* (1995). Diz ele que seu esforço “não foi analisar o fenômeno do poder nem elaborar os fundamentos de tal análise” (FOUCAULT, 1995, p. 232). Seu trabalho está preocupado em “criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos se transformaram em sujeitos” (*Idem*). Ou seja, como é possível na contemporaneidade a constituição de um *governo da individualização*, uma tecnologia política que produz subjetividades e também formas de assujeitamento. De sua maneira, Guattari analisa essas produções de subjetividades como processos de assujeitamento da individualização social que funcionam em nível micropolítico (GUATTARI, 2007, p. 39). Nesse sentido, as lutas transversais da atualidade resistem ao processo de assujeitamento e controle, e apostam em outros modos de produção de subjetividade.

São lutas que questionam o estatuto do indivíduo: por um lado, afirmam o direito de ser diferente [...]. Por outro lado, atacam tudo aquilo que separa o indivíduo, que quebra sua relação com outros [...], força o indivíduo a voltar para si mesmo e o liga à sua própria identidade de modo coercitivo (FOUCAULT, 1995, p. 234-235).

Tendo em vista essas palavras de Foucault, quando falamos na pesquisa de subjetivação, queremos apontar para um processo de produção que rompe com a subjetividade – sendo esta considerada enquanto interioridade que remete, necessariamente, a um sujeito do conhecimento já dado ou a uma identidade estabelecida. O conceito de subjetivação, por outro

lado, exprime a noção da subjetividade produzida de modo impessoal por diversas instituições sociais.

Dessa forma, apontamos para as relações de resistência aos modos de subjetivação/assujeitamento produzidos nos dispositivos disciplinares e de controle social. Na atualidade, esses dispositivos sociais também estão ligados ao funcionamento do capitalismo contemporâneo que engloba, também, as experiências do socialismo burocrático, o que Guattari chamou de Capitalismo Mundial Integrado (CMI).

A produção de subjetividade pelo CMI é serializada, normalizada, centralizada em torno de uma imagem, de consenso subjetivo referido e sobrecodificado por uma lei transcendental. Esse esquadramento da subjetividade é o que permite que ela se propague em nível da produção e do consumo das relações sociais, em todos os meios (intelectual, agrário, fabril, etc.) e em todos os pontos do planeta (GUATTARI e ROLNIK, 2005, p. 48).

As resistências e as lutas micropolíticas produzem “modos de subjetivação originais e singulares, processos de singularização subjetiva” (GUATTARI e ROLNIK, 2005, p. 54). Essas produções tentam escapar e furar o cerco operado pelos modelos dominantes disseminados pela lógica binária do CMI. Guattari articula, dessa forma, as resistências e os processos de singularização. Ele explica:

O que estou chamando de processos de singularização é algo que frustra esses mecanismos de interiorização dos valores capitalísticos, algo que pode conduzir à afirmação de valores num registro particular, independente das escalas de valor que nos cercam e espreitam de todos os lados (GUATTARI e ROLNIK, 2005, p. 55-56).

A subjetivação é um processo de produção social, no qual a *função indivíduo* criada na modernidade é um dos seus efeitos possíveis. A crítica foucaultiana aponta para as resistências da atualidade e marca que “a luta contra as formas de sujeição – contra a submissão da subjetividade – está se tornando cada vez mais importante [...]” (FOUCAULT, 1995, p. 236).

Nesse caminho, à procura das resistências aos modos de dominação, Foucault se interessa pelas práticas de si e pelos processos de subjetivação na Antiguidade que abrem perspectivas de analisar eticamente o presente em que vivemos. Essas pesquisas estão inseridas nas suas últimas obras – *História da sexualidade – A vontade de saber; O uso dos prazeres; O cuidado de si*.

Nessas obras, ele vai traçar a maneira pela qual as práticas de si constituem uma ética e produzem modos de subjetivação. A partir da pesquisa histórica das práticas de si e o domínio em relação aos prazeres (*aphrodisia*) entre os gregos, vemos o desenvolvimento de uma estética da existência na Antiguidade Clássica greco-romana.

Os gregos construíram um regime dos prazeres, no qual os homens livres, a partir de práticas de si, buscam atingir a temperança (*enkrateia*) em relação aos prazeres apetitosos (comida, bebida e sexo).

Os atos sexuais devem, portanto, ser submetidos a um regime extremamente cauteloso. Mas esse regime é bem diferente daquilo que poderia ser um sistema prescritivo que procurasse definir uma forma ‘natural’, legítima e aceitável das práticas (FOUCAULT, 2005d, p. 127).

Essas práticas para os gregos não eram prescritivas ou normativas, mas constituíam modos de subjetivação ligados ao cuidado de si diante dos prazeres que poderiam usufruir enquanto homens livres, tais como a relação sexual extraconjugal, a relação com rapazes, a relação com o corpo e a verdade – questão muito cara aos filósofos.

Essa relação ética com os prazeres evidencia como as práticas implicam diferentes modos de subjetivação através da criação de um cuidado de si. O “uso dos prazeres” dos gregos é muito distinto da hermenêutica do sujeito empreendida pela moral cristã. O cristianismo produziu, posteriormente, um indivíduo inteiramente novo em que o prazer é associado ao mal e ao pecado. Os códigos morais da cristandade pregam a abstinência e a castidade em relação aos prazeres da carne de maneira normativa (SISSA, 1999). Surge, na era cristã, um novo modo de relação consigo mesmo que passa pela inquirição dos desejos da carne – espaço da interioridade e investigação dos pensamentos, sentimentos e intenções –, ou seja, a criação de uma hermenêutica do desejo.

Deleuze, lendo a obra de Foucault, apresenta as dobras operadas pelos processos de subjetivação nos gregos e nos cristãos, e propõe uma distinção entre a relação com o prazer e o desejo, assim como, saber e verdade:

A fórmula mais geral da relação consigo é: o afeto de si consigo, ou a força dobrada, vergada. A subjetivação se faz por dobra. Mas há quatro dobras, quatro pregas da subjetivação – tal como os quatro rios do inferno. A primeira concerne à parte material de nós mesmos que vai ser cercada, presa na dobra: para os gregos, era o corpo e seus prazeres, os *aphrodisia*; mas, para os cristãos, será a carne e seus desejos; o desejo, uma modalidade substancial completamente diferente. A segunda dobra é a relação das forças, no seu sentido mais exato; pois é sempre segundo uma regra singular que a relação de forças é vergada para tornar-se relação consigo; certamente não é a mesma coisa quando a regra eficiente é natural, ou divina, ou racional, ou estética... A terceira dobra é a do saber, ou dobra da verdade, por construir uma ligação do que é verdadeiro com o nosso ser, e de nosso ser, que servirá de condição formal para todo o saber, para todo o conhecimento: que não se faz da mesma maneira entre os gregos e entre os cristãos, em Platão, Descartes ou Kant. A quarta dobra é o próprio lado de fora [...] (DELEUZE, 1998, p. 11).

Saltando da Antigüidade e das práticas cristãs, aqui enunciadas, para o século XIX, vemos a consolidação de um saber científico sobre o homem, da constituição da

individualidade e da individualidade normal ou anormal, do sujeito perigoso e desviante que nasce com as práticas de controle e vigilância. Essas práticas sociais constituem modos de subjetivação que são próprios das sociedades disciplinares, que constituem inúmeras instituições sociais do século XIX e estão vivas até o presente. Podemos ver essas práticas na prisão e no asilo.

Essas relações de poder são visíveis no tratamento e governo dos usuários de drogas nos dispositivos disciplinares, que aprofundaram modos de sujeição, e também de subjetividades construídas por essas práticas sociais, presentes na política de abstinência guiada por regras morais e práticas de seqüestro.

A relação entre prazer e pecado também está presente nas “comunidades terapêuticas” de orientação religiosa, que pregam a abstinência para os usuários de drogas como único caminho a ser seguido. Essas práticas, muitas vezes, reeditam o funcionamento de um poder pastoral no governo dos indivíduos, como é o caso dos usuários de drogas, associando prazer com o pecado e encaminhando o rebanho para a “salvação” através da abstinência. O desafio é promover novos modos de subjetividade, processos singulares que desviem das identidades que esse tipo de poder quer firmar como verdadeiras. Entre elas, podemos destacar, em relação aos usuários de drogas, a criação de identidades vinculadas à doença, ao crime e ao pecado.

Podemos entender, a partir disso, que o próprio sujeito do conhecimento nunca é preexistente na relação, mas também é produzido pelo efeito de práticas sociais, sejam elas judiciárias e científicas. Como Foucault afirma na conferência realizada no Rio de Janeiro em 1973:

Meu objetivo será mostrar-lhes como as práticas sociais podem chegar a engendrar domínios de saber que não somente fazem aparecer novos objetos, novos conceitos, novas técnicas, mas também fazem nascer formas totalmente novas de sujeitos e de sujeitos de conhecimento (FOUCAULT, 2005c, p. 8).

As práticas científicas são validadas socialmente por seu regime de verdade, seu jogo de poder que produz uma verdade. Dessa forma, não podemos esquecer que em toda produção de saber existe uma relação de poder que está em jogo, ou mesmo, uma prática ética que se quer afirmar. “Pode-se falar do caráter perspectivo do conhecimento porque há batalha e o conhecimento é o efeito dessa batalha” (FOUCAULT, 2005c, p. 25).

Esses conceitos serão analisados nos próximos capítulos, no contexto das estratégias de saber-poder da psiquiatria, ao tempo que buscaremos problematizar as transformações que o movimento da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos (RD) produzem atualmente na

clínica e na política de drogas. O contexto histórico abordado não será a totalização ou uma formação linear, mas sim por agenciamentos e rizomas¹⁰. A construção de agenciamentos rizomáticos no plano da história provoca fraturas na concepção teleológica do processo histórico, guiada para alguma finalidade e organizada de maneira determinista e mecânica, pois um “rizoma não cessaria de conectar cadeias semióticas, organizações de poder, ocorrências que remetem às artes, às ciências, às lutas sociais” (DELEUZE e GUATTARI, 1995, p. 15-16).

A abordagem genealógica encara a história em processo de devir, que não mantém uma imagem sempre fixa e imutável, mas como num caleidoscópio que cria novas formas nunca vistas antes. Em relação ao caminho das práticas contemporâneas em saúde mental e o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil junto com as estratégias de RD, vamos insistir na análise a partir das práticas “minoritárias” e parciais que funcionam como o “remanejamento do caleidoscópio, e não continuação de um crescimento” (VEYNE, 1982, p. 173).

Como nos ensina Nietzsche na *Segunda consideração intempestiva – Da utilidade e desvantagem da história para a vida* (2003), ao apresentar três espécies de usos da história: monumental, antiquária e crítica. Nietzsche está preocupado com o peso que a história pode exercer na construção do inaudito, na constituição de novas formas de viver o presente, com uma palavra, na criação. Para ele, a história crítica pode prestar serviços à vida. Por isso, na passagem dessa consideração ele aponta que:

[...] o autêntico historiador precisa ter a força para converter o que é conhecido por todos em algo inaudito; a força para anunciar o universal de maneira tão simples e profunda que não vê a simplicidade para além da profundidade e a profundidade para além da simplicidade (NIETZSCHE, 2003, p. 56).

Os períodos históricos demarcados aqui fazem parte da conceituação do “objeto” de investigação, porém as ligações entre eles serão definidas no caminho da pesquisa. Se existe um *a priori*, ele está evidenciado na dispersão de forças históricas, como podemos ver nessa passagem da *Arqueologia do saber* (1972):

A priori, não de verdades que poderiam nunca ser ditas, nem realmente dadas à experiência; mas de uma história que é dada, já que é das coisas efetivamente ditas. A razão para usar esse termo um pouco impróprio é que o *a priori* deve dar conta dos enunciados em sua dispersão, em todas as falhas abertas por sua não-coerência, em seu cruzamento e sua substituição recíproca, em sua simultaneidade que não é

¹⁰ Assim nos indicam Deleuze e Guattari: “Os diagramas arborescentes procedem por hierarquias sucessivas, a partir de um ponto central ao que remete cada elemento local. Os sistemas em rizoma ou em “treliça”, ao contrário, podem derivar infinitamente, estabelecer conexões transversais sem que se possa centrá-los ou cercá-los”. (GUATTARI e ROLNIK, 2005 p. 387-388).

unificável e em sua sucessão que não é dedutível; em suma, tem que dar conta do fato de que o discurso não tem apenas um sentido ou uma verdade, mas uma história, e uma história específica que não o reconduz às leis de um devir estranho” (FOUCAULT, 1972, p. 158).

O historiador Paul Marie Veyne, no seu célebre escrito *Foucault revoluciona a História*, enfatiza como a perspectiva genealógica empreendida pelo filósofo está voltada para as práticas, ou seja, aquilo que os homens fazem:

A história-genealógica a Foucault preenche, pois, completamente o programa da história tradicional; não deixa de lado a sociedade, a economia, etc., mas estrutura essa matéria de outra maneira: não os séculos, os povos, nem as civilizações, mas as práticas; as tramas que ele narra são as histórias das práticas em que os homens enxergam verdades e das suas lutas em torno dessas verdades (VEYNE, 1982, p. 180).

Para analisar, na atualidade, as mudanças políticas da saúde mental, os dispositivos de saúde como o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad) e as lutas na saúde empreendidas pelo movimento da Redução de Danos (RD), vamos olhar para as proveniências históricas do saber psiquiátrico no Brasil e as suas relações de poder. A psiquiatria surge no Brasil no século XIX dentro da medicina social e do projeto de medicalização da sociedade. Assim, nesse século são desenvolvidas duas tecnologias de poder, duas estratégias políticas. Essas tecnologias são: a *disciplina* e o *biopoder*.

Essas tecnologias desencadearam a politização do corpo e da população. Como resultado desse processo, podemos dizer que no contemporâneo o poder tem como objetivo político a vida. A gestão e o governo da vida, ao mesmo tempo corpo e população, são algumas das características principais da política atual.

Na atualidade queremos pensar como essas tecnologias políticas (*disciplina* e *biopoder*), nas práticas sociais voltadas para os usuários de drogas, foram constituídas historicamente e quais são as formas de resistir a esse tipo de sujeição no presente. Por isso, são de nosso interesse as lutas políticas atuais, como a que é empreendida pelo movimento da Redução de Danos (RD).

Tendo em vista as transformações que se processaram nas práticas da psiquiatria durante o século XIX e XX, no Brasil, abordamos duas tecnologias de poder da modernidade: estratégias disciplinares e regulamentadoras.

A partir dessas tecnologias políticas, é possível entender como se dá a medicalização da sociedade concomitante ao processo de politização da vida no contemporâneo. Esses conceitos serão colocados dentro do quadro da Reforma Psiquiátrica brasileira, a partir da década de 1980, e que abrem espaços para pensar as práticas de Redução de Danos (RD)

articuladas ao Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad) pelas atuais políticas de saúde mental.

Vamos, agora, abordar as proveniências históricas do saber psiquiátrico no Brasil e suas implicações políticas a partir do século XIX na tensão entre as *práticas disciplinares* e o *biopoder*.

1.2 – Disciplinas e o biopoder

Analisando as sociedades européias do século XVII, Foucault descreve o aparecimento de dispositivos disciplinares que escapam às formas de poder da soberania e que se intensificam no século XVIII. A disciplina como tecnologia de poder aparece a partir do século XVII, na tentativa de um ajuste fino e controlado, cada vez mais racional e econômico, entre as atividades produtivas, as redes de comunicação e o jogo de relações de poder centradas no corpo.

Em obras como *Vigiar e punir* (1987) e o curso no *Collège de France*, publicadas no livro *O poder psiquiátrico* (2006b), Foucault delinea o funcionamento das tecnologias disciplinares e a produção de assujeitamento. Essas relações de poder se expressam numa ação de uns sobre ação de outros, sendo elas ações eventuais, futuras ou presentes. Foucault, com sua analítica do poder, assinalou o intenso processo de estatização das tecnologias disciplinares na modernidade. O Estado incorporou essas relações com uma força avassaladora, para maior eficiência dos seus modos de intervenção e produção social.

Essa tecnologia de poder está voltada para o corpo e tem como efeito uma produção de saber. No hospital, o autor percebeu como a observação permanente sobre o corpo e as práticas de exame tiveram uma importância fundamental na transformação epistemológica médica. O olhar quase ininterrupto sobre o corpo do doente foi a condição de possibilidade da emergência da clínica médica baseada na anatomia patológica. Como podemos ver nessa passagem de *O nascimento da clínica*: “A doença, referenciável no quadro, aparece através do corpo. Neste, ela encontra um espaço cuja configuração é inteiramente diferente: espaço de volumes e das massas”. E mais adiante, em relação à criação do método e às condições de visibilidade: “Suas regras definem as formas visíveis que o mal assume em um organismo doente [...]” (FOUCAULT, 1977, p. 09).

O exame também produz um vertiginoso aumento de documentação sobre os sujeitos: “Os procedimentos disciplinares reviram essa relação abaixando o limite da individualidade

descritível e fazem dessa descrição um meio de controle e um método de dominação” (FOUCAULT, 2006b, p. 62).

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.

As práticas disciplinares acionam uma nova tecnologia do poder, assim como uma nova anatomia política centrada no corpo. As disciplinas gerem o detalhe, da contagem do tempo e na economia dos corpos, na distribuição das forças e no esquadramento do espaço. Com isso, essa relação de poder se configura como uma *anátomo-política*. A disciplina age intensamente no corpo. Durante os séculos XIX e XX, os dispositivos psiquiátricos exercitaram, desenvolveram e promoveram essas tecnologias disciplinares. Seja na produção de sintomas, na constituição do comportamento normal e anormal, na divisão do tempo e das singularidades somáticas dentro do hospício.

Portanto vocês têm no poder disciplinar uma série constituída pela função-sujeito, a singularidade somática, o olhar constante, a escrita, o mecanismo de punição infinitesimal, a projeção da psique e, finalmente, a divisão normal-anormal (FOUCAULT, 2006b, p. 63).

O espaço asilar também pode ser caracterizado pelas práticas de vigilância constante a partir do princípio panóptico: “Ver tudo, o tempo todo, todo o mundo” (FOUCAULT, 2006b, p. 65). A disciplina como mecanismo político aciona, então, certa disposição de poder dentro do asilo. A ordem da disciplina, em uma de suas formas, se expressa no poder do médico e na função terapêutica baseada no saber produzido em cima do corpo do doente. A marca da relação entre o médico e o doente será a distância que os separa, ou seja, a dissimetria de poder de um sobre o outro.

O doente mental, dentro dessa maquinaria, se constitui como o resíduo de todas as disciplinas, aquele que é inassimilável nas escolas, no Exército e pelo poder policial. Ele é o resíduo de todas as tramas do poder disciplinar. Esses procedimentos, pautados na disciplina, buscam normalizar os sujeitos ao produzir normas hierárquicas e centralização do poder (FOUCAULT, 2006b).

Foucault discorre em relação ao poder da psiquiatria assinalando os resquícios da soberania nas práticas médicas e asilares do século XIX: “Parece-me que, se quiser fazer uma

verdadeira história da psiquiatria, em todo caso da cena psiquiátrica, tem que situá-la nessas séries de cenas de cerimônia de soberania” (FOUCAULT, 2006b, p. 65).

Por sua vez, Basaglia, em *A instituição negada* (1991), relata a crueldade envolta nas relações do poder dentro do hospital psiquiátrico. Os poderes disciplinares são entendidos como formas de controle dos técnicos (psicoterapeuta, assistente social, psiquiatra, psicólogo de empresa, etc.) sobre o “doente mental”. As relações de poder são escamoteadas pelos “administradores da violência”, sendo eles próprios operadores da disciplina e da violência em nome da “técnica”. Como podemos ver nesse trecho do seu texto:

O novo psiquiatra social, o psicoterapeuta, o assistente social, o psicólogo de empresas, o sociólogo industrial (para citar apenas alguns) são unicamente os novos administradores da violência do poder, na medida em que – suavizando as asperezas, dissolvendo as resistências, resolvendo conflitos engendrados pelas instituições – limitam a permitir, mediante sua ação técnica aparentemente reparadora e não-violenta, a perpetuação da violência global. Sua tarefa – que se chama terapêutica orientadora – consiste em preparar os indivíduos para que aceitem suas condições de objetos da violência, dando por aceito que, além das diversas modalidades de adaptação que possam escolher, ser objeto de violência é a única realidade que lhes é permitida (BASAGLIA, 1991, p. 8).

Com isso, Basaglia refere-se ao novo modelo técnico-especializado como uma reformulação do processo de inferioridade social trazido pelo conceito de diversidade biológica, “que sancionava por outra via a inferioridade moral e social do *diferente*” (*Ibidem*, grifos seus).

As tecnologias disciplinares incidem sobre diversos dispositivos sociais, sejam estes a escola, a fábrica, a caserna e o asilo. Essas tecnologias visam produzir um corpo útil e dócil, objetivo ao mesmo tempo político e econômico:

Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realiza a sujeição constante das suas forças e lhes impõem uma relação de utilidade-docilidade, são o que podemos chamar as disciplinas (FOUCAULT, 1987, p. 118).

O capitalismo promoveu uma socialização do corpo enquanto força de produção, e o controle sobre o corpo foi um dos primeiros objetivos políticos do capital. Produzir um corpo apto para a produção em série, imperativo do capitalismo industrial, foi tão importante quanto o controle da mercadoria pelo capitalista. Esse controle estrito sobre o corpo se faz necessário para manejar a força de trabalho, a qual é a única mercadoria que o trabalhador dispõe para vender ao capital. Marx apresentou com acuidade essa idéia referente à jornada de trabalho diária e à organização do tempo dos trabalhadores no século XIX na sua obra máxima, *O Capital* (1969):

Um homem não pode, durante um dia de 24 horas, despender senão uma determinada quantidade de força vital. Do mesmo modo um cavalo não pode trabalhar mais do que 8 horas por dia. A força tem necessidade de repousar, de dormir uma parte do dia; durante outra parte o homem precisa satisfazer outras necessidades físicas: alimentar-se, lavar-se, vestir-se, etc. Fora deste limite puramente físico, o prolongamento da jornada de trabalho se choca com as barreiras morais. O operário deve dispor de um certo tempo para a satisfação de certas necessidades intelectuais e sociais, cujo número e extensão são determinados pelo estado geral da civilização (MARX, 1969, p. 54).

Com isso, não podemos pensar o capitalismo sem a utilização dessas técnicas de domesticação do corpo, assim também essas práticas não podem ser pensadas sem o modo de produção determinado operado pelo capital. As duas são indispensáveis e só podem ser entendidas no mesmo plano de análise – uma não é possível sem a outra. Esse trecho de *O Capital* nos apresenta como a vida dos operários é disciplinada e sua força vital canalizada para os imperativos da produção industrial.

Foucault analisa como essa maquinaria de poder toma o corpo como objeto do seu investimento político. Desenvolve-se uma “anatomia política” que, através de diversas técnicas, produz, suscita, sujeita as forças e dissocia o poder do corpo.

A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essa mesma força (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma “aptidão”, uma “capacidade” que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita. Se a exploração econômica separa a força e o produto do trabalho, digamos que a coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada (FOUCAULT, 1987, p. 119).

Dessa forma, também a medicina operou sobre esse corpo socializado para a produção. O capital investiu no corpo, assim como a medicina produz seu saber através desses corpos colocados em observação minuciosa. O corpo útil e dócil aos ditames do capital é também apreendido dentro dos fenômenos de população pelo saber médico. Por isso, Foucault diz que: “O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 2005a, p. 80). Foi no somático e no biológico que a sociedade regida pelas forças do capital operava seu controle com a ajuda da medicina social e das ciências humanas nascentes.

Esse investimento político dos saberes médicos sobre a vida, que é uma das faces do *biopoder*, emergiu no século XIX com a luta dos médicos em demonstrar a relevância do seu saber para toda a sociedade. Para isso, os médicos buscaram exercer seu poder em instituições

como o asilo e hospitais, que no Brasil estavam sob o controle de irmandades religiosas, como nas Santas Casas de Misericórdia¹¹.

Na fundação da psiquiatria, o hospício foi concebido como o lugar de exercício da ação terapêutica. Tendo como objetivo destruir a loucura, caracterizando-se por uma ação que não se dá como negativa, dedicada a impedir, tolher e afastar, mas como positiva, recuperadora, a psiquiatria precisa ser instrumentalizada com uma série de dispositivos que possibilitem a eficácia da sua intervenção (MACHADO *et al.*, 1978, p. 429).

A batalha dos médicos tentava incorporar esses espaços que, até então, tinham uma atuação pouco medicalizada. O primeiro hospício do Brasil, construído em 1852 no Rio de Janeiro pelo poder imperial, demonstra como o saber médico estava afastado dos asilos que eram comandados por irmandades religiosas. Só a partir de 1890 é que o controle médico passa a se tornar efetivo e produzir a marca do seu saber (MACHADO *et al.*, 1978).

Ao contrário do que acontecia na Europa, onde o surgimento do asilo esteve desde o início associado à produção de um saber especializado, no Brasil o Hospício de Pedro II é um exemplo de como os grandes hospitais e os espaços asilares estavam distantes da produção acadêmica. Somente com o raiar da República é que os médicos conseguiram fazer desse espaço um lugar de poder da medicina e, a partir dele, intervir com o saber médico em toda a sociedade.

O Estado moderno abrigou dentro do seu corpo práticas disciplinares como uma de suas racionalidades políticas. No entanto, não é necessariamente no Estado que as práticas disciplinares surgem. Essas práticas aparecem muitas vezes de forma fragmentária em diversas instituições, espaços laterais ou limiares ao aparelho do Estado. Essas instituições produzem um saber-poder que pode ou não ser incorporado pela racionalidade estatal. As práticas disciplinares das prisões, hospitais e casernas foram usadas diversas vezes para aumentar a potência política e econômica do Estado.

No século XX, afirmou-se a coexistência da sociedade disciplinar, na qual a psiquiatria clássica estava colocada de forma prioritária e o contexto biopolítico, que opera por outra tecnologia de poder, não é mais unicamente a *anátomo-política* do corpo, mas o controle político da população. O poder se ocupa agora dos processos próprios da vida.

¹¹ A luta pelo controle médico dos hospitais, incluindo o Hospício de Pedro II (1852), foi travada desde a primeira metade do século XIX e continuou com a construção dos asilos psiquiátricos, das colônias agrícolas e dos manicômios judiciários no século XX. Até hoje essa direção política é disputada por dentro e por fora da Reforma Psiquiátrica brasileira. Podemos ver essas lutas nas instituições que são contrárias à Reforma Psiquiátrica como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e a Federação Brasileira de Hospitais (FBH).

De acordo com as análises de Foucault, a constituição do *biopoder* é um longo processo, que se inicia no final do século XVIII e se aprofunda no século XX. O *biopoder* articula-se com o poder médico, pois esta é uma técnica política de intervenção sobre a população. Essas tecnologias do poder promovem uma assunção da vida, uma vez que investem em seus fenômenos próprios, como nascimento, morte, doenças, dos efeitos do meio, dispositivo da sexualidade, etc. (FOUCAULT, 2006a, p. 152).

O diagrama do *biopoder* considera a população dentro dos cálculos econômicos, dessa forma, o ser vivo se transforma numa das fontes de riqueza das nações. A passagem do poder de tipo soberano, que tinha como centro o poder de morte e de confisco, configura-se agora no poder de produzir e conduzir a vida que se estende a toda população. Incitar, suscitar, combinar formas de vida. O poder ganha uma positividade que escapa ao alcance da soberania (FOUCAULT, 2006a).

Forma-se uma aliança entre *tecnologia disciplinar* e o *biopoder* para a constituição de uma sociedade de normalização, na qual se cruzam a norma disciplinar, que é constituinte das instituições psiquiátricas, e a norma de regulamentação, como governo dos viventes. Sobre esses entrelaçamentos dessas tecnologias políticas, Foucault evidencia:

Dizer que o poder, no século XIX, tomou posse da vida, dizer pelo menos que o poder, no século XIX, incumbiu-se da vida, é dizer que ele conseguiu cobrir toda a superfície que se estende do orgânico ao biológico, do corpo à população, mediante a um jogo duplo das tecnologias da disciplina, de uma parte, e das tecnologias da regulamentação, de outra (FOUCAULT, 2005b, p. 302).

A tecnologia do corpo que funcionava por moldagem, como a ortopedia moral pineliana empreendida dentro do aparato psiquiátrico do século XIX, abre espaço para a tecnologia do controle a céu aberto que funciona por modulação¹².

Os confinamentos são moldes, distintas moldagens, mas os controles são uma modulação, como uma moldagem auto-deformante que mudasse continuamente a cada instante, ou como uma peneira cujas malhas mudassem de um ponto a outro (DELEUZE, 2006, p. 221).

Esse poder expande sua intervenção para todo o corpo da população. Ou seja, investe politicamente sobre o corpo e a vida em geral, produzindo modos de viver, de sentir e pensar. Dessa maneira, os processos de subjetivação no contemporâneo também são alvos privilegiados dessas estratégias de poder sobre a vida.

¹² Fizemos uma aproximação entre o conceito de sociedade de controle em Deleuze e o do *biopoder* em Foucault. Essas modulações podem ser vistas nas formas atuais de controle, seja pela dívida impagável ou por controles propiciados pela revolução técnico-científica através de *chips* e câmeras. Os dispositivos de saúde correm o risco de produzir novas formas de controle a céu aberto (DELEUZE, 2006).

Para analisar os desafios atuais das políticas públicas de saúde mental e as novas formas de controle social, faz-se necessário colocá-las no quadro mais amplo das estratégias de poder da modernidade e do contemporâneo. Dessa forma, colocaremos o saber psiquiátrico dentro das relações de poder que forjam esse campo, a saber: as práticas disciplinares que incidem no corpo e as políticas da vida que tiram seu poder dos fenômenos de população. Essas técnicas de poder disseminam modos de controle na sociedade, onde a questão da segurança e da saúde coletiva são focos de análise. Foucault evidencia dois tipos de dispositivos sociais que operam entre a população e o indivíduo através de estratégias políticas, econômicas e médicas, que são os dispositivos da segurança e da sexualidade.

Foucault introduz na sua primeira aula no *Cours au Collège de France*, em 1978, publicados em *Sécurité, territoire et population* (2004), a sua pesquisa sobre o *biopoder* da seguinte maneira:

Este ano, eu gostaria de começar o estudo de qualquer coisa que eu havia chamado, um pouco no ar, de biopoder, ou seja, uma série de fenômenos que me parece bastante importante, a saber, o conjunto de mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constituiu os seus traços biológicos fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral do poder; em outros termos a sociedade, as sociedades ocidentais modernas, a partir do século XVIII, poderiam levar em conta o fato biológico fundamental que o ser humano constitui uma espécie humana (FOUCAULT, 2004, p. 3, tradução nossa)¹³.

O conceito de *biopoder* é abordado em diferentes trabalhos. Aqui vamos destacar, principalmente, as concepções presentes nas obras: *Em defesa da sociedade* (2005a); *Sécurité, territoire, population* (2004); *Nacimiento de la biopolítica* (2007); *História da sexualidade I* (2006a). Esses trabalhos apontam as diversas facetas do conceito de *biopoder* e abrem várias perspectivas de análise sobre a articulação dessa estratégia política com o dispositivo de segurança, da sexualidade e a medicalização da sociedade.

Na *História da sexualidade I – A vontade de saber*, parte V – *Direito de morte e poder sobre a vida* –, ele analisa a transformação profunda nos mecanismos de poder no Ocidente que se operou na época clássica (século XVIII). O direito de gládio do soberano sobre a vida e a morte dos súditos é deslocado para um regime de poder que gere a vida. Dessa forma, o

¹³ *Cette année, je voudrais commencer l'étude de quelque chose que j'avais appelé comme ça, un petit peu en l'air, le bio-pouvoir, c'est-à-dire cette série de phénomènes qui me paraît assez importante, à savoir l'ensemble des mécanismes par lesquels ce qui, dans l'espèce humaine, constitue ses traits biologiques fondamentaux va pouvoir entrer à l'intérieur d'une politique, d'une stratégie politique, d'une stratégie générale du pouvoir, autrement dit comment la société, les sociétés occidentales modernes, à partir du XVIII siècle, ont repris en compte le fait biologique fondamental que l'être humain constitue une espèce humaine* (FOUCAULT, 2004, p. 3).

poder age positivamente “sobre a vida, que empreende a sua gestão, sua majoração, sua multiplicação, o exercício, sobre ela, de controles precisos e regulações de conjunto” (FOUCAULT, 2006a, p. 149). Nesse cenário, as guerras são muito mais abrangentes, pois são travadas em nome da existência de toda a população e não mais em nome do soberano. “Os massacres se tornaram vitais. Foi como gestores da vida e da sobrevivência dos corpos e da raça que tantos regimes puderam travar tantas guerras, causando a morte de tantos homens” (FOUCAULT, 2006a, p. 149).

Essa nova estratégia de poder se exerce no nível da vida, da espécie, da raça e dos fenômenos de população. Com a emergência desse poder sobre a vida, podem ser mortos legitimamente aqueles sobre os quais recai a marca do perigo biológico para todos os outros. Com isso, os criminosos, os loucos, negros, alcoólatras, drogados e outros “perigosos” serão considerados ameaças para o conjunto da população.

O desenvolvimento do capitalismo só foi possível com o controle dos corpos no aparelho de produção, assim como por um processo de regulamentação da população (*biopoder*) essas tecnologias estiveram presentes em diversos níveis do corpo social e aplicado em diversas instituições (a família, o Exército, a escola, a medicina individual ou a administração das coletividades). Nesse momento aparecem diversas tecnologias políticas que investem sobre o corpo, a saúde, os modos de alimentação e moradia, as condições de vida, etc. Os saberes nascentes das ciências humanas buscam constituir normas, que vão além daquelas criadas pelo sistema judiciário. A instituição judiciária, no entanto, anda de mãos dadas com os outros aparelhos normalizadores (saúde, administrativos, escola, etc.) (FOUCAULT, 2006a).

Essas estratégias políticas centradas na vida criam aparelhos e instituições conexas que funcionam no sentido de defender uma norma social. Por isso, podemos falar com Foucault que “uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida” (FOUCAULT, 2006a, p. 157).

É nesse momento, também, que aparece o dispositivo da sexualidade dentro dos eixos das disciplinas do corpo e, ao mesmo tempo, está inserida nos modos de controle da população. Por isso, o ideal eugênico operava nesses dois eixos: o micropoder sobre o corpo, a preocupação com a hereditariedade, e a saúde da população através do sexo. Agora, analisaremos as estratégias do racismo de Estado e as formas de exclusão inseridas no dispositivo da sexualidade que são evidenciadas pela teoria da degenerescência.

1.3 - Racismo de Estado

Na aula de 17 de março de 1976, no *Collège de France*, Foucault coloca a questão do *biopoder* e a sua relação com o nascimento do racismo de Estado. O conceito de raça passa por rupturas e descontinuidades até sua configuração estatal, moderna e biológica, que é identificada pelo autor no século XIX. Essas transformações são analisadas nas aulas do curso no *Collège de France* (1975-1976) publicadas com o título: *Em defesa da sociedade* (2005a), e no livro *História da sexualidade I – A vontade de saber* (2006a).

A vida foi subsumida pelo Estado, ou seja, entra nos cálculos do poder por um processo de estatização do biológico. O poder soberano, como foi apontado, ditava o direito de “fazer morrer e deixar viver”, portanto seu poder recaía na possibilidade de matar, ou seja, era um direito de espada (FOUCAULT, 2006a, p. 148).

O declínio desse poder de morte dá lugar a outro, produtivo, que inverte a lógica do poder soberano, pois “faz viver e deixa morrer”. Na *História da sexualidade I*, Foucault afirma que na passagem para esse poder sobre a vida “o direito de morte tenderá a se deslocar, ou pelo menos, a se apoiar nas exigências de um poder que gere a vida e a se ordenar a função dos seus reclamos” (*Ibidem*).

O *biopoder* lida com a população como problema político, científico e biológico. A ciência vai adentrar nas questões da população e tirar daí o seu saber-poder na forma de uma regulamentação. Esse saber-poder intervém na natalidade, em incapacidades biológicas e nos efeitos do meio e das anormalidades diversas.

Da anátomo-política à biopolítica, produz-se uma medicina que cuida da higiene pública com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, centralização da informação, normalização do saber e medicalização da população (FOUCAULT, 2005b). Por sua vez, o aparecimento da medicina social e da polícia médica é a condição de possibilidade do surgimento do discurso psiquiátrico no Brasil. “Só é, portanto, possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações” (MACHADO *et al.*, 1978, p. 376).

Nesse cenário, o dispositivo da sexualidade vai estar entre as questões da disciplinarização do sexo e dos perigos da hereditariedade. A sexualidade está localizada na encruzilhada entre o corpo e a população, como já afirmamos. A psiquiatria clássica fará sua

intervenção no corpo, produzindo efeitos disciplinares e biopolíticos na população. Dessa forma se apresenta a teoria das degenerescências:

É a teoria da degenerescência: a sexualidade, na medida em que está no foco de doenças individuais e uma vez que está, por outro lado, no núcleo da degenerescência, representa exatamente esse ponto de articulação do disciplinar e do regulamentador, do corpo e da população (FOUCAULT, 2005b, p. 301).

O mesmo ocorre com o racismo, que se inseriu no mecanismo fundamental do poder estatal com o *biopoder*. Na análise foucaultiana, o funcionamento do Estado moderno passa de alguma forma pelo racismo, a partir do lema: “Se você quer viver, é preciso que o outro morra” (FOUCAULT, 2005b, p. 305).

No curso do *Collège de France* em 17 de março de 1976 – *Em defesa da sociedade* –, a radicalidade das práticas eugênicas em relação à população considerada degenerada e perigosa para o resto da sociedade é expressa com o seguinte discurso:

[...] Quanto mais as espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie, mas eu – não enquanto indivíduo, mas enquanto espécie – viverei, mais forte serei, mais vigoroso serei, mais poderei proliferar (*Ibidem*, p. 305).

Foucault procura desvendar de que forma o racismo é ativado numa sociedade de normalização. O racismo e a raça sempre são evocados e incitados quando o Estado quer lançar mão da violência contra uma parcela da população; ela produz um corte entre normais e degenerados. A morte dos “doentes” fortalece os considerados “normais”.

A raça, o racismo é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização. Quando vocês têm uma sociedade de normalização, quando vocês têm um poder que é, ao menos em sua superfície e em primeira instância, em primeira linha um biopoder, pois bem, o racismo é indispensável como condição para tirar a vida de alguém, para poder tirar a vida dos outros. A função assassina do Estado só pode ser assegurada, desde que o Estado funcione no modo do biopoder, pelo racismo (FOUCAULT, 2005b, p. 306).

O racismo na sociedade regida pelo *biopoder* não é somente o poder de matar segmentos da sociedade, mas também de enclausurar nas prisões, internar nos manicômios e produzir mortificações. Ele pode ser pensado como uma justificativa que permite matar ou trancafiar o criminoso, o louco e os usuários de drogas.

Poderíamos dizer a mesma coisa a propósito da criminalidade. Se a criminalidade for pensada em termos de racismo, foi igualmente a partir do momento em que era preciso tornar possível, num mecanismo de biopoder, a condenação à morte de um criminoso ou o seu isolamento. Mesma coisa com a loucura, mesma coisa com as anomalias diversas (FOUCAULT, 2005b, p. 308).

A loucura enclausurada só se torna possível por esse procedimento. A especificidade do racismo moderno para Foucault não está ligada “a mentalidades, ideologias e mentiras do poder”, e sim às tecnologias do poder, às suas produções e aos seus efeitos concretos na nossa sociedade (FOUCAULT, 2005b, p. 309). O racismo, então, seria um corte entre o que deve viver e o que pode morrer; é uma maneira de fragmentar o campo biológico. A função assassina do Estado pelo funcionamento do *biopoder* aparece com a ativação do racismo e sua extensão para a prisão e os asilos. Assim, também estão expressas no funcionamento da polícia e do sistema penal.

No mesmo sentido, Bauman (1998) nos diz que o racismo moderno como instrumento de prática política não pode ser pensado sem analisar o avanço da ciência e das formas modernas do poder estatal. Por isso, afirma que o racismo é um produto da modernidade que está centrado na forma biológica-científica. Em relação ao modo como o racismo abre portas para a exclusão e o extermínio de alguns segmentos da sociedade, ele afirma que

[...] o racismo expressa a convicção de que certa categoria de seres humanos não pode ser incorporada à ordem racional, seja qual for o esforço que se faça. Num mundo que se notabiliza pela contínua redução dos limites à manipulação científica, tecnológica e cultural, o racismo proclama que certas falhas de determinadas categorias de pessoas não podem ser removidas ou retificadas (BAUMAN, 1998, p. 87).

De acordo com essas considerações, o mundo moderno é caracterizado pela busca incessante de controle e apagamento das diferenças; o racismo seria a expressão de certa categoria de pessoas que são irremediavelmente resistentes às formas de controle e que seriam imunes a todas as tentativas de “melhoria” e adequação à ordem. Nas palavras de Bauman, usando da metáfora médica para exemplificar esse tipo de prática: “[...] Podem-se exercitar e modelar partes ‘saudáveis’ do corpo, mas não um tumor cancerígeno. Este só pode ‘melhorar’ sendo eliminado” (BAUMAN, 1998, p. 88).

Essas concepções afirmam que o modo como o racismo funciona na sociedade contemporânea tem a ver com uma formulação política que, de certa maneira, autoriza a morte e a exclusão de parte da população na pretensa defesa da sociedade. Jogo paradoxal, em que parte da população se defende do “perigo biológico” que outros podem, potencialmente, trazer. Isso só é possível, no entanto, numa sociedade onde a vida foi politizada por essa tecnologia chamada de *biopoder*.

É importante aqui, para as afirmações da pesquisa em relação às estratégias da Redução de Danos, marcar uma distinção entre os conceitos de *biopoder* desenvolvidos por Foucault na *História da sexualidade I* (2006a); *Em defesa da sociedade* (2005b); *Nacimiento*

de la biopolítica (2007) e *Sécurité, territoire, population* (2004), e o de resistências biopolíticas e contexto biopolítico trabalhado por autores como Negri (2003) e Agamben (2004).

Nas suas *Cinco lições sobre o Império* (2003), Antonio Negri propõe uma distinção entre os conceitos de *biopoder* e *biopolítica*, como segue:

Fala-se de biopoder quando o Estado expressa comando sobre a vida por meio de suas tecnologias e de seus dispositivos de poder. Contrariamente, fala-se de biopolítica quando a análise crítica do comando é feita do ponto de vista das experiências de subjetivação e de liberdade, isto é, de baixo (NEGRI, 2003, p. 107).

Marcando ainda mais a distinção entre os dois termos (*biopoder* e *biopolítica*) e dos seus usos políticos, ao atentar para os espaços de luta e a multiplicidade das resistências atuais, o autor pontua:

Denomina-se biopoder identificando, no caso, as grandes estruturas e funções do poder; fala-se em contexto biopolítico e biopolítica quando, pelo contrário, se alude a espaços nos quais se desenvolvem relações de lutas e produções do poder. Fala-se em *biopoder* pensando nas nascentes ou nas fontes do poder estatal e nas tecnologias específicas que o Estado produz, por exemplo, do ponto de vista do controle das populações; fala-se em *biopolítica* ou de contexto biopolítico pensando no complexo de resistências e nas ocasiões e nas medidas de choque entre dispositivos sociais de poder (NEGRI, 2003, p. 108).

Cabe aqui abordar quem são os produtores da resistência biopolítica. Para isso, no seu trabalho, Negri foge das representações políticas tradicionais, tais como povo, classe social e massa, que estão ligadas à soberania e à sociedade industrial, e propõe o conceito de multidão. A multidão é a expressão política dessa potência subjetiva democrática, essa singularidade subjetiva ao “expressar-se em todas as direções, de mostrar-se como a proliferação da liberdade” (NEGRI, 2003, p. 145). Negri apresenta o conceito de multidão ligado à gestão comum do trabalho na sua criatividade constituinte.

Desse ponto de vista, traduzindo o tema em termos políticos, podemos levantar a hipótese da *multidão como potência democrática*, porque soma liberdade e trabalho, combinando-os na produção do “comum”. É claro que, se falamos nesses termos, cai toda a distinção entre político e social, entre produtividade e ética da vida. A multidão, definida assim, apresenta-se como conceito aberto, dinâmico, constitutivo. Estamos no biopolítico. Aqui o conceito de multidão começa a viver completamente no biopolítico (NEGRI, 2003, p. 146).

Sobre essas questões, Pelbart (2003) expressa que a vida se transformou em ponto de incidência do poder e âncora de resistência para a produção de novas formas de vida. E em relação às estratégias, ele propõe algumas questões: “Como atualizar essa virtualidade política da multidão? Quais estratégias libertam a vitalidade seqüestrada? Seria esta a dimensão ético-estética que atravessa todos os campos da existência?” (PELBART, 2003, p. 134). Essas são

questões importantes para a nossa pesquisa em relação às práticas de Redução de Danos (RD) e às suas possibilidades de ação no CAPSad. Será que as práticas de RD libertam a vitalidade sequestrada e atualizam a virtualidade política da multidão?

Esses autores têm em comum a atuação analítica das forças que se conjugam nas tramas de poder no presente; questionam essas formações e apontam formas de resistência. Podemos concluir que, como análise do poder, a genealogia realiza, da maneira apresentada na primeira parte do capítulo, uma ação política que luta contra a naturalização das produções históricas.

No entanto, existe uma distinção importante: enquanto Foucault trabalha o *biopoder* como uma tecnologia política (Estado) que se insinua cada vez mais na atualidade, Negri e Hardt (2001) e Pelbart (2003) entendem a resistência biopolítica como o processo de criação de novas formas de gerir a vida ou processos de criação que promovam uma torção nas práticas de controle empregadas pelo Estado e por suas práticas higienistas.

Em relação às formas de politização da vida no contemporâneo, as pesquisas de Giorgio Agamben em relação à vida nua e o poder soberano são de interesse para entender as políticas de extermínio da atualidade que recaem também sobre os usuários de drogas, principalmente os usuários de *crack* – os crackeiros.

1.3.1 – *Homo Sacer*

O filósofo Giorgio Agamben (2004) retoma as questões deixadas abertas por Foucault em relação ao *biopoder* no escrito *Homo Sacer – O poder soberano e a vida nua I*. Esse texto aborda a relação entre o *homo sacer* e o poder soberano, dando início a uma trilogia sobre o *biopoder* na sociedade contemporânea. Agamben, seguindo os passos de Foucault, marca de forma incisiva os caminhos que transformaram no contemporâneo a política numa *biopolítica*, ou seja, centrada na vida.

Essas análises apontam para a distinção aristotélica entre a *zoé*, a vida nua, ou seja, aquilo que está disseminado em toda vida como corpo biológico; e *bíos*, como vida politicamente qualificada. Agamben afirma que a novidade da *biopolítica* não é colocar a *zoé* dentro dos cálculos do poder, e sim tornar política a vida comum presente em qualquer vivente.

Agamben propõe uma distinção em relação à tese foucaultiana ao afirmar que não é a inclusão da vida na *polis* a principal característica política da modernidade, mas o deslocamento,

concomitante à produção da exceção como regra, da vida nua para o centro do funcionamento político. Nesse sentido, ele afirma que:

A tese foucaultiana deverá, então, ser corrigida ou, pelos menos, integrada, no sentido do que aquilo que caracteriza a política moderna não é tanto a inclusão da *zoé* na *pólis*, em si antiquíssima, nem simplesmente o fato de que a vida como tal venha a ser um objeto eminente dos cálculos e das previsões do poder estatal; decisivo é, sobretudo, o fato de que, lado a lado com o processo pelo qual a exceção se torna em todos os lugares a regra, o espaço da vida nua, situado originalmente à margem do ordenamento, vem progressivamente a coincidir com o espaço político (AGAMBEN, 2004, p. 16).

A figura do *homo sacer*, no Direito romano arcaico, expressava a vida matável e insacrificável, como vida que não está no plano divino nem do Direito. À primeira vista, isso nos encaminha para um paradoxo normativo. No entanto, esse paradoxo foi fruto de interpretações que viam no termo *sacer* uma ambigüidade terminológica. Muitos viam no sagrado aquilo que era puro e impuro; sagrado e tabu.

O que está em jogo é que o *homo sacer* não imputa àquele que o mata qualquer pena. O autor do ato não é um assassino, ele não responde a qualquer norma humana ou divina, através de uma dupla exceção da soberania em relação à norma e ao sagrado. Dessa forma, a figura do *homo sacer* é construída em nome da exceção, uma figura do Direito excluída de todo e qualquer direito. Qualquer um pode matar o *homo sacer*, ele é matável e não sacrificável, não serve aos deuses nem aos homens (AGAMBEN, 2004, p. 90). Diante desse contexto histórico, para este autor o paradigma político do contemporâneo passa a ser o *homo sacer* e o estado de exceção é o paradigma de governo (AGAMBEN, 2003).

Na atualidade, o crackeiro (usuário de *crack*) parece expressar essa figura matável e insacrificável abordada por Agamben. Os usuários de *crack*, também chamados de “nóias”, referência aos efeitos paranóicos do *crack*, aparecem nesse cenário como o subproduto do funcionamento de uma sociedade regida pelo *biopoder*. Eles são exterminados como vida nua, ou seja, sem valor político e não digna de ser vivida. Os próprios traficantes, muitas vezes, fazem a “limpeza” dos “nóias” que podem prejudicar o negócio.

A desmoralização, no sentido mais comum do termo, dos usuários de crack requer, como prevenção ou intervenção, a moralização desse sujeito tornado “sujeira humana” – ao ponto de, aos olhos dos traficantes de drogas nobres, comprometer o ambiente e, por isso mesmo, merecem e devem ser eliminados [...] (ESPINHEIRA, 2002, p. 13).

Para entender essa posição diante dos usuários de *crack*, que não se refere unicamente aos traficantes de drogas, mas também aos gestores e técnicos de saúde, Domanico (2006) refere-se ao período em que o *crack* surgiu e foi considerado como “droga do mal”. Isso está ligado à disseminação do uso de *crack* nas camadas mais pobres da população. Com a ajuda da mídia e da

polícia, os técnicos de saúde (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, etc.) são encarregados de combater esse mal, ato permitido pelo “pânico moral”.

Fica fácil perceber que no nosso caso, esses empresários morais se valeram do pânico moral para justificar várias de suas atitudes. A demora de respostas mais assertivas e menos opressoras dos gestores de saúde pública, por exemplo, ou a descrença na implementação de estratégias de redução de danos para os crackeiros (já que o pânico moral tem como efeito o imobilismo, o medo, a impotência, etc.) (DOMANICO, 2006, p.26).

O *homo sacer* é, para Agamben, o que melhor expressa o funcionamento do *biopoder* “como estrutura original em que o direito inclui em si o vivente por meio da sua própria suspensão” (AGAMBEN, 2004, p. 14) no cenário contemporâneo. Os campos de concentração são onde essa constatação se afirma com vigor. Lá, a norma está suspensa, não há leis que regulem o funcionamento de um campo; ali vigora a exceção da norma jurídica. As regras são estabelecidas numa produção de poder cotidiana que foge de qualquer forma contratual, pois o soberano está fora incluso no exercício das normas. Quando a exceção vira a regra do funcionamento jurídico, os campos de concentração se espalham pela cidade e qualquer um pode vir a ser expressão da vida nua, podendo a um só tempo ser soberano e vida nua. Afirma-se, nesse cenário, a vida sem qualidades e cidadania política, que pode ser exterminada – vida matável.

Essa é a premissa do funcionamento de uma sociedade regida pelo *biopoder*: ninguém está a salvo da morte insacrificável e das redes frias que tomam de assalto a vida, sendo que os riscos dos usuários de drogas e das populações marginalizadas são maiores dentro desse cenário. Seja dentro dos hospícios ou mesmo a céu aberto nas ruas da cidade, podemos encontrar essa produção de vida nua. O Estado-nação opera um maciço reinvestimento na vida natural, discriminando no seu interior uma vida autêntica de uma vida nua, privada de todo valor político. O racismo e o eugenismo só podem ser entendidos dentro desse contexto, diante da separação entre o que deve viver e o que pode morrer.

O estado de exceção disseminado nas favelas do Rio de Janeiro e nas regiões pobres do país expressa, de modo geral, a face assassina do Estado, assim como no funcionamento da política de segurança repressiva e militarizada. Essa política é expressa nas ações de “guerra às drogas” que têm como efeito principal punir os pobres e constituir a vida nua, uma vez que o ideal de uma sociedade sem drogas é um empreendimento impossível de ser alcançado.

Se o poder se interessa pela vida biológica, no sentido de capturá-la, ela se torna vida política; a luta se apresenta difusa e está até dentro do próprio corpo que se quer domesticar e

massificar. O poder investido sobre a vida pode ser revertido no poder produtivo próprio da vida, na sua potência de resistir e inventar novas práticas possíveis.

Dessa forma, a resistência ao poder que submete a vida está disseminada por toda e qualquer vida. Esse é o paradoxo no contemporâneo: a vida é, assim como em Pelbart (2003), ao mesmo tempo ponto de incidência do exercício do poder e de resistência. Uma vez que o novo horizonte *biopolítico* promove uma politização da vida, a única coisa que resta aos desvalidos de toda espécie, aos espoliados, ao louco enclausurado, aos usuários de drogas criminalizados ou domesticados pelas forças do assujeitamento é a sua vida como forma de produção biopolítica que favoreça as produções heterogêneas e diversas possibilidades de viver, encaminhando processos cooperativos e a criação de espaços-tempos para outras subjetividades, no sentido de uma economia solidária das trocas sociais (PELBART, 2003).

É na sociedade regida por esses *biopoderes* que a Reforma Psiquiátrica brasileira se processa. Dessa forma, nos parece relevante inquirir a articulação entre a tecnologia política do *biopoder* e os dispositivos de saúde mental, entre eles o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad) e as novas práticas de saúde públicas.

É nessa perspectiva que a politização operada por essas políticas e pelas estratégias de RD pode produzir relações sociais mais democráticas e que ampliem as redes de cuidado e práticas transversais de saúde. Dessa maneira, cabe apresentar o caminho das práticas na saúde e da psiquiatria no Brasil pelo método genealógico e acompanhar as lutas sociais que criaram as estratégias e políticas públicas de saúde que movimentaram o campo da saúde mental

1.4 - A emergência da psiquiatria – biopoder psiquiátrico

O aparecimento da psiquiatria no Brasil, no século XIX, foi objeto de análise de Machado *et al.* (1978); Birman (1978); Costa (1989; 2004); Lobo (1997) e Portocarrero (2002). Estes autores, entre outros, a partir de diferentes enfoques, analisaram os espaços e as práticas que o poder psiquiátrico acionou ao longo da sua trajetória. A psiquiatria constitui-se no meio da medicina social e do processo de medicalização da sociedade.

No período de aparecimento da psiquiatria no Brasil dentro do campo da medicina social, como corpo disciplinar e disciplinado, não foram poucas as mudanças de objetos e as estratégias de poder desses saberes. Por isso, “é necessário estabelecer, tanto do nível do saber

quanto da prática médica, momentos de ruptura, da constituição de novos conceitos, novos objetos, novas formas de institucionalização”¹⁴ (MACHADO *et al.*, 1978, p. 17-18).

Os conceitos incorporados pela psiquiatria no século XIX – raça, degenerescência, eugenia, higienismo, anormal e patológico – fazem parte de um jogo de poder ligado ao saber médico enquanto forma de controle no corpo social através dos mais diversos dispositivos. A emergência desses conceitos nas suas produções teóricas está ligada ao fortalecimento das práticas disciplinares e de controle da população pela psiquiatria mediante o projeto de medicalização da sociedade (*Ibidem*).

O ideal de nação e a emergência das tecnologias disciplinares do corpo e de regulamentação da vida, agenciadas às transformações políticas no Brasil do final do século XIX, entre elas a abolição da escravatura, produziram uma preocupação extrema com a questão racial e com as chamadas “classes perigosas”¹⁵ que desafiam a nova ordem produzida pela nascente industrialização. Os discursos médicos começam a expressar seus ideais higienizadores e eugenistas ao produzir um saber que une doença mental à questão racial. O corpo branco se transforma em modelo de boa saúde mental e física, em detrimento dos negros, mestiços e pobres em geral.

No mesmo momento, criava-se a consciência de raça ou racismo. O corpo forte, sexual e moralmente regrado foi medicamente identificado ao corpo branco. Para isso utilizou-se, ordinariamente, a figura do escravo como exemplo da corrupção física e moral (COSTA, 2004, p. 208).

O saber da medicina mental participou ativamente na produção de práticas racistas e autoritárias que ligavam à população pobre e negra sintomas patológicos e de inferioridade somática e psíquica. Os pobres, negros, mestiços, loucos, alcoólicos foram insistentemente desqualificados como cidadãos, evidenciando que o projeto político da República brasileira nascente e dos médicos higienistas era altamente hierarquizado e autoritário.

Essas características políticas da nascente República brasileira foram abordadas por Carvalho (2000, p. 161) ao afirmar que o novo sistema político não soube envolver a cidade do Rio de Janeiro, capital federal da República – o espaço propício para a cidadania moderna e a participação popular. A República consolidou-se com o mínimo de participação eleitoral e sobre a exclusão do envolvimento popular no governo. “Consolidou-se sobre a vitória da ideologia liberal pré-democrática, darwinista, reforçadora do poder oligárquico” (*Ibidem*, p. 161).

¹⁴ Para mais informações sobre esse tema: MACHADO, Roberto *et al.* *A Danação da Norma*. [s.l.]: Graal, 1978.

¹⁵ Expressão usada por Morel (1857) e de largo uso político no Brasil.

Assim, a Revolta da Vacina, em 1904, no Rio de Janeiro, decorrência da vacinação obrigatória da população defendida por Oswaldo Cruz, diretor de Serviço de Saúde Pública, é vista por Carvalho (2000) dentro desse cenário de pouca participação política, no qual um movimento popular confronta-se com o governo instituído na defesa dos seus direitos de cidadãos e contra a tentativa de serem arbitrariamente tratados pelo Estado e pelos médicos higienistas do momento.

A Revolta da Vacina permanece como exemplo quase único na história do país de movimento popular de êxito baseado na defesa do direito dos cidadãos de não serem arbitrariamente tratados pelo governo. Mesmo que a vitória não tenha sido traduzida em mudanças políticas imediatas além da interrupção da vacinação, ela certamente deixou entre os que dela participaram um sentimento profundo de orgulho e de auto-estima, passo importante para a formação da cidadania (CARVALHO, 2000, p 138-139).

As classes populares (pobres, negros, operários, socialistas e anarquistas) resistiram ao que entendiam ser uma medida autoritária do governo diante de uma situação política repressiva e com poucos espaços de participação popular. A polícia foi chamada a intervir e debelar violentamente a revolta. Essa aliança entre a medicina, o aparato de polícia e o aparelho judiciário é uma das características do *biopoder*. Assim, Flauzina apresenta essa aliança:

O vocabulário da patologia que invade o campo jurídico, na caracterização cada vez mais recorrente do crime como uma doença e dos degenerados como enfermos que contaminam a sociedade sadia, é empregado como justificativa para o “pê-na-porta sanitário”, que da demolição do cortiço Cabeça de Porco, em 1893, à Revolta da Vacina, em 1904, evidencia o resultado desastroso do casamento entre medicina e aparato policial nos novos tempos (FLAUZINA, 2008, p. 112).

Tais estratégias higienistas do liberalismo republicano serão aprofundadas no decorrer do século XX nas cidades brasileiras, principalmente em direção aos pobres e à sua medicalização. Para Rago (1997), as estratégias higienistas buscam levar adiante o projeto histórico de desodorização do espaço urbano, que passam a fazer parte do cenário político, tornando-se sistemáticas.

É importante frisar que um dos importantes aspectos da construção do saber psiquiátrico foi a análise das questões raciais no Brasil, utilizando a teoria das degenerescências. Segundo Birman (1989), a figura do negro ocupou um lugar fundamental na constituição da psiquiatria no Brasil. O discurso psiquiátrico possuiu uma posição estratégica no processo de invalidação social e política dessa parcela da população nos primeiros passos da República brasileira, como uma das instituições que vaticinava a sua inferioridade social frente à figura do branco. O poder da medicina mental estava, então,

calçado no discurso científico ao se referir ao campo do normal e das anormalidades. Essa preocupação com a temática racial foi única em toda a América Latina, o que demonstra a singularidade dessas formulações do saber médico no Brasil (BIRMAN, 1989, p. 46).

No campo teórico, as primeiras iniciativas acadêmicas da ciência mental, na primeira metade do século XIX, aparecem no Brasil na tentativa de acompanhar as produções teóricas que acontecem na Europa, notadamente na França, com Pinel e Esquirol, a partir de teses das escolas de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Essas teses são parte de um saber especulativo que, de forma original, busca adequar-se à discussão etiológica da doença mental, ou mesmo a influência da cultura, da hereditariedade e da organização social nas causas das “afecções mentais”¹⁶ (LOBO, 1997, p. 218).

Roberto Schwarz (2001) chamou essa importação acrítica das produções teóricas e literárias, principalmente da Europa do século XIX, de “idéias fora do lugar”. Como foi no caso do liberalismo brasileiro, que convivia sem contradições aparentes com o escravismo, o mesmo vale em relação à medicina mental, que transportava teorias eugênicas européias de Morel¹⁷ com a maior facilidade para adaptar às singulares condições brasileiras, sendo utilizadas para o assujeitamento das populações mestiças e negras¹⁸.

Uma das produções recorrentes da nascente medicina mental brasileira, no final do século XIX, e presente nos trabalhos de Nina Rodrigues era a herança racial do povo brasileiro e o destino da nação. Esse temor era compreensível nesse momento de forte debate sobre o lugar do Brasil frente aos países “civilizados do mundo”. O processo de abolição da escravatura (1888) promoveu uma mudança radical no modo de sociabilidade com esse novo contingente populacional livre, e que foi sentido como momento de crise e perigo pelas elites escravocratas. Esse processo também impulsionou a transformação no modo de produção econômica, que não contaria mais, pelo menos teoricamente, com a mão de obra escrava, que era, então, a base da força de trabalho no Brasil. Essa população teria que se adaptar ao trabalho assalariado.

¹⁶ PEIXOTO, A. L. S. *Considerações Gerais Sobre a Alienação Mental*. 1837. Tese – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. É a primeira tese brasileira sobre a doença mental.

¹⁷ Psiquiatra francês-austriaco que escreveu um famoso tratado sobre as degenerescências, em 1857, chamado: *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*. Suas idéias associando loucura, crime e degeneração tiveram bastante eco no Brasil e persistiram no tempo, sendo encontradas na Liga Brasileira de Higiene Mental no século XX.

¹⁸ “Enquanto na Europa a degenerescência atingia os pobres, principalmente o homem do campo e as classes trabalhadoras, tomadas como classes perigosas por Morel (1857), no Brasil ela se estendia aos pretos e principalmente aos mestiços. Nina Rodrigues distinguia dentre aqueles, os sudaneses porque eram considerados puros e, embora fossem inferiores aos brancos, estavam muito acima de outras raças africanas, como os bantos” (LOBO, 1997, p. 216).

A população negra foi insistentemente desqualificada pelos saberes médicos como forma de inferiorização social e política, diante de um regime político excludente que produzia medo em relação aos escravos dentro e fora da casa-grande branca (COSTA, 2004).

Por isso, as concepções médicas apresentam uma visão nada favorável em relação aos escravos e prescrevem cuidados higiênicos para a família branca, o que demonstra o clima político que a população negra enfrentou e continuou deparando-se depois do fim da escravidão. Nesse sentido, a pesquisa genealógica empreendida por Machado *et al.* (1978) afirma:

O escravo na cidade, através dos efeitos de sua presença no seio da família branca, é visto como causa de desordem, sexualidade desregrada, paixões, doenças, vaidade, egoísmo, brutalidade. Ao procurar transformá-la através de sua higienização, a medicina tematiza o escravo como obstáculo fundamental à criação de uma família branca sadia. O escravo causa malefícios a todos os seus membros: crianças, jovens e pais têm sua saúde e moral danificadas pela presença do escravo (MACHADO *et al.*, 1978, p. 353).

Com isso, é possível entender os apelos dos médicos que clamavam pela preocupação eugênica e higiênica com a população pobre e negra espalhada pelas ruas das cidades. A impureza da raça era o mal a ser combatido na defesa do Estado, da família e do corpo (COSTA, 2004, p. 147).

Nina Rodrigues, em diversos artigos publicados na Gazeta Médica da Bahia¹⁹ (GMB), a partir de 1894, propõe a diferença entre as raças e condena a mestiçagem a partir de explicações social-darwinistas. A mistura das “raças” será condenada de forma veemente, já que é um sintoma de degenerescência. Os negros e mestiços, nesses textos, eram vistos como fator da nossa inferioridade como povo (SCHWARCZ, 1993, p. 207).

Utilizando modelos social-darwinistas, esses cientistas farão uma leitura original da realidade nacional ao apontar o cruzamento como o nosso maior mal, ao condenar a hibridação das raças e sua conseqüente degeneração (SCHWARCZ, 1993, p. 208).

Os estudos de Nina Rodrigues, em geral, buscam uma explicação determinista para o “enfraquecimento” da raça e da saúde da população brasileira, de acordo com as características biológicas dos negros, suas disposições psíquicas e físicas. Com estas lentes teóricas, os médicos começam a ver coisas nas ruas da cidade:

Pois bem, eu tenho visto casos numerosos de hysteria em pessoas de raça negra, e nesta observação não estou em unidade. Os meus distinctos collegas Drs. Alfredo Britto e Matheus Souto, que se dedicam à especialidade de moléstias nervosas, me declaram que a elles também se têm offerecido occasiões múltiplas de ver a hysteria

¹⁹ Publicação oficial da Faculdade de Medicina da Bahia, fundada em 1866, circulou até 1934 de forma regular, depois retorna no período de 1966 até 1972. Atualmente, voltou a ser editada em 2006 e está no ano 142, volume 77, número 2, agosto a dezembro de 2007, que comemora o Bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia.

da raça negra, acontecendo que o ultimo desses dois professores, recentemente, prestou cuidados médicos a um bello caso de catalepsia de uma mulher bem negra. Há poucos mezes ainda, em companhia dos Drs. Afredo Britto, Aurélio Vianna e Juliano Moreira assisti a uma pretensa sessão espírita na rua da Calçada no Bomfim desta cidade em que grupos de negros apresentavam todas as manifestações da hysteria convulsiva (NINA RODRIGUES, 2006, p. 87-88, grifos seus).

Nesse momento, estamos no panorama do positivismo científico que tanto atravessou a constituição da República brasileira e que se realizou excluindo grande parte da população da participação política, ao mesmo tempo em que são criadas diversas estratégias jurídicas e médicas para enquadrar essa população nos mecanismos moralizantes e normalizadores. Por isso, as manifestações dos negros e mestiços, “vadios” e “capoeiras”, são patologizadas e suas práticas criminalizadas²⁰.

Os textos da Gazeta Médica da Bahia e outros periódicos faziam relação entre a mestiçagem e a incidência de moléstias contagiosas. No final do século XIX, começa a ocorrer um cruzamento da medicina legal, na sua busca pelo criminoso patológico, com a medicina mental, na busca pelas causas da loucura. Produz-se a correlação entre criminalidade e degeneração. A medicina legal se abria para a tarefa histórica de criar uma “ciência brasileira” que cuidasse dos casos de degeneração racial. Violência, epilepsia, alienação, alcoolismo, sífilis e a sexualidade desregrada eram os “sintomas” da decadência racial do povo brasileiro, principalmente associada aos mestiços e negros²¹ (SCHWARCZ, 1993, p. 210; LOBO, 1997, p. 218).

O conceito de anormalidade e degenerescência trabalhado por Juliano Moreira²² possibilita o alargamento do saber psiquiátrico para a sociedade no século XX. Nesse sentido, esses conceitos são manejados para intensificar a intervenção da psiquiatria sobre os epiléticos, alcoólatras e sífilíticos, que são considerados degenerados.

O degenerado – epilético, alcoólatra, sífilítico –, mesmo não alienado, passa a ser objeto da psiquiatria, que não mais está restrita ao alienado, mas atinge a todos aqueles que podem representar um risco de desordem para a norma social. A psiquiatria amplia dessa forma seu campo de intervenção, estabelecendo uma diferença fundamental entre os casos de doença mental e degenerescência moral (PORTOCARRERO, 2002, p. 60).

²⁰ Código Penal da República dos Estados Unidos do Brasil – Decreto número 847, de 11 de outubro de 1890: Capítulo XIII – Dos vadios e capoeiras. Art. 402. Fazer nas ruas e praças públicas exercício de agilidade e destreza corporal conhecida pela denominação Capoeiragem; andar em carreiras, com armas ou instrumentos capazes de produzir lesão corporal, provocando tumulto ou desordens, ameaçando pessoa certa ou incerta, ou incutindo temor de algum mal; Pena – de prisão celular por dois a seis meses.

²¹ Texto “*Perturbações mentais dos negros no Brasil*”, num artigo publicado em capítulos na revista semanal “Brazil-Médico”, em 1904 (ROXO, 1904, p. 181).

²² O conceito de anormalidade vai se transformar em campo de saber e da prática psiquiátrica com Juliano Moreira no século XX, que realiza estudos sobre a epilepsia, alcoolismo e sífilis, e sua relação com a loucura, delinquência e criminalidade.

A intenção saneadora da militância dos “médicos-políticos”²³ se voltava para o fluxo populacional livre na cidade: os pobres, a classe operária e os negros passam a ser alvo de intervenções que visavam disciplinar e normalizar esse contingente “perigoso”²⁴.

O futuro da nação é a idéia-força que guia a construção dessas verdades científicas. A população negra, nesse momento, é vista como objeto da ciência e não somente como máquina econômica. O Brasil, mesmo tendo os negros na sua “cozinha”, pode perder essa oportunidade histórica de pesquisá-los.

Como manifesta de forma incisiva Silvio Romero, na célebre introdução do livro de Nina Rodrigues:

Quando vemos homens como Bleek refugiarem dezenas e dezenas de anos nos centros da África somente para estudar uma língua e colligir uns MITOS, nós que temos o material em casa, que temos a África em nossas COZINHAS, a América em nossas SELVAS e a Europa em nossos salões, nada havemos produzido nesse sentido! É uma desgraça... O negro não é só uma máquina econômica, ele é antes de tudo, e malgrado sua ignorância, um objeto de ciência (*apud* NINA RODRIGUES, 1976, p. 16, grifos seus).

Por sua vez, o psiquiatra Juliano Moreira inova, criando no começo do século XX diagnósticos que abrangem do aspecto orgânico ao social, que estão voltados para “os comportamentos que começaram a ser considerados perigosos, como é o caso dos alcoólatras, epiléticos, querelantes e sífilíticos, agora tornados objetos da psiquiatria” (PORTOCARRERO, 2002, p. 87). Em relação ao alcoolismo, o pensamento de Juliano Moreira segue a compreensão que:

O alcoolismo, por sua própria definição, favorece uma mudança à relação estabelecida entre o elemento físico e o moral. O alcoolismo crônico tem uma variedade clínica que se exterioriza em forma de delírio persecutório com idéias de crimes, alucinações múltiplas e perturbações da sensibilidade geral. [...] O quadro do delírio é ligado ao problema da degeneração (PORTOCARRERO, 2002, p. 87).

O conceito de degeneração e anormalidade possibilita a ampliação do saber psiquiátrico para o campo social, assim como a intervenção das suas práticas. Existem modos de resistência que também aparecem na cena lutando contra essas formas de institucionalização e ampliação do saber psiquiátrico em direção às questões políticas, sociais e culturais.

²³ Mistura de médico com cientista social, de acordo com Mariza Corrêa (CORRÊA, 2000).

²⁴ O conceito de periculosidade é expresso da seguinte maneira por Foucault: “Perigo e perversão: é isso que, na minha opinião, constitui a espécie de núcleo essencial, o exame teórico do exame médico-legal” (FOUCAULT, 2002, p. 43). Para mais informações sobre o funcionamento do “dispositivo da periculosidade” e os discursos de segurança pública, ver: COIMBRA, 2001.

A nossa produção literária também aborda alguns exemplos dessas lutas entre o saber psiquiátrico da primeira metade século XX e as críticas contra o darwinismo social das teorias da degenerescência, que marcaram o final do século XIX. Aparecem as fissuras entre o discurso que trata a mestiçagem negativamente e outro que marca positivamente a singularidade mestiça do Brasil. O romance *Tenda dos milagres* (2001), de Jorge Amado, apresenta, de modo ficcional, debates históricos presentes em obras que foram decisivas na discussão da identidade nacional brasileira, como *Casa-grande e senzala*, de 1933, de Gilberto Freyre; e *Raízes do Brasil*, de 1936, de Sérgio Buarque de Holanda.

Uma contenda famosa do saber médico é a que aparece no romance *Tenda dos milagres*. Ao construir a biografia de Pedro Archanjo, mulato, estudioso dos costumes populares e bedel da Faculdade de Medicina da Bahia, o autor narra o momento em que a academia torna-se palco de um grande debate em torno das questões raciais, médicas e culturais.

Em 1904, O PROFESSOR NILO ARGOLO, CATEDRÁTICO DE MEDICINA Legal da Faculdade de Medicina da Bahia, apresentou a um Congresso Científico reunido no Rio de Janeiro e publicou numa revista médica e em separata a memória *A degenerescência psíquica e mental dos povos mestiços – O exemplo da Bahia*. Em 1928, escreveu apontamentos sobre a mestiçagem nas famílias baianas [...]. Durante essas duas décadas travou-se uma polêmica nos bastidores da Faculdade em torno do problema racial no mundo e no Brasil, envolvendo teses, teorias, autores, cátedras e autoridades científicas e policiais. Livros, memórias, artigos, folhetos foram escritos e publicados e o tema obteve repercussão na imprensa, sobretudo na forma de virulentas campanhas a propósito de aspectos da vida da cidade e de sua condição religiosa e cultural (AMADO, 2001, p. 136, grifos seus).

Nesse momento da narrativa, a vida da cidade é apresentada a partir das lutas e dos lugares de poder. A Faculdade de Medicina da Bahia é o ambiente em que a cultura e a religiosidade eram debatidas com legitimidade científica. O saber médico tentava, então, englobar, na forma de “virulentas campanhas” em que se engajava, as experiências da vida na cidade. No entanto, os saberes populares, ou mesmo minoritários, resistiam e buscavam visibilidade junto à sociedade com a publicação dos livretos de Archanjo.

Assim a história dessa luta de idéias é descrita por Jorge Amado, com sua leveza de contador de histórias:

Os livros de Archanjo, os três primeiros especialmente, encontram-se diretamente ligados a esse debate e assim se pode avançar uma afirmação categórica: houve, no primeiro quartel do século, no burgo da Bahia, uma luta de idéias e princípios entre certos professores da Faculdade, entronizados nas cátedras de Medicina Legal e de Psiquiatria, e os mestres daquela universidade vital do Pelourinho, muitos dos quais só se deram conta dos fatos – e ainda assim em termos restritos – quando a polícia foi chamada a intervir e interveio (AMADO, 2001, p. 136).

É interessante notar como a discussão de idéias dentro da Universidade, entre os saberes populares e o científico, é barrada de forma violenta pelo poder de polícia, braço armado do Estado, contra o boêmio Archanjo. No romance podemos ver nos arquivos policiais sobre o bedel da Escola: “Os fichários da polícia ainda conservam o prontuário de Pedro Archanjo, estabelecido em 1928: *mazorqueiro notório, rebelou-se contra os nobres catedráticos*” (AMADO, 2001, p. 137, grifos seus).

No entanto, assim como na obra *Casa-grande e Senzala* de Gilberto Freyre, ao elogiar a mestiçagem como marca positiva da constituição do Brasil, Jorge Amado neste romance reforça a defesa de uma possível “ciência verdadeira” contra a “ciência falsa, pífia e reacionária” dos catedráticos baianos (*Idem*). De certa forma, essa é a outra face da moeda, pois assim como os cientistas positivistas, estes autores - Jorge Amado e Gilberto Freyre - entendem o Brasil através da sua formação cultural pela mistura das três raças, deixando em segundo plano as questões políticas, sociais e econômicas que estavam em jogo.

Freyre (1996), por sua vez, malgrado a inovação estilística do seu trabalho, apresenta as relações raciais e culturais do Brasil a partir do ponto de vista da Casa-grande, visualizando os negros como população docilizada a ela vinculada, não abordando as resistências à escravidão, muito menos, as experiências quilombolas no Brasil. Tal posição política, ao ganhar difusão, caiu como uma luva para a concepção autoritária e populista da Era Vargas (1930-1945), o presidente “pai dos pobres”. É o triunfo do homem cordial, apontado por Sérgio Buarque, em *Raízes do Brasil*.²⁵ Sendo a marca do individualismo, ao mesmo tempo, autoritário e conciliador da nossa sociabilidade.

Florestan Fernandes, sociólogo marxista, abordou a questão racial a partir da integração dos “negros” e “mestiços” na sociedade de classes e debate a formação do “mito da democracia racial” no Brasil. Para ele:

Sob a égide da idéia da democracia racial justificou-se, pois, a mais extrema indiferença e a falta de solidariedade para com um setor da coletividade que não possuía condições próprias para enfrentar as mudanças acarretadas pela universalização do trabalho livre e a competição. Ao mesmo tempo, assim que surgiram as condições para que o *protesto negro* eclodisse (logo depois da primeira grande guerra e, em particular, no fim da década de 20), tais manifestações foram proscritas como se constituíssem um “perigo para a sociedade”. (FERNANDES, 1972, p.29, grifo seus).

²⁵Tipo psicossocial desenvolvido por Sérgio Buarque de Holanda, inspirado na sociologia weberiana, para expressar o modo brasileiro de ser. (HOLANDA, 1995, p.146).

As relações de poder presentes naquele momento histórico persistem na atualidade, tentando invalidar a participação dos negros e pobres na vida política do país e no acesso aos direitos sociais, entre os quais à saúde. No entanto, as resistências estão presentes desde aquele momento com as criações literárias de Pedro Archanjo e a sua luta contra os saberes instituídos na Universidade. Essas lutas não estão somente expressas na violência policial, mas também na sutileza teórica da democracia racial e o seu paradigma político. Dessa maneira “o paradigma brasileiro nos mostra a violência – e ao mesmo tempo a sutileza - do confronto entre biopoder e resistência biopolítica.” (NEGRI e COCCO, 2005, p.202).

Podemos ver pelo que foi apresentado até agora que o saber médico, na sua trajetória histórica, encontra-se vinculado ao poder do Estado²⁶. A psiquiatria, assim como a medicina legal e o sistema judiciário, participou das construções de “verdades científicas” que serviam politicamente ao Estado nacional e autoritário que se desenvolvia. A medicina moderna, com o seu certificado de cientificidade, ocupa um lugar estratégico de poder em aliança com o Estado para cuidar da saúde das populações e aumentar a riqueza das nações (BIRMAN, 2005, p. 80).

O saber psiquiátrico nos seus laços com a prática judiciária envolveu a sociedade como parte do dispositivo de segurança²⁷ que tem como alvo a população, em defesa da razão de Estado contra as “raças anormais” e as “classes perigosas”.

A medida que o processo de medicalização da sociedade brasileira avança, organiza-se a psiquiatria, reivindicando a competência exclusiva sobre a loucura, ganhando espaços junto ao Estado e ao mesmo tempo dotando-o de novas técnicas de controle social, [...] complemento de programas de higienização e de saúde pública, ganhando um caráter técnico-científico²⁸ (RAUTER, 2003, p. 41).

Da mesma maneira, a tecnologia disciplinar e biopolítica se mesclam no controle do corpo dos desviantes e da população indesejada. Esse é o projeto político autoritário e hierárquico do qual o saber psiquiátrico participa, a partir de várias formas de intervenção social. Um desses lugares de poder é o asilo. Esse espaço disciplinar, por excelência, filtrou os desviantes que não estavam guiados pela lógica capitalista do trabalho e da construção da nação ordeira. Entre os desviantes estavam também, além dos loucos, os bêbados, os malandros, os capoeiras e os desordeiros.

²⁶ Essa vinculação será explicitada no tópico sobre a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) e a sua relação com o Estado Novo.

²⁷ “Este Estado de governo que tem essencialmente como alvo a população e utiliza a instrumentalização do saber econômico corresponderia a uma sociedade controlada pelos dispositivos de segurança” (FOUCAULT, 2005a, p. 291).

²⁸ Cristina Rauter discute a relação entre criminologia e a subjetividade no Brasil a partir do Código Penal de 1940 e os dispositivos disciplinares.

1.4.1. – Lima Barreto – um escritor no hospício

Para ilustrar os efeitos das preocupações disciplinares com os bêbados, vadios, malandros, ou seja, os marginalizados espalhados pela cidade e a maneira pela qual o tratamento do alcoolismo estava inserido no espaço asilar, nas primeiras décadas do século XX, muito próximo da loucura, destacaremos a experiência do romancista Affonso Henriques Lima Barreto, mais conhecido apenas por Lima Barreto. Ele sofreu com o racismo no mundo das letras, além de conviver com a pobreza e o alcoolismo. Em 1919 ocorreu sua segunda internação por causa de delírios relacionados ao uso de álcool no Hospício Nacional de Alienados, até 1903 Hospício de Pedro II. No mesmo ano, antes da internação, ele concorreu e não é eleito para a Academia Brasileira de Letras.

A partir da experiência do internamento, escreve um ‘diário do hospício’, no qual relata a vida nesse lugar e curiosamente o encontro com o psiquiatra Juliano Moreira, então diretor da instituição²⁹. Posteriormente, Lima Barreto tenta transformar seu diário em romance, que teria o título *O cemitério dos vivos*. O romance ficou inacabado devido a sua morte em 1922, mas foi editado postumamente.

No diário-romance, Barreto fala francamente da sua vida no hospício, a partir dos procedimentos pelos quais passou e do momento em que estava internado em 1920:

Estou no Hospício ou, melhor, em várias dependências dele, desde o dia 25 do mês passado. Estive no pavilhão de observações, que é a pior etapa de quem, como eu, entra aqui pelas mãos da polícia.

Tiram-nos a roupa que trazemos e dão-nos uma outra, só capaz de cobrir a nudez, e nem chinelos ou tamancos nos dão. Da outra vez que lá estive me deram essa peça do vestuário que me é hoje indispensável. Desta vez, não. O enfermeiro antigo era humano e bom; o atual é um português (o outro o era) arrogante, com uma fisionomia bragantina e presumida. Deram-me uma caneca de mate e, logo em seguida, ainda dia claro, atiraram-me sobre um colchão de capim com uma manta pobre, muito conhecida de toda a nossa pobreza e miséria (BARRETO, 2002, p. 3).

Aqui, nos é apresentado o quadro geral dessas instituições asilares que de forma monótona se repetiu em todas as outras no Brasil durante o século XX. Podemos, ainda,

²⁹ Juliano Moreira foi diretor da Assistência Médico-Legal aos Alienados de 1903 até 1930, quando é destituído pelo governo provisório de Getúlio Vargas.

radicalizar e dizer com Tykanori e a partir da experiência de Lima Barreto que: “Conhecer um hospital psiquiátrico é conhecer todos”³⁰ (TYKANORI, 2000, p. 20-21). Mais adiante, Barreto expõe o seu percurso por hospitais e hospícios, e fala do incômodo que a polícia provoca, das dificuldades da sua vida, da sua relação com o álcool e a loucura:

Não me incomodo muito com o hospício, mas o que me aborrece é essa intromissão da polícia na minha vida. De mim para mim, tenho certeza que não sou louco, mas devido ao álcool, misturado com toda a espécie de apreensões que as dificuldades de minha vida material há 6 anos me assoberbam, de quando em quando dou sinais de loucura: delírio. Além dessa primeira vez que estive no hospício, fui atingido por crise idêntica, em Ouro Fino, e levado para a Santa Casa de lá, em 1916; em 1917, recolheram-me ao Hospital Central do Exército, pela mesma razão; agora, volto ao hospício (BARRETO, 2002, p.3).

Através do seu gênio provocador, Lima Barreto reflete criticamente sobre as tentativas da ciência médica de definir uma origem da loucura a partir das suas teorias e a relação de poder da ciência:

Todas essas explicações da origem da loucura me parecem absolutamente pueris. Todo o problema de origem é sempre insolúvel; mas não queria já que determinassem a origem, ou explicação; mas que tratassem e curassem as mais simples formas. Até hoje, tudo tem sido em vão, tudo tem sido experimentado; e os doutores mundanos ainda gritam nas salas diante das moças embasbacadas, mostrando os colos e os brilhantes, que a ciência tudo pode (BARRETO, 2002, p. 12).

Essas passagens de *O cemitério dos vivos* dão mostras de como os problemas decorrentes do uso de álcool eram tratados nos espaços como hospitais e asilos, ao mesmo tempo em que a polícia espreitava e intrometia-se na vida dos sujeitos considerados “desviantes”. O abuso de álcool já era, nesse momento, um problema que o poder de polícia controlava disciplinarmente nas ruas da cidade e dispensava os vadios, boêmios e loucos delirantes para os hospícios, lugares do tratamento dessa população bastante heterogênea. A ciência comparecia no jogo de poder e, junto com a polícia, exercia a sua força através do brilhante anel de doutor³¹ enquanto a polícia pelos duros anéis das algemas. Esse é o tipo de dispositivo de segurança que Foucault descreve em

³⁰ De acordo com Tykanori: “Um fenômeno extremamente regular e constante nos hospitais psiquiátricos, verificável empiricamente, diz respeito a uma experiência incomum. Para um observador, é possível apreender um certo padrão geral: o ambiente de ar pesado, que parece estancar o tempo silencioso, escorre com viscoso penar; um lugar onde a dinâmica da vida parece não ter passado por ali. A experiência vai além. A imagem triste de pacientes é caricata: a cabeça pendida, a boca desdentada sem palavras, o corpo alquebrado, o olhar estagnado, os movimentos lentos, o andar sem rumo, formando uma massa disforme” (TYKANORI, 2000, p. 20-21).

³¹ Sérgio Buarque de Holanda diz que: “O amor bizantino aos livros pareceu, muitas vezes, penhor de sabedoria e indício de superioridade mental, assim como o anel de grau ou a carta de bacharel. É digno de nota – diga-se de passagem – o valor exagerado que damos a esses símbolos concretos; dir-se-ia que as idéias não nos seriam acessíveis sem uma intervenção assídua do corpóreo e do sensível” (HOLANDA, 1995, p. 163).

relação ao controle da população por diversas formas coercitivas e a junção entre a polícia e a medicina (FOUCAULT, 2005a, p. 292).

O tratamento no serviço público dos “alcoolistas” era realizado em hospitais e hospícios, assim como mais recentemente esses espaços tradicionais se mantiveram com as mesmas práticas asilares e baseadas no confinamento, desintoxicação e abstinência (BRASIL, 2003). Um exemplo desse tipo de orientação são as clínicas particulares que, no setor privado, seguem o mesmo modelo médico e a atenção baseada na desintoxicação ou reabilitação dos usuários de drogas. Assim também se passa nas “comunidades terapêuticas” de inspiração religiosa voltadas para a “recuperação dos usuários de drogas” e posterior “conversão” nesses centros que ainda estão presentes na atualidade³².

1.4.2. – Liga Brasileira de Higiene Mental

Podemos destacar, naquele contexto histórico, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que incorpora o discurso autoritário da época para propor a educação higiênica da população brasileira. Na década de 1920, o saber psiquiátrico vai se lançar na disseminação de práticas preventistas para evitar as degenerescências no tecido social, notadamente com insistentes campanhas antialcoólicas e com apoio da política de saúde do Estado Novo (1930).

A LBHM foi fundada em 1923, no Rio de Janeiro, pelo psiquiatra Gustavo Riedel. Um dos pioneiros da área, Riedel foi o primeiro presidente da Liga. Nos seus quadros também constavam Juliano Moreira, Renato Kehl, Henrique Roxo, Ernani Lopes, Julio Porto Carrero, Ulisses Pernambucano – a elite psiquiátrica do Brasil –, além de juristas, educadores e ocupantes de cargos públicos (COSTA, 1989, p. 45).

Inicialmente, o objetivo institucional da LBHM era melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos brasileiros. Em 1926, surgem projetos que ultrapassam esse objetivo e o foco da instituição passa a ser a prevenção eugênica e a educação higiênica dos indivíduos. Mesmo assim, alguns de seus membros continuavam fiéis ao princípio de humanização da assistência psiquiátrica,

³² O atendimento a usuários de drogas também é feito no estado do Rio de Janeiro através de “clínicas populares” e “abrigos” conveniados à Secretaria de Ação Social do Estado, e que não diferem muito das formas asilares e religiosas tradicionalmente encontradas para o tratamento do abuso de álcool e outras drogas. Informação fornecida por uma das coordenadoras da política de álcool e drogas do Rio de Janeiro em jan. 2007.

como é o caso de Ulisses Pernambucano, que fundou, em 1925, no Recife, uma escola para a educação de crianças “anormais”, e discordava da proposta eugênica defendida por Riedel.

A partir dos textos, artigos e outras publicações lançadas em 1926, os psiquiatras da Liga defendem uma nova concepção higienista e de proteção da saúde mental dos indivíduos “normais” (COSTA, 1989, p. 46). A intervenção preventista dos psiquiatras incide no meio escolar, profissional e social. O projeto eugênico era orientado pela concepção organicista, notadamente da psiquiatria alemã de Kraepelin, que defendia a hereditariedade da doença mental.

A higiene mental, no período de 1928 a 1934, passa a ser a teoria geral que orienta a prática da psiquiatria na LBHM. Em 1929, reafirmam em editorial a idéia de “*crescer e fructificar as ideas de hygiene mental e eugenia, que consubstanciavam o programma d’aquella instituição*” (ABHM, 1929).

O conceito de eugenia criado por Francis Galton, fisiologista inglês, no século XIX, referia-se ao “estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras”. Esse conceito, já de uso corrente nos meios intelectuais e científicos, foi utilizado pelos psiquiatras da Liga como justificativa para intervenções sociais, afirmando, muitas vezes, concepções e práticas racistas e autoritárias.

É importante frisar a atenção que a Liga dispensou às campanhas antialcoólicas. A LBHM apoiou o Departamento de Saúde do Estado Novo em 1930 – iniciativa, esta, que visava expandir os métodos de higiene mental a todo o povo brasileiro.

A construção da nação advinha do cuidado eugênico da “raça brasileira”. A Liga atuou de forma entusiástica em campanhas antialcoólicas com o apoio do Estado Novo, como podemos ver nessa passagem:

O governo da Revolução de 1930 parece ter apoiado os psiquiatras da LBHM, sobretudo em suas campanhas antialcoólicas. Este apoio ligava-se, por um lado, à vigilância policial mais severa aos delinqüentes alcoólatras e marginais e, por outro lado, à criação do Departamento Nacional de Saúde (COSTA, 1989, p. 59).

O Departamento Nacional de Saúde reformulou no plano nacional os dispositivos psiquiátricos e promoveu as idéias de combate ao alcoolismo encampado pela Liga. As campanhas antialcoólicas e as medidas repressivas não estão de acordo com a relevância de um real problema social, mas afirmam a possibilidade de intervenções eugênicas desejadas pela Liga.

Essas concepções médicas e políticas estavam presentes nos artigos que seus membros publicavam na revista *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental (ABHM)*³³, de publicação semestral, que teve seu primeiro número em 1925. A revista tinha uma publicação irregular; em 1929 foram publicadas três edições, e em 1930, nove. Os Arquivos tiveram grande difusão no país além do âmbito médico, com distribuição gratuita nos colégios e bibliotecas. Muitos artigos defendiam a inferioridade racial dos negros e dos mestiços, além de medidas profiláticas mais ou menos compulsórias: o certificado pré-nupcial e a esterilização dos “degenerados”³⁴ (LOBO, 1997, p. 79).

A Liga, através de Gustavo Riedel, inicia, então, campanhas educativas, além de implantar serviços de proteção à infância, como o ambulatório de psiquiatria, cujo objetivo era “cuidar” da criança e da família através do aconselhamento genético para prevenir distúrbios mentais (RESENDE, 2007, p. 54).

A psicanálise, que começava a se institucionalizar no Brasil na década de 30, foi assimilada pelos psiquiatras da Liga dentro do projeto eugênico. Em 1926, Julio Porto Carrero funda a clínica psicanalítica, que dura até 1927. A psicanálise era vista na LBHM como uma técnica terapêutica, mais do que uma disciplina contrária ao organicismo. As contribuições de Freud foram “adaptadas” no sentido de instituir práticas nas escolas, juizados de menores e propiciar educação sexual às massas. Dessa forma, a psicanálise foi utilizada para expandir os ideais eugênicos e preventistas da organização (PONTE, 1999, p. 185).

A criação da LBHM processou-se numa década de intensa mudança social, econômica e política. Seus ideais expressam a vontade de “modernização” da sociedade e a construção de um “novo homem”, defendendo o modelo do homem moralista, disciplinado e disciplinador, racista, intolerante e autoritário (COSTA, 1989, p. 81).

Amarante (2008), ao analisar a LBHM, reforça a ligação da psiquiatria com o Estado da seguinte maneira: “Através da Liga Brasileira de Higiene Mental, a psiquiatria coloca-se definitivamente em defesa do Estado, levando-o a uma ação rigorosa de controle social e reivindicando, para ela mesma, um maior poder de intervenção” (AMARANTE, 2008, p. 78).

Podemos ver que a preocupação com os “degenerados” está presente no cuidado eugênico da Liga. Também a constituição de campanhas antialcoólicas já fazia parte do programa da instituição. Esse modelo campanhista antialcoólico migrou posteriormente, na

³³ “Para Nossa Legislação Antialcoólica”. In: *Arch. Bras. De Hygiene Mental*, (IV) 3/1931, s/p.

³⁴ Lilia Lobo diz que: “O projeto médico-legal do certificado pré-nupcial jamais foi transformado em lei, mas seus efeitos, tal como a discussão sobre a esterilização dos degenerados, espalharam-se por toda a sociedade, trazendo novas nuances sobre a questão do racismo no Brasil” (LOBO, 1997, p. 80).

segunda metade do século XX, para outras substâncias psicoativas, principalmente a maconha, a cocaína, os alucinógenos e as anfetaminas, e configura-se, atualmente, com a abordagem dominante de guerra às drogas.³⁵

1.5 – A consolidação do modelo manicomial no Brasil

A partir da visão histórica da psiquiatria, podemos ver que o asilo e a prisão eram o destino social dos considerados bêbados, desordeiros e, posteriormente, os chamados de “drogados” ou “usuário de drogas”; esse espaço é o mesmo para onde são endereçados os loucos, criminosos, marginalizados ou desfilados³⁶.

As Santas Casas de Misericórdia no século XIX não eram suficientes para recolher os loucos que habitavam as ruas, por isso, além dos porões das enfermarias, as prisões eram o lugar onde a loucura dividia espaço com “criminosos, condenados ou não, bêbados e arruaceiros, e onde, contrariamente ao que sucediam nas enfermarias das casas de caridade, os maus tratos eram democraticamente distribuídos a todos” (RESENDE, 2007, p. 35).

No começo do século XX, novas instituições aparecem no mapa psiquiátrico: o Hospício Colônia do Juquery (1903), construído em São Paulo, teve como seu primeiro diretor Franco da Rocha, e “chegou a ter 16 mil internos” asilados nas suas dependências (AMARANTE, 2007, p. 40).

No ano de 1903, Juliano Moreira assume a direção da Assistência a Alienados e fica na gestão do Hospício Nacional, no Rio de Janeiro. Nas décadas seguintes, as colônias agrícolas com tratamento *open door*, manicômios judiciários e grandes instituições psiquiátricas se disseminam pelas principais cidades do país, no entanto, o desenho institucional continua com as práticas baseadas na violência e exclusão.

Resende (2007) afirma que os hospícios-colônias, no Brasil, não conseguiam selecionar a população que chegava a suas portas por processos clínicos e terapêuticos, e recebiam uma população heterogênea, tais como

[...] a de moças namoradeiras que foram desvirginadas e desonradas, crianças que se tornaram órfãs, mendigos ou arruaceiros que, pela intermediação de um chefe

³⁵ Iremos abordar a política de “guerra às drogas” e as práticas proibicionistas no terceiro capítulo da dissertação.

³⁶ Termo utilizado por Robert Castel em relação aos processos de desagregação social no contemporâneo (CASTEL, 1998).

político local ou um delegado de polícia, encontravam no encaminhamento ao hospício a solução definitiva (RESENDE, 2007, p. 52).

Dessa maneira, a população dos asilos era marcada pela heterogeneidade, onde as questões sociais e políticas eram despejadas na tentativa de enclausurar o “problema”. Assim foi feito com os “bêbados” e alcoolistas pobres que eram varridos para dentro do hospital. As outras formas de uso de drogas, nesse momento, não se configuravam como problema social para o asilo, e eram tratadas, se houvesse recurso para isso, em clínicas particulares. As iniciativas de criação de reformatórios para alcoólatras não tiveram sucesso no começo do século XX, mas visavam separar os degenerados dos verdadeiros doentes mentais, a fim de proporcionar, supostamente, as condições adequadas de tratamento “por meio de uma profilaxia específica” (PORTOCARRERO, 2002, p. 132).

Na década de 1930, Juliano Moreira propõe a criação de um sanatório para os alcoolistas. Diz ele: “Esforcemo-nos por obter a criação de um sanatório-colônia para os alcoolistas” (MOREIRA, 1933).

O consumo do álcool, mesmo sendo liberado, é a substância sobre a qual recai a maior vigilância policial a partir do Código Penal de 1940 (RAUTER, 2003). Dessa forma, muitas vezes esse tipo de problema era tratado disciplinarmente nos asilos e hospitais psiquiátricos.

Essa realidade asilar relaciona-se com a vida política do país e o autoritarismo que se impõe com o golpe militar. Nesse sentido, Delgado (2008, p. 62) revela que o ciclo da ditadura militar no Brasil consolida a “ordem asilar”, na qual o crescimento do setor privado na saúde mental acontece sob o signo da pretensa modernização em relação ao asilo psiquiátrico público.

Com a ditadura militar brasileira, a partir de 1964, afirma-se a privatização e massificação da saúde mental, com a contratação e o aumento de leitos em hospitais privados a partir do forte *lobby* dos empresários da saúde, processo conhecido com o nome de “Indústria da Loucura”. Entre as décadas de 1960 e 1970, o perfil nosológico encontrado nos hospitais psiquiátricos indica um considerável aumento de alcoolistas e neuróticos (RESENDE, 2007).

Esse aumento parece indicar que os indesejáveis da ditadura militar foram “enquadrados” na categoria abrangente e imprecisa de ‘neuróticos’. Institucionalizados e psiquiatrizados para serem neutralizados politicamente nesse período de lutas e, em contrapartida, de torturas e censuras implementadas pela ditadura militar. Existem alguns casos em que militantes políticos contrários à ditadura foram estrategicamente “aprisionados”

em manicômios judiciários e no Hospício do Juquery, em São Paulo. As fichas médicas de presos políticos, enquadrados na Lei de Segurança Nacional, foram encontradas no arquivo do Hospital Psiquiátrico do Juquery³⁷ em 1998.

O tratamento compulsório dos “drogados” no período ditatorial foi uma prática disseminada. Podemos verificá-la no livro *O canto dos malditos*, de Austregésilo Carrano, e no documentário *Os Doces Bárbaros*, de Jom Tob Azulay (1978).

No livro *O canto dos malditos*³⁸ (2004), Austregésilo Carrano Bueno relata, de forma crua, a experiência torturante dentro do hospício Bom Retiro, no Paraná, no qual foi internado violentamente em 1974. Sua internação, nesse hospital psiquiátrico, ocorreu quando ele tinha 17 anos, devido ao uso de maconha. No hospício, Carrano foi submetido a eletrochoques, celas-fortes e a diversas formas de assujeitamento. O livro de Carrano é um retrato do tipo de “tratamento” dentro dos hospícios nos anos de chumbo, e de forma mais ampliada do autoritarismo propiciado pelo AI-5³⁹ na década de 1970. Como ele mesmo afirma:

Os anos 70 foram também marcados pela tortura da polícia brasileira. Barbarizaram, pois o famigerado AI-5 lhes garantia essas atividades. Torturavam, desapareciam com pessoas, tudo em nome da Lei, chegando ao ponto que esses carrascos ultrapassaram as barreiras nacionais. Os jovens, os cabeludos, os maconheiros, como éramos denominados por uma sociedade dirigida a pensar como os ditadores desejavam, eram alvo de todas as atenções. Os dirigentes-ditadores, inteligentemente, desviavam a atenção da sociedade em nossa direção. Enchiam os jornais de manchetes como “Maconheiro cabeludo estupra menor”, “Maconheiros cabeludos assaltam para comprar drogas” [...] e outras manchetes desse gênero. Criavam na população aversão a qualquer jovem que usasse cabelos compridos. Fomos assim perseguidos não só por policiais, mas também discriminados e repudiados até mesmo por nossos familiares (BUENO, 2004, p. 48).

A denúncia pungente de Carrano expõe as diversas formas de violências as quais os usuários de drogas eram submetidos, não somente nos hospícios como fora deles – mais do que uma triste exceção, era a regra. Assim, aparecem os laços das estratégias políticas do AI-5 e a sua capilaridade em vários setores da sociedade brasileira⁴⁰.

No documentário de Jom Tob Azulay, a excursão do grupo “Os Doces Bárbaros” (Caetano Veloso, Maria Bethânia, Gal Costa e Gilberto Gil), em 1976, é interrompida após uma batida policial “dar uma geral” no quarto de hotel de Gilberto Gil, em Florianópolis, e

³⁷ “Mistérios marcam cem anos do Juquery”. *Jornal de Psicologia: CRP-SP*, a. 17, n. 113. nov./dez. 1998.

³⁸ O livro foi adaptado para o cinema por Laís Bodanski, diretora do filme “Bicho de Sete Cabeças” (2001).

³⁹ Ato Institucional número 5, decretado pelo regime militar em 13 de dezembro de 1968.

⁴⁰ Ver: *Brasil: nunca mais – Um relato para a história*. Arquidiocese de São Paulo. Petrópolis: Vozes, 1985.

encontrar um cigarro de maconha. Gil é julgado como usuário de drogas, condenado à internação no Instituto Psiquiátrico São José⁴¹.

No processo judicial, segundo o Ministério Público, Gilberto Gil é considerado não como artista, mas “o criminoso Gilberto Passos Gil Moreira”, preso em flagrante delito portador da “erva maldita que tanta infelicidade vive causando a milhares de lares brasileiros”. E mais adiante afirma que ele “[...] encontrava talvez inconscientemente fazendo difusão da droga tão combatida nos dias atuais”. (DOCES BÁRBAROS, 1978).

Por sua vez, o juiz da 1ª Vara Criminal de Florianópolis, Ernani Palma Ribeiro, baseia a sua decisão argumentando através de associações improváveis entre as declarações de Gil na imprensa e a música “Refazenda”, além de afirmar que as práticas do denunciado “não encontram ressonância na ciência e experiência humana”. Diz o juiz que:

Após a sua prisão e entre as suas primeiras declarações feitas à imprensa, Gilberto Gil declarou que: “Gostava da maconha e que seu uso não lhe fazia mal e nem lhe levava a fazer o mal”. Em juízo, Gilberto Gil declarou que o uso da maconha “o auxiliava sensivelmente na introspecção mística”. Assim, as palavras primeiras de Gilberto Gil podem ter a mesma ressonância rítmica e poética de “Refazenda”, o abacateiro, mas não encontram ressonância na ciência e experiência humana. Apesar disso não se pode afirmar que Gilberto Gil, uma das mais lídimas expressões da música popular brasileira, incontestado ídolo da juventude, seja um apologista inconsciente do uso de drogas. Face ao exposto, mais do que os autos constam, julgo procedente a denúncia para determinar a internação do denunciado Gilberto Gil no Instituto Psiquiátrico São José por período suficiente à sua recuperação (DOCES BÁRBAROS, 1978).

Na clínica psiquiátrica, ao lado do baterista dos “Doces Bárbaros”, Chiquinho Azevedo, que também foi sentenciado, e com um policial vigiando na porta, Gilberto Gil fala sobre esse acontecimento e das transformações culturais vividas nessa época. Gil aponta para as formas de resistência e as lutas contraculturais contra a moralidade dominante e os poderes pautados pela lógica repressiva que produz culpa e pecado⁴²:

[...] Eu, outro dia, estava pensando: sou maior de idade, tenho 34 anos, sou pai de cinco filhos, sou uma pessoa experimentada em vários sentidos. Tenho concepção relativamente clara sobre bem e mal e sobre o que é estar também fora do bem e do mal; quer dizer, tenho pelo menos vontade de aprender, tenho colocado minha vida para aprender a superação desse problema todo, da dúvida e da culpa, e dessas coisas todas [...]. A gente tá vivendo um momento que se busca toda uma descontração no mundo inteiro, com relação a novos hábitos, à formação de novos padrões, de novos conceitos sobre atitude social, sobre comportamento particular, sobre privacidade; quer dizer, sobre respeito à vida privada das pessoas (DOCES BÁRBAROS, 1978).

⁴¹ O Instituto São José existe até hoje, é conveniado ao SUS e com serviço de tratamento para dependência química. Em: <http://www.saojosecentrodepsiquiatria.com.br/> (consultado em 26 de maio de 2008).

⁴² A ditadura militar censurou parte do filme, principalmente a fala de Gil sobre as drogas. No ano de 2004 o filme foi relançado nos cinemas, sendo incluídos os trechos censurados.

Embora a justificativa do juiz possa parecer risível, como anuncia o olhar incrédulo e o riso contido de Gil no documentário ao ouvir a sentença, essas práticas não são desimportantes, pois as forças presentes nesse acontecimento produziram formas de pensar, sentir e agir, e evidenciam as tramas de poder que ainda estão presentes nos dias de hoje em relação às drogas. Durante a ditadura militar foram acionadas subjetividades e práticas autoritárias e criminalizadoras em torno das questões relativas às drogas e que apresentam tensões políticas na atualidade.

No jornal O Globo, de 10 de junho de 1976, uma matéria aborda o assunto com a seguinte manchete: “Gilberto Gil é internado em clínica psiquiátrica”. A notícia relata a sua prisão e os procedimentos médicos pelos quais passou, tendo sido “examinado por uma junta psiquiátrica por determinação da 1ª Vara Criminal”. O conteúdo do laudo psiquiátrico assinado pelos drs. Antônio Carlos Burg e Pedro Largura, diretor do manicômio judiciário de Florianópolis, revela que: “Nos artistas se observam sintomas que recomendam o internamento hospitalar com assistência médica especializada” (O GLOBO, 1976, p. 6).

Esses são os discursos com poder de verdade baseados no estatuto científico e que também fazem rir. Tais discursos foram descritos por Foucault numa série de cursos publicados na obra *Os anormais*, no qual afirma que: “Esses discursos cotidianos da verdade que matam e que fazem rir estão presentes no próprio âmago da nossa instituição judiciária” (FOUCAULT, 2002, p. 9).

Estamos diante da aliança entre as práticas psiquiátricas e o poder judiciário de trancafiar e mortificar sujeitos através das suas formas de “recuperação” e tratamento compulsório. O que esses casos apresentados revelam é como práticas médicas e judiciárias estão entrelaçadas com as estratégias de poder da ditadura militar, evidenciando as práticas disciplinares do asilo e a medicalização da sociedade através da higiene moral que está presente em diferentes contextos históricos e instituições sociais no Brasil. Foucault evidencia essa rede de instituições sociais que funcionam vigiando e promovendo a correção de virtualidades. Foucault diz que no século XX

[...] desenvolve-se em torno da instituição judiciária, e para lhe permitir assumir a função de controle dos indivíduos ao nível da sua periculosidade, uma gigantesca série de instituições que vão enquadrar os indivíduos ao longo de sua existência; instituições pedagógicas, como a escola; psicológicas ou psiquiátricas, como o hospital, o asilo, a polícia, etc. Toda essa rede de um poder que não é judiciário deve desempenhar uma das funções que a Justiça se atribui nesse momento: função não mais de punir as infrações dos indivíduos, mas de corrigir suas virtualidades (FOUCAULT, 2005c, p. 86).

Apontamos, neste capítulo, o lugar da psiquiatria na implicação com as estratégias disciplinares e o *biopoder*. Essas tecnologias de poder estão dentro da constituição de uma racionalidade política do Estado moderno, que é marcado pela estatização de governamentalidades. Ou seja, captura dentro do aparelho de Estado novas formas de governo (FOUCAULT, 2005a, p. 292).

Depois de localizar a psiquiatria clássica e suas estratégias de poder, analisaremos o processo de crítica ao saber-poder da psiquiatria e a emergência dos movimentos sociais no campo da saúde que impulsionam a Reforma Psiquiátrica brasileira – sendo este movimento entendido como o plano do coletivo que disparou novas formas de cuidado e de gestão em saúde, e a criação de dispositivos voltados para usuários de álcool e outras drogas, que são os CAPSad. Essa análise vai ser feita a partir dos coletivos e da produção de novas políticas públicas de saúde que estão expressas nos princípios do SUS.

2 – CARTOGRAFIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Os mais doces Bárbaros

Com amor no coração
Preparamos a invasão
Cheios de felicidade
Entramos na cidade amada

Peixe Espada, peixe luz
Doce bárbaro Jesus
Sabe bem quem não é otário
Peixe no aquário nada

Alto astral, altas transas, lindas canções
Afoxés, astronaves, aves, cordões
Avançando através dos grossos portões
Nossos planos são muito bons

Com a espada de Ogum
E a benção de Olorum
Como num raio de Iansã
Rasgamos a manhã vermelha

Tudo ainda é tal e qual
E, no entanto nada é igual
Nós cantamos de verdade
E é sempre outra cidade velha

Caetano Veloso

2.1 - A construção do mapa: a cartografia

Nessa parte da pesquisa vamos mapear, inicialmente, as forças do movimento da Reforma Sanitária a partir do final da década de 1970, que desembocou na constituição do SUS na década seguinte. Tais movimentos, que estão inseridos na democratização do país, tornaram possível o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira através de políticas públicas e de Estado que promovem atenção psicossocial e a criação dos dispositivos de saúde mental públicos, abertos e guiados pela lógica do território. Essas forças na saúde pública buscam romper com o modelo privatista e com a forma manicomial na saúde mental.

Na construção do nosso mapa dos movimentos de saúde e da composição política da RD no Brasil, a proposta é desdobrar as genealogias numa cartografia da atualidade (ROLNIK, 2007). Assim, a perspectiva genealógica nos ajudou a ver os processos de formação histórica da psiquiatria e a constituição das forças que dão corpo às práticas sociais de saber-poder encarnadas por ela. O método genealógico promove a desmontagem das

formações históricas ao ensejar a análise microfísica do poder. O movimento cartográfico da Reforma Psiquiátrica visa acompanhar os novos traçados das práticas impulsionadas por essas forças constituintes na saúde (NEGRI, 2002), entre eles o CAPSad e as práticas de RD, que são resistências biopolíticas propiciadas pelas lutas dos coletivos – lutas da multidão⁴³.

No encontro dessas políticas de saúde (Saúde Mental e Redução de Danos) será possível acompanhar as linhas de composição das práticas que aparecem com a utilização do método genealógico. Entendemos que as práticas do presente são históricas e foram produzidas por processos singulares de lutas e modos de resistência.

Aqui, entendemos as lutas da multidão pelos espaços coletivos abertos para a cooperação do trabalho criativo e da produção de singularidades que estão em constante movimento. Afirmamos que a política da RD amplia espaços solidários de participação na produção de uma política de saúde construída e gerida pelos coletivos (usuários, redutores de danos, trabalhadores de saúde, gestores, etc.), sendo assim resistências biopolíticas, ou seja, afirmadoras da vida (NEGRI, 2003).

Então, o desafio é empreender uma crítica a partir de baixo⁴⁴, na história das práticas psiquiátricas, para inquirir os caminhos políticos da Reforma Psiquiátrica. Por isso, entendemos a crítica no contemporâneo na sua dupla acepção: crítica ao instituído, pelo método genealógico, e de acompanhamento dos movimentos constituintes, com a ferramenta da cartografia – apreendida também como experiência de crise, visto que nunca sabemos de antemão para onde as forças constituintes irão se encaminhar (PASSOS e BENEVIDES DE BARROS, 2001).

Aqui, a cartografia das novas políticas públicas possibilitadas pela Reforma Psiquiátrica brasileira evidencia algumas linhas que permitem acompanhar as transformações provocadas nas práticas da saúde mental, e que abrem novas perspectivas clínico-políticas. As novas políticas de álcool e outras drogas em saúde mental, a RD e o dispositivo do CAPSad estão inseridos no processo das lutas democráticas da saúde. A partir dessas transformações, poderemos mapear as forças dessas práticas e que produções elas favorecem no corpo social ao analisar os seus agenciamentos⁴⁵ e as políticas de subjetivação que elas implicam.

⁴³ O conceito de multidão utilizado na dissertação será usado de acordo com o sentido que Negri e Hardt dão ao termo. (NEGRI e HARDT, 2005).

⁴⁴ Abordamos o campo da saúde a partir das lutas constituintes, como afirma Antonio Negri nas *Cinco lições sobre o Império* (NEGRI, 2005, p. 179).

⁴⁵ O conceito de agenciamento é utilizado por Deleuze e Guattari para pensar relações moleculares e molares que atravessam todo o corpo social e participam dos processos de subjetivação. Assim, eles dizem: “Um agenciamento é precisamente este crescimento das dimensões numa multiplicidade que muda necessariamente de natureza à medida que ele aumenta suas conexões.” (DELEUZE e GUATTARI, 1995, p. 17).

Segundo Deleuze e Guattari, as cartografias, ao invés da representação através do decalque, são mapas abertos: “Um mapa tem múltiplas entradas, contrariamente ao decalque, que volta sempre ao mesmo. Um mapa é questão de performance, enquanto que o decalque remete sempre a uma presumida competência” (DELEUZE e GUATTARI, 1995, p. 22).

As cartografias inscrevem linhas, conectam, fazem montagens. Apresentam novas formações que até então não tinham sido riscadas no mapa. Dessa forma, abrem novos caminhos para a pesquisa, novos desafios para serem acompanhados de perto por outros traçados políticos. Assim, afirmam Deleuze e Guattari:

O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social. Pode-se desenhá-lo numa parede, concebê-lo como obra de arte, construí-lo como ação política ou como uma meditação (DELEUZE e GUATTARI, 1995, p. 22).

Dessa maneira, ao invés de fazer um decalque das práticas presentes nas políticas de saúde mental em curso, é melhor mapear as linhas e os vetores que configuraram as lutas e resistências dentro desse cenário e, com isso, investir em algumas ligações da Reforma Psiquiátrica, situando-a na tensão da sociedade disciplinar e de regulamentação da população, tendo em vista que as novas práticas em saúde mental abrem linhas de investigação em relação à articulação do *biopoder* e às atuais políticas de álcool e outras drogas.

Com Rolnik (2007) sabemos que o “princípio do cartógrafo é extramoral”. Ele está altamente implicado com modos de expansão da vida e para isso cria estratégias móveis no sentido de defendê-la. O princípio do cartógrafo é vital e não-moral (ROLNIK, 2007, p. 68). O cartógrafo é um observador atento das linhas políticas que promovem um aumento da potência de vida, fazendo avançar as lutas. Podemos pensar a atividade do cartógrafo como uma construção política na sua prática de pesquisa, uma vez que essa prática aponta para novos modos de invenção no *socius*, novas sociabilidades e outras formas de produção de subjetividade – entendidas como formas de pensar, sentir, perceber a si e ao mundo produzidos por diversos dispositivos sociais, culturais e políticos que são históricos. “A prática do cartógrafo é, aqui, imediatamente política” (ROLNIK, 2007, p. 69).

A cartografia é um traçado político, “no entanto ela nada tem a ver com o poder no que se refere às relações de soberania ou de dominação” (*Ibidem*). Essas relações de soberania estão do lado da macropolítica, que é regida pela lógica da identidade, totalidade, oposição, contradição, etc. Mais do que analisar essa constituição macropolítica, a cartografia está do

lado da análise microfísica do poder, pois se refere ao poder em sua dimensão de técnicas de subjetivação ou dos processos que estas favorecem (ROLNIK, 2007, p. 70).

O que está sendo colocado aqui é como a cartografia vai cuidar desses movimentos de constituição de novos regimes de subjetivação ao apontar para as práticas sociais que produzem sujeitos singulares. Ou seja, aqui perguntamos com Foucault: quais são as práticas que produzem tais formas de subjetivação ou de assujeitamento? Essas cartografias avaliam a constituição de um território existencial, político e teórico que são provisórios, em via de se desterritorializar ⁴⁶.

A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes se tornaram obsoletos (ROLNIK, 2006, p. 23).

Análises móveis que se articulam com as produções sociais e as transformações das paisagens políticas: essas são as coordenadas do cartógrafo e é aí que sua ética faz morada, na constituição de alianças que aumentem a potência da vida, a sua autonomia e liberdade (SPINOZA, 1965). Podemos dizer, tomando emprestada a formulação de Rolnik (2007), que o cartógrafo é, antes de tudo, um antropófago⁴⁷, pois devora as contribuições políticas, teóricas, artísticas para produzir um novo plano de composição, criar caminhos insuspeitos de análise, novas perspectivas de abordagem e colocação de problemas inusitados.

Uma das formas de empreender uma análise cartográfica da Reforma Psiquiátrica é saber quais são as linhas que compõem o movimento político e analisar micropoliticamente os riscos que elas trazem e os agenciamentos que elas fazem no campo social. Essas linhas podem ser segmentárias, flexíveis ou de fuga (DELEUZE e GUATTARI, 2005, p. 95).

Isso não quer dizer que estão separadas umas das outras; elas estão imbricadas no mesmo plano, compõem forças imanentes que se apresentam emaranhadas na sociedade de tal modo que não podemos afirmar que uma linha é melhor do que as outras. A cartografia mapeia as linhas para saber quais fazem avançar a Reforma Psiquiátrica e as práticas de RD, e quais estagnam o movimento. Essas cartografias podem apontar uma linha de fuga⁴⁸ nos segmentos mais instituídos e nas práticas mais endurecidas. Ou seja, podemos, dentro da racionalidade política da Reforma Psiquiátrica, acionar linhas que movimentem

⁴⁶ Como indicam Félix Guattari e Suely Rolnik: “O território pode se desterritorializar, isto é, abrir-se, engajar-se em linhas de fuga e até sair de seu curso e se destruir” (GUATTARI e ROLNIK, 2005).

⁴⁷ Assim fala Oswald de Andrade: “Morte e vida das hipóteses. Da equação *eu* parte do *Cosmos* ao axioma *Cosmos* parte do *eu*. Subsistência. Conhecimento. Antropofagia” (ANDRADE, 1928).

⁴⁸ As linhas de fuga funcionam como uma máquina de guerra, ou seja, apontam para novos agenciamentos no *socius*, produzem desterritorialização do instituído (DELEUZE e GUATTARI, 2007, p. 102).

microfísicamente novas estratégias de cuidado, novas concepções de clínica e de política e experimentações na saúde mental.

Apostamos que as estratégias de RD podem fazer uma linha de fuga na clínica e na política de drogas do Brasil, e, desse modo, criar movimento, impedindo formas cristalizadas e burocratizadas nas práticas de saúde (linha segmentária), ou, ainda, ativar resistências, lutas que desestabilizem as formas de controle social, tal como as disciplinas e a regulamentação dos corpos. O método cartográfico é o que melhor expressa a ação política da RD por estar implicado com o aumento da potência da vida, a partir dos agenciamentos sociais que acontecem no território⁴⁹.

As estratégias de RD aparecem nas políticas de saúde atuais e começam a fazer parte dos dispositivos de saúde mental e na articulação com a atenção básica de saúde. O SUS ampliou os modos de governo na saúde pública que contaram, também, com a participação dos movimentos sociais na sua construção. São esses novos modos de governo na saúde que nos interessa mapear.

2.2 – SUS, políticas públicas e a governamentalidade

Um dos conceitos de Foucault que serve como ferramenta teórica e política para a pesquisa são as diversas formas e os problemas do governo, o que ele chamou de “arte de governar”, no texto *A governamentalidade*⁵⁰. Neste texto, o autor faz um inventário da literatura voltada para o problema do governo em seus múltiplos aspectos desde o século XVI. Essa literatura sobre a “arte de governar” contrapõe-se às teses defendidas por Maquiavel em relação ao príncipe, e ao fundamento da lei transcendente que o une ao seu principado, para afirmar uma arte de governar múltipla e imanente que está presente na escola, na casa, na família. Dessa maneira, não é somente o príncipe quem governa, mas “muita gente pode governar: o pai de família, o superior do convento, o pedagogo e o professor em relação à criança e ao discípulo” (FOUCAULT, 2005a, p. 280).

Como se governar? Como ser governado? Até que ponto? Com que objetivo? Como fazer para ser o melhor governante possível? Estas são algumas questões que surgem no século XVI (Idade Clássica) na convergência de dois processos históricos: os Estados

⁴⁹ O trabalho de campo nos territórios que a RD atua proporciona uma cartografia política no campo da saúde. O trabalho da RD está altamente implicado com o território.

⁵⁰ Aqui entendemos o Sistema Único de Saúde (SUS) como um espaço de embates entre diversas instituições sociais, sociedade civil e governos (municipal, estadual, federal). Com isso, não existe um fundamento no Estado da gestão de uma política de saúde que se quer pública através da participação democrática.

territoriais (centralização do Estado) e a Reforma e a Contra-Reforma (dispersão religiosa) enquanto preocupação com os modos de ser espiritualmente dirigido no sentido da salvação. Agenciam-se, nesse momento, a concentração territorial e a dispersão religiosa (FOUCAULT, 2005a, p. 278).

Coloca-se em evidência a multiplicidade e a imanência das práticas de governo (governo de si, governo da casa, governo da cidade), e a continuidade ascendente e descendente dessas relações, que têm um caráter multivetorializado. Para ser um bom governante da *polis*, é preciso antes governar bem a casa e a si mesmo, o que também vale no sentido inverso: “Quando o Estado é bem governado, os pais de família sabem como governar sua família, seus bens, seu patrimônio, e por sua vez os indivíduos se comportam como devem” (FOUCAULT, 2005a, p. 281).

Na definição de governo de autores obscuros diante de Maquiavel, como La Perrière, no século XVI, mais do que impor a lei aos homens como na soberania, trata-se de dispor as coisas por táticas diversas, de usar mais táticas do que leis, “ou utilizar ao máximo as leis como táticas” (FOUCAULT, 2005a, p. 284). O governo passa a ser a maneira correta de dispor as coisas para atingir determinado fim. A lei, que era o fundamento do governo soberano, assim como o território, a partir do século XVIII vai, gradativamente, cedendo espaço para uma técnica de governo baseada em diversas táticas em relação aos homens e às coisas, na gestão e no problema da população.

De acordo com o que foi dito, o governo, mais do que designar a política do Estado, pode ser entendido no sentido amplo que tinha no século XVI, na elaboração de uma “arte de governar” – quando expressava a maneira de dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos. Nesse sentido, governar “é estruturar o eventual campo de atuação dos outros” (FOUCAULT, 1995, p. 244). Não existe a primazia do Estado diante dos diversos modos de governo. O que ocorreu no Ocidente, no entanto, foi a governamentalização do Estado, ou seja, a captura dentro da máquina do Estado das práticas de governo exteriores a ela. Dessa forma, as táticas de governamentalidade tornam possível a sobrevivência do Estado, na qual as “técnicas de governo se tornaram a questão política fundamental e o espaço real da luta política”. E mais adiante, sobre as táticas de governo, afirma: “São as táticas de governo 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, 2005a, p. 292).

Deleuze aborda a noção de governo em Foucault através de uma política dos afetos e dá ênfase às práticas microfísicas de governo em relação à centralização do poder que cercam diversas instituições sociais – como o Estado, a família, o mercado e a religião.

O que Foucault exprime dizendo que o governo tem primazia em relação ao Estado, se entendermos por “governo” *o poder de afetar sobre todos os aspectos* (governar as crianças, as almas, os doentes, uma família...). Se procurarmos, a partir daí, definir o caráter mais geral da instituição, seja o Estado ou outra, tenderíamos a concluir que ele consiste em organizar as supostas relações poder-governo, que são relações moleculares ou “microfísicas”, em torno de uma instância molar: “o” Soberano, ou “a” Lei, no Estado, o Pai, na família, o Dinheiro, o Ouro ou o Dólar no mercado, Deus na religião, “o” Sexo na instituição sexual (DELEUZE, 1998, p. 84, grifos seus).

Nesse sentido, para entendermos as políticas de saúde na atualidade, temos que fazer uma distinção precisa entre política de Estado, políticas de governo e políticas públicas. Esta é uma marcação conceitual importante para a pesquisa, pois trabalhamos com o conceito de política pública e de Estado no curso desse trabalho, principalmente no campo da saúde mental. Gostaríamos de defender a dimensão participativa e ativista das políticas públicas de saúde.

As políticas de Estado são aquelas que não dependem da mudança de governo para a sua realização e são conquistas que estão incorporadas ao funcionamento da máquina estatal. 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).

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. Nesse caso, as políticas não têm uma garantia legal de continuidade com a entrada de outra força política na máquina de Estado. Dessa forma, elas dependem do arranjo de forças e das escolhas políticas que determinam algumas ações. Podemos citar, como exemplo, as políticas compensatórias e de renda como a Bolsa Família, que é fruto de uma política social criada pelo governo Lula, ou a ênfase e o avanço no processo de Reforma Psiquiátrica em alguns municípios brasileiros vinculados ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental. Podemos dar o exemplo de Sobral, Campinas e Campina Grande⁵¹, como cidades que criaram redes

⁵¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde Mental no SUS – Relatório de Gestão 2003-2006* (BRASIL, 2007. p. 31).

substitutivas ao manicômio. No Rio de Janeiro, a atual política de extermínio na segurança pública também é exemplo de uma ação de governo que vem sendo levada a cabo por diferentes grupos políticos desde a década de 1990.

Defendemos que as políticas públicas são aquelas construídas com a participação social na sua formulação, aplicação e monitoramento. Essas políticas fazem parte da constituição de lutas sociais em torno de questões coletivas que não têm ainda uma resposta governamental ou estatal satisfatória, ou são ações que promovem a abrangência das lutas democráticas no país.

O SUS, enquanto parte integrante da Constituição brasileira, deve ser entendido como uma política de Estado implementada nas políticas de governo, no entanto, esta forma constituída do SUS é resultado de um movimento dos coletivos e das lutas sociais no âmbito da saúde vigentes nos anos 70 e 80, a que se costumou designar de movimento da Reforma Sanitária brasileira. Assim também aconteceu com as práticas de saúde mental no Brasil e os movimentos sociais que ampliaram as práticas de RD nas últimas duas décadas. As lutas por uma política do comum é que movimentam e realizam as políticas com a dimensão pública. Tais lutas sociais, como a que é empreendida pela RD, movimentam também um novo paradigma na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, e na atualidade realizam uma aliança com as políticas de saúde mental. As políticas públicas podem tornar-se políticas de Estado quando são assumidas e garantidas dentro do seu funcionamento, o que acarreta também perigos em relação à sua institucionalização e captura política.

Dito isso, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pelas Leis orgânicas nº 8.080/90 e nº 8.142/90, é entendido na pesquisa a partir dos múltiplos modos de governo. As diretrizes do SUS e as políticas de saúde pública tornam possível a constituição de um governo do comum, ou seja, da produção do público, que aqui não se confunde com o estatal. Afirmamos que a produção no “plano do coletivo é que garante o sentido público das políticas que também atravessam o Estado” (PASSOS e BENEVIDES DE BARROS, 2005, p. 565).

O Estado, por sua vez, visa apropriar essas potências que “cooperam na produção social biopolítica” e são próprias das lutas dos coletivos. Vamos recorrer a Negri e Hardt para evidenciar a noção de comum:

Em suma, o comum assinala uma nova forma de soberania, uma soberania democrática (ou, mais precisamente, uma forma de organização social que desloca a soberania) na qual as singularidades sociais controlam através de sua própria atividade biopolítica aqueles bens e serviços que permitem a reprodução da própria multidão. Esta haveria de constituir uma passagem entre a Res-publica para a Res-communis (NEGRI e HARDT, 2005, p. 268).

Dessa maneira, é a força dos coletivos que produz o comum através da sua gestão política. “Tudo que é geral ou público deve ser reapropriado e gerido pela multidão, tornando-se assim comum” (NEGRI e HARDT, 2005, p. 269). Assim, essas políticas públicas tornam-se possíveis pelos coletivos (multidão) que gerem o comum.

Os modos de governo são produzidos por relações de poder que estão espalhadas na sociedade. Por isso, as formas múltiplas de governo não estão necessariamente do lado do Estado, mas sim, como nas políticas públicas de saúde, estão num campo de forças que abarcam as polissemias das diferentes formas de governar, entre elas, 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, CAPSad). Essas práticas de governar muitas vezes estão em conflito, apresentam tensões e sustentam posições antagônicas na luta pelo instituinte.

Estamos diante da multiplicidade dos modos de governo e das diversas estratégias que aparecem também nas práticas e na luta pela saúde pública. Para David Capistrano Filho, o combate por um novo sistema de saúde no Brasil “é um combate pela gestação de nova cultura sanitária. É uma batalha institucional e, ao mesmo tempo, uma batalha política e de idéias” (CAPISTRANO, 1995, p. 11).

Essas palavras, vindas de um gestor de saúde – secretário da Saúde (1989) e, posteriormente, prefeito de Santos (1993) –, que foi sempre um militante da reforma sanitária e do SUS, demonstra como as lutas na saúde podem ser vistas de várias perspectivas: desde os movimentos sociais e também de dentro da máquina de Estado, sem esquecer, necessariamente, o compromisso com as políticas do comum, ao apontar os perigos que a máquina de Estado traz na sua racionalidade política.

As ações de RD, para as pessoas que não querem ou não podem parar de usar drogas, inseridas nas práticas do SUS, 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. O movimento da RD anima políticas dos coletivos (públicas) no sentido do protagonismo dos usuários de drogas e práticas cooperativas e criação de redes sociais – redes biopolíticas (SOUZA, 2007, p. 90).

Os Programas de Redução de Danos (PRD) e as associações de redutores de danos no Brasil realizam essa batalha pela saúde pública, e as experiências nas cidades de Santos

(1989) e Salvador (1995) demonstram a força desses modos de governo a favor da vida⁵². Nesse caminho, as práticas de RD no final da década de 1980 se inserem num amplo processo de lutas pela saúde pública no Brasil. Essas lutas abarcam as transformações que aconteceram com a criação do SUS (1988) e as políticas de saúde da atualidade.

2.3 - Lutas e produção de singularidade

Na década de 1970, no caminho aberto pelos movimentos que se contrapunham ao regime autoritário no Brasil, aparecem novos atores políticos que levantam a bandeira do direito à saúde, moradia, organização sindical autônoma, mas também a afirmação da sexualidade, o debate da questão racial, de gênero e da loucura na nossa sociedade. São lutas múltiplas e singulares contra diversas formas de dominação disseminadas por relações de poder que produzem modos de assujeitamento. Nesse contexto, também estão presentes as estratégias e resistências para se dissociar dessas relações através de lutas na saúde.

Com a ascensão desses movimentos sociais e o esgotamento da ditadura militar, os coletivos de trabalhadores em saúde avançam nas demandas por autonomia política em relação ao Estado autoritário. O debate da democratização e a ampliação dos espaços públicos foram disparados nesses movimentos de transformação da política de saúde com a proposta de dispositivos de participação social na gestão e atenção⁵³.

Essas forças constituintes⁵⁴ produzem novos valores políticos através do encontro de diversos movimentos sociais emergentes, que resistem ao assujeitamento com a ampliação dos processos de singularização (GUATTARI e ROLNIK, 2005, p. 47). O processo de singularização, no entanto, não se refere a uma identidade pessoal, e sim à multiplicação de modos de vida que promovem uma ruptura com os enquadramentos dominantes, sejam políticos, culturais ou de produção de subjetividade. Nesse sentido, Guattari chama atenção para os possíveis equívocos acerca da noção de singularização subjetiva em relação às noções de identidade e de indivíduo:

⁵² Iremos apresentar as experiências de RD nas cidades de Santos e Salvador no terceiro capítulo desta dissertação.

⁵³ Os conselhos de saúde são exemplos da democracia direta e participativa pretendida pelo movimento da reforma sanitária, mesmo que na atualidade muitos deles não alcancem esses objetivos (GARCIA, 2005, p. 101).

⁵⁴ Como afirma Negri sobre o poder constituinte e a concepção de sujeito: “O problema do poder constituinte torna-se, então, o problema da construção de um modelo constitucional que mantenha aberta a capacidade formadora do próprio poder constituinte e, portanto, o problema da identificação de uma potência subjetiva adequada a essa tarefa” (NEGRI, 2002, p. 42).

Quando falo em ‘processo de subjetivação’, de ‘singularização’, isso nada tem a ver com o indivíduo. A meu ver, não existe unidade evidente da pessoa: o indivíduo, o ego ou a política do ego, a política da individualização da subjetividade são correlativos de sistemas de identificação os quais são modelizantes (GUATTARI e ROLNIK, 2006, p. 47).

Entram em cena movimentos políticos novos que problematizam o constituído e constroem novas bandeiras de luta – modos singulares de produção do desejo –, que são vetores de transformação, apesar das construções identitárias também estarem presentes no cenário. Podemos citar o movimento gay, negro, de luta por moradia, comunitário, saúde, educação, ambiental, entre outros. Guattari, pensando com esses movimentos no Brasil – país que visitou diversas vezes na década de 1980 – as novas políticas de subjetivação, afirma:

O que caracteriza os novos movimentos sociais não é somente uma resistência contra esse processo geral de serialização da subjetividade, mas também a tentativa de produzir modos de subjetivação originais e singulares, processos de singularização subjetiva (GUATTARI e ROLNIK, 2005, p. 54).

Essas singulares formações na política constituem, também, graus de transversalidade das lutas, pois não existe uma luta específica de um grupo, mas diversas lutas, com múltiplas potencialidades, que estão no mesmo plano de ação e produzem alianças que são feitas e desfeitas através de relações táticas, estratégicas e agenciamentos políticos.

Essas lutas visam à melhoria das condições de vida de grandes parcelas da população que começam a participar efetivamente da vida política do país e a reivindicar direitos, entre os quais, o direito à saúde. O debate sobre uma nova política sanitária está intimamente ligado à articulação de diversos setores e movimentos na luta pela ampliação de direitos sociais e políticos.

Um exemplo dessa articulação política dos movimentos de saúde está expresso no histórico Manifesto de Bauru (1987) – II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental –, no qual os trabalhadores de saúde mental produzem agenciamentos políticos com outros setores e movimentos sociais. Como podemos ver nessa passagem do manifesto: “Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida” (MANIFESTO DE BAURU, 1987). E mais adiante, expondo suas bandeiras de luta favoráveis à saúde pública e à aliança com outros movimentos sociais, o manifesto explicita:

Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! (MANIFESTO DE BAURU, 1987).

Nesse sentido, as lutas sociais na saúde apontam, também, para as transformações na produção de subjetividades que se rebelam contra os modelos que foram institucionalizados nos anos de chumbo. Essas lutas promovem alianças com diversos movimentos sociais, do campo e da cidade. Por isso, as políticas da saúde estão inseridas dentro do movimento mais amplo da democratização do país e na luta por direitos políticos, econômicos e sociais. Esses movimentos coletivos visam romper com a violência e a ineficiência da gestão e atenção em saúde, investindo numa produção de saúde efetivamente democrática, ao mesmo tempo que estilham as identidades políticas aprisionadas pelo regime militar.

A ditadura militar funcionou assentada numa lógica binária, produzindo dicotomias. Um dos seus lemas foi: “Brasil: ame-o ou deixe-o”⁵⁵, o que encaminhava para uma política de subjetivação autoritária, do tipo “tudo ou nada”. Esse modo de subjetivação também estava presente na política de drogas da ditadura expressa na Lei de Entorpecentes de 1976 (nº 6.368/76), que define o uso de drogas como crime e doença, e divide as drogas entre lícitas e ilícitas. Uma divisão imaginária é produzida: de um lado, os “subversivos” e “terroristas”; “viciados” e “drogados”, e de outro, as “pessoas de bem”, os “normais”. Sobre essa política de subjetivação, Coimbra, no livro *Guardiães da ordem: Uma viagem pelas práticas psi no Brasil do “Milagre”*, afirma:

Duas categorias são produzidas e muito disseminadas nos anos 70 no Brasil: a do subversivo e a do drogado, ligadas à juventude da época. A primeira é apresentada com conotações de grande periculosidade e violência, visto ser uma ameaça política à ordem vigente; deve ser identificada e controlada. Tal categoria vem acompanhada de outros adjetivos, como: criminoso, traidor, ateu, etc., o que traz fortes implicações morais. [...] No drogado, o aspecto da doença já está dado; é um ser moralmente nocivo, pois tem hábitos e costumes desviantes (COIMBRA, 1995, p. 29).

Diante dessas e outras dicotomias políticas bastante arraigadas, os movimentos sociais abraçam maneiras de singularizar suas práticas e os modos de subjetivação, e assim abrir espaços autônomos de luta política para romper com a simplificação e fechamento de sentido operado no período do terrorismo de Estado. As categorias de “drogado” e “subversivo” ainda são usadas, mesmo no período democrático, como forma de assujeitamento daqueles considerados descartáveis ou indesejáveis para a política neoliberal hegemônica, o que demonstra que a política autoritária em relação às drogas permanece presente no momento atual.

⁶⁹ Na música “O seu amor”, Gilberto Gil rebate, de modo brilhante, essa dicotomia com a liberdade da sua poesia: “O seu amor / ame-o e deixe-o / livre para amar. (...) Ame-o e deixe-o / ir onde quiser. (...) Ame-o e deixe-o / ser o que ele é” (OS DOCES BÁRBAROS, 1978).

Reforçando a potência de singularização desses movimentos “minoritários” que ganham consistência na década de 70 e a capacidade de afirmar a sua autonomia política, vamos recorrer novamente ao pensamento de Guattari, que aponta os processos vividos nesse momento:

O que vai caracterizar um processo de singularização (que, durante certa época, eu chamei de “experiência do grupo sujeito”) é que ele seja automodelador. Isto é, que ele capte os elementos da situação, que construa seus próprios tipos de referência prática e teórica, sem ficar nessa posição constante de dependência em relação ao poder global, em nível econômico, em nível do saber, em nível técnico, em níveis das segregações, dos tipos de prestígios que são difundidos. A partir do momento em que os grupos adquirem essa liberdade de viver seus processos, eles passam a ter uma capacidade de ler sua própria situação e aquilo que passa em torno deles. Essa possibilidade é que vai lhes dar o mínimo de capacidade de criação e permitir preservar exatamente esse caráter de autonomia tão importante (GUATTARI, 2005, p. 55).

O processo de singularização é importante ao questionar a política de subjetivação dominante e promover práticas sociais que aumentem “o coeficiente de transversalidade” (GUATTARI, 1987, p. 96). Essas práticas engajam-se em diferentes espaços para dissolver as hierarquias e as dicotomias que fortalecem campos específicos de saber e de poder. Podemos citar o paradigma médico e penal como espaços de saber-poder consagrados e instituídos na nossa sociedade. A política subjetiva promovida pelas práticas de RD amplia territórios democráticos e aciona múltiplas forças sociais que cooperam na construção de redes no campo da saúde. Essas redes não se localizam somente na saúde mental, na política de álcool e outras drogas, nem se concentram preferencialmente na Política Nacional de DST/AIDS, mas atravessam essas políticas e constroem novos territórios ao desterritorializar binarismos institucionalizados.

O movimento constituinte da RD pode ser entendido como a força que rompe com a formação conservadora na abordagem de álcool e drogas – o trabalho vivo do redutor de danos, aberto à criatividade presente no território, que produz uma subjetividade apta a construir redes biopolíticas. Essas redes aumentam o grau de contato entre as práticas de saúde e ampliam políticas democratizantes com os usuários de drogas.

[...] O trabalho vivo encarna o poder constituinte e oferece-lhe condições sociais gerais de expressão – o poder constituinte instaura-se politicamente sobre aquela cooperação social que é conatural ao trabalho vivo, interpretando-lhe a produtividade, ou melhor, a criatividade (NEGRI, 2002, p. 55-56).

Guattari (1987) propõe o conceito de transversalidade, a partir da experiência com grupos na sua prática em instituições, para responder aos impasses de formações hierárquicas verticalmente e outras organizadas de modo puramente horizontal. Esse conceito busca

romper com os efeitos de dominação próprios das hierarquias de saber e poder, assim como o cooperativo de uma simples horizontalidade.

A transversalidade é uma dimensão que pretende superar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e sobretudo nos diferentes sentidos (GUATTARI, 1987, p. 96).

Este conceito nos serve, também, para a análise institucional das políticas na saúde em geral, uma vez que essas práticas estão presentes nas instituições sociais, seja no Estado (Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais), seja nos movimentos sociais. Os embates políticos criam rachaduras na máquina de Estado, promovendo abertura para que os movimentos sociais e as redes construídas pelos coletivos possam passar. Com isso, é possível a desinstitucionalização de práticas e a produção de ações democráticas com o avanço das lutas na saúde pública.

2.4 - Lutas pela saúde pública

O regime militar (1964-1985) investiu na privatização da saúde e na estrutura focada nos grandes hospitais. Do ponto de vista da gestão, estava ligada ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que atendia somente as pessoas que tinham carteira de trabalho e contribuía ou eram dependentes da previdência social. A cobertura deficitária excluía os considerados “indigentes”, atendidos nos hospitais filantrópicos. Existiam muitas denúncias de corrupção do sistema de saúde, que era bastante burocratizado. A concepção de saúde pública era frágil e não estava voltada para os reais problemas sanitários do país, mas sim para as últimas novidades da indústria farmacêutica e dos equipamentos médico-hospitalares (ESCOREL *et al.*, 2006).

O movimento pela reforma sanitária no Brasil, diante dessa conjuntura política, confrontou esse modelo de saúde com forte viés privatista. O desafio era constituir uma ação ampla pela transformação desse cenário e para instituir uma nova política sanitária no país, compromissada com uma saúde pública “como direito de todos e dever do Estado”⁵⁶.

Depois da experiência da luta armada contra a ditadura militar e o fim do “milagre econômico”, outro tipo de luta política começa a ser travada nos campos cultural, sindical e dos movimentos sociais, incluindo o plano da saúde pública. No final da década de 70 há um

⁵⁶ Artigo 196 da Constituição Federal de 1988: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

momento de abertura política com a Anistia (1979). O movimento sindical demonstra força no ABC ⁵⁷ paulista e desafia a ditadura militar com a organização em todo o país, o que, em grande parte, seria o móbil da constituição do Partido dos Trabalhadores (PT), no começo da década de 1980 (OLIVEIRA, 2006). As manifestações multitudinárias da greve do ABC em 1979 estremece o regime militar e a sua abertura política controlada⁵⁸. Baseada na Lei de Segurança Nacional, Lula é preso por ser a principal liderança da greve, e os operários são reprimidos com a utilização de tropas da polícia e do exército.

No campo da saúde, com o movimento pela reforma sanitária, cresce o protagonismo dos trabalhadores e a participação popular na construção de outra política para o setor que provocasse uma ruptura com o modelo assistencial de baixa cobertura e de caráter privatista que foi aprofundado no período militar.

O movimento pela reforma sanitária aconteceu em vários níveis, sendo visíveis os embates dentro da universidade. As disputas pela reforma sanitária aparecem de modo marcante em 1970, inclusive dentro do movimento estudantil e nas lutas acadêmicas. As teses de Sergio Arouca – *O dilema preventista* (1975) – e Cecília Donnangelo – *Medicina e sociedade* (1975) – problematizam os paradigmas epistemológicos e políticos tradicionais no campo da saúde e da medicina preventista, abrindo a discussão da reforma sanitária brasileira com a ampliação de Departamentos de Medicina Preventista (DPM) nas universidades.

A discussão sobre o lugar da prevenção na saúde foi importante para não repetir modelos higienistas de intervenção que marcaram a história do Brasil. Nessa década, ganha força na universidade a perspectiva histórico-estrutural e médico-social, que propunha uma ruptura com a abordagem estritamente biológica da medicina, analisando as questões associadas à saúde nas relações mais amplas da sociedade e vinculadas à cidadania. Surgem, também, políticas de saúde alternativas às implementadas pelo regime militar (SCOREL *et al.*, 2005).

O médico sanitário Sergio Arouca teve papel destacado na construção do movimento da reforma sanitária brasileira, tanto dentro da universidade quanto na luta política com os movimentos sociais para a transformação do setor de saúde no país. Ele apresentou a proposta do SUS, em aliança com diversos movimentos sociais e organizações da sociedade civil, no Congresso Nacional em 1979.

⁵⁷ Ver documentário: *Peões*. Direção: Eduardo Coutinho. Produção: Maurício Andrade Ramos e João Moreira Salles, 2004, DVD.

⁵⁸ Para mais informações sobre a trajetória do Partido dos Trabalhadores (PT), ver: IASI, Mauro. *As metamorfoses da consciência de classe – O PT entre a negação e o consentimento*. São Paulo: Expressão Popular, 2006, p.376.

O movimento sanitário abriu espaço para novas políticas e concepções de saúde pública com a participação das organizações estudantis e sindicais, entre outras. O movimento sanitário era composto por médicos e intelectuais de orientação comunista, socialista e liberal, que tinham influência nas esferas acadêmicas e em diversos espaços institucionais, e impulsionaram a reformulação do setor de saúde. A fundação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), no ano de 1979, é um marco do movimento sanitário pelo seu protagonismo na luta pela saúde pública e da abertura dessa discussão na universidade (ESCOREL *et al.*, 2005).

Na década de 1980, o movimento reforça a crítica e a contestação ao sistema governamental de saúde. As propostas do movimento da reforma seguem a linha da democratização do sistema pela participação popular, universalização, defesa da dimensão pública da saúde e a sua descentralização nas esferas de governo (*Ibidem*).

Com a “crise financeira” da Previdência Social, é criado, em 2 de setembro de 1981, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Esse espaço contava com a participação, não-paritária, de membros governamentais, patronais, universitários da área médica e trabalhadores, o que possibilita experiências nacionais de integração, hierarquização e descentralização do sistema de saúde, além de racionalizar os gastos públicos e promover maior articulação entre as redes federal, estadual e municipal (AMARANTE, 1998).

Dessa maneira, o momento de crise configura a oportunidade da participação de setores da sociedade, a partir do convênio do Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), para gerir conjuntamente a política de saúde. Essa experiência de co-gestão foi importante para o setor de saúde desestabilizar algumas práticas correntes do regime militar e fazer o movimento sanitário ocupar espaços dentro e fora da máquina do Estado. Esses avanços da política de saúde preparam o terreno para o movimento constituinte e as propostas para o setor que estão na base do SUS. Na implantação de um projeto para a saúde pública, era imprescindível derrotar o modelo privatista consagrado pela ditadura militar.

Essa abertura operada pelo movimento sanitário foi de suma importância para a integralidade da rede de saúde e descentralização, regionalização, hierarquização dos serviços com a participação social na gestão dos mesmos. Tal direção da política pública permite que mais tarde as ações de RD estejam inseridas no SUS, como política de saúde para os usuários de drogas e em articulação com a saúde mental. Foi na abertura de espaços concretos de

participação que as práticas de RD avançaram, com a criação de programas de saúde que são tributários, direta ou indiretamente, do movimento sanitarista e na defesa da saúde pública como “direito de todos”.

O movimento sanitarista congrega propostas políticas que visam transformar a relação entre o público e o privado na saúde brasileira, conjugando saúde com democracia. Daí também vem o movimento da Reforma Psiquiátrica, que é fruto do envolvimento dos coletivos de saúde mental com a questão política da atenção e do cuidado nos serviços psiquiátricos. Esse movimento constrói novas referências práticas e teóricas para enfrentar os desafios políticos da desinstitucionalização da loucura na nossa sociedade, mediante a criação de diversos dispositivos de saúde que rompam com as práticas disciplinares e de controle social operadas pela lógica manicomial.

Esse é um momento de grande efervescência social e cultural; novas políticas estavam sendo traçadas no mapa da década de 80. Políticas essas que, de modo geral, resistem à burocratização das práticas de saúde e ao projeto de Estado mínimo e o desinvestimento público nas áreas sociais que avança nesse período. Aparece o projeto da consolidação de uma nova racionalidade política conhecida como neoliberalismo.

Os documentos do Banco Mundial endereçados aos países da América Latina, chamados nesses textos de “países em desenvolvimento”, trazem como receituário o desinvestimento público na saúde e a crítica ao acesso universal, com intuito de colocá-la nos marcos da regulamentação operada pelo mercado. Na década de 1980, o Banco Mundial lança o documento chamado “*Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*”, no qual critica os modelos de saúde nos países em desenvolvimento que garantem a gratuidade (DOMANICO, 2006, p. 63).

As políticas de saúde pública e a construção do SUS na década de 1990 estão, sem sombra de dúvida, na contracorrente das políticas privatizantes e dos projetos favoráveis ao controle da saúde pelo mercado no Brasil. As propostas do Banco Mundial (1993)⁵⁹ tentam, de forma insistente, expandir o setor privado na prestação de serviços à saúde (RIZZOTTO, 2000).

Ainda hoje, são bastante ativas as forças sociais que defendem a privatização da saúde no Brasil. O movimento da reforma sanitária conseguiu garantir conquistas na saúde que são fundamentais para o avanço de políticas de caráter público. No entanto, as forças sociais hegemônicas (empresas de saúde, multinacionais de medicamentos, etc.) que estavam

⁵⁹ Relatório do Banco Mundial: Investindo em Saúde, de 1993.

presentes no período pré-SUS conseguem, atualmente, influir nas ações para o setor de saúde e minar, muitas vezes, o sentido público dessas políticas, além de lucrar com a precarização do SUS.

São vivas ainda as forças que defendem a volta a esse passado, tristemente presente em boa parte do Brasil, seja por se beneficiarem diretamente dos lucros ou por interesses corporativos os mais diversos, encontrando bons exemplos nas multinacionais de produção de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares e nas grandes empresas de seguro saúde (HENRIQUES, 1997, p. 27).

Campos (1991) afirma que, mesmo após a implantação do SUS, ainda são muito fortes os interesses do mercado guiados pela lógica neoliberal no setor da saúde, e que tais forças, ao assegurar a sua hegemonia, podem constranger a consolidação do modelo público com características socializantes, pois no

[...] Brasil, toda a rede de hospitais privados, consultórios e convênios e seguradoras criou uma base concreta para o exercício de práticas que vêm reciclando velhas noções liberais, sempre no sentido de adaptá-las às premências do mercado e até mesmo às políticas de saúde do Estado, ainda principal financiador da maior parte da assistência médico-hospitalar do país (CAMPOS, 1991, p. 68).

Assim, queremos marcar que as políticas de saúde não garantem por si mesmas a constituição de práticas de gestão comum e resistências biopolíticas na saúde mental. O SUS como instituição e as normas constitucionais não ativam sozinhas modos de governo que promovam políticas públicas de saúde. É necessária a participação de coletivos engajados na transformação e na gestão públicas das políticas. Sem a produção desses coletivos e a ampliação das lutas, o caráter público dessas práticas não consegue avançar.

No começo da reforma sanitária, os trabalhadores de saúde e intelectuais construíram um projeto de saúde pública de caráter democrático. Para confrontar poderes tão fortemente estabelecidos no campo da saúde, em geral, e na saúde mental, em particular, foi necessário ampliar a participação de atores sociais na luta por direitos à saúde e à cidadania. O movimento da Reforma conseguiu reunir os usuários e familiares, além dos profissionais de saúde, nas mobilizações por mudanças no aparelho de Estado e nas instituições psiquiátricas, o que possibilitou políticas públicas de saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica discute as questões levantadas pelo movimento sanitário e o desafio de uma política de saúde democrática e socializante. No entanto, a Reforma Psiquiátrica tem uma história singular, que é forjada nos embates contra a “Indústria da loucura” e na criação de espaços de desinstitucionalização.

2.5 - Movimento da Reforma Psiquiátrica

As novas práticas de saúde mental estão inseridas num amplo processo de crítica ao saber-poder da psiquiatria e das suas instituições sociais expresso no funcionamento disciplinar e produção de violência. O asilo, um dos dispositivos clássicos da sociedade disciplinar, passa por uma crise e uma forte crítica como espaço de tratamento e medicalização da loucura na atualidade.

Foram diversas as reformas psiquiátricas no Brasil e no mundo durante o século XX – talvez não possamos falar em psiquiatria que não seja produto de uma ação reformista (TYKANORI, 2000, p. 17). Desde Pinel, a medicina mental surge através de mudanças nos espaços e práticas para tratar e tutelar os doentes mentais. No entanto, o movimento reformista propõe uma ampla discussão com a sociedade sobre a cidadania dos sujeitos em sofrimento mental, além da ruptura com as práticas de violência e exclusão da loucura que foram intensificadas no período da ditadura militar com a ampliação dos espaços manicomiais.

De modo geral, as mudanças da assistência psiquiátrica no Brasil, que se iniciam a partir da década de 1980, estão atrasadas em relação aos processos de reforma do aparato psiquiátrico que aconteceram no século XX. Na Europa, esse processo data dos anos de 1940, no pós-guerra; por sua vez, os EUA empreenderam sua reforma na década de 1960 e a Itália desde os anos 70 (*Ibidem*).

Esses precursores políticos possibilitaram experiências de desinstitucionalização, que foram posteriormente avaliadas pelos atores sociais que empreendiam as mudanças no Brasil, principalmente a experiência da Itália: com a desativação do hospital de Gorizia, a Psiquiatria Democrática e a Rede de Alternativas à Psiquiatria de Franco Basaglia inspiraram a prática e a política do processo reformista brasileiro (AMARANTE, 2003; BIRMAN, 1992).

A crítica que Basaglia lançou ao saber psiquiátrico e ao procedimento “técnico” dos administradores da violência, dentro dos hospícios, foi de grande valia para a experiência de crítica ao aparato psiquiátrico no nosso contexto. As experiências na cidade italiana de Trieste deram pistas importantes para o processo de transformação psiquiátrica no Brasil.

Paulo Amarante lembra a influência que Basaglia causou na Reforma Psiquiátrica brasileira e nos nascentes movimentos de saúde mental: “Em fins dos anos 70, as reflexões de Basaglia estão bastante presentes em nosso meio, resultado até mesmo de algumas vindas

suas ao Brasil, mantendo contatos diretos com o então recém-criado MTSM” (AMARANTE, 2003, p. 20).

O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) surge em 1978 para constituir-se como um espaço de luta não-institucionalizado no debate e aglutinação de ações de transformação na assistência psiquiátrica.

Assim nasce o MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1998, p. 52).

Como afirmamos antes, a Reforma Psiquiátrica no Brasil surge através das forças democratizantes no final da década de 1970. O movimento conjuga uma crítica conjuntural ao sistema nacional de saúde mental, e tem como fundamento a crítica estrutural do saber-poder das instituições da psiquiatria clássica com a participação de outros movimentos de saúde que despontam nesse momento histórico (AMARANTE, 1998).

Esse é um processo de forte crítica aos sistemas de saúde que foram institucionalizados. A assistência psiquiátrica passa por questionamentos da sua função política na sociedade brasileira. As críticas do movimento reformista tocam também em outros espaços de poder consolidados no período da ditadura militar, entre eles a universidade, as organizações patronais e a organização política da saúde no país.

Um dos processos de crise da política institucionalizada e centralizadora na atenção em saúde mental, em 1978, foi o que se convencionou chamar de “Crise da DISAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), responsável pela formulação de políticas de saúde no subsetor de saúde mental.

Para Amarante (1998), um dos estopins para o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira é a greve dos profissionais de saúde mental que estavam ligados às quatro unidades da DISAM que se concentravam nas instituições psiquiátricas do Rio de Janeiro⁶⁰. No seguimento da greve foram demitidos 260 estagiários e profissionais. Os trabalhadores de saúde vinham denunciando as precárias condições de trabalho, com um quadro de “ameaças e violências a eles próprios e aos pacientes destas instituições” (AMARANTE, 1998, p. 50).

A partir desse acontecimento, diversas entidades como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), o MTSM e organizações da sociedade civil convergem na denúncia da

⁶⁰ Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira – CJM; Manicômio Judiciário Heitor Carrilho.

falta de recursos das entidades psiquiátricas e as violências em nome da ordem promovidas dentro dos hospícios.

No começo dos anos 80, surgiu a estratégia de ocupação de cargos nos órgãos estatais, o que chegou a dividir o MTSM entre os que continuam com o trabalho de base para fortalecer o movimento social, criando experiências de reformulação da assistência psiquiátrica, e aqueles que visavam promover a mudança por dentro do Estado. Essa possibilidade surge com a crise financeira da Previdência Social e o plano de co-gestão. Essa experiência, embora provisória, foi um marco para as políticas públicas de saúde mental, pois o Estado começa a incorporar parte dos setores críticos à política de saúde hegemônica.

Os trabalhadores de saúde mental começam a ocupar espaços institucionais dentro da gestão pública, e assim transformar concretamente essa relação ao apresentar novas questões para as políticas públicas. Algumas mudanças são visíveis, como a gerência de hospitais públicos de maneira descentralizada e dinâmica, assim como mecanismos de controle em relação às práticas privatizantes (AMARANTE, 1998). Essas estratégias políticas são interessantes, pois evidenciam o funcionamento de duas linhas de atuação que apostaram em processos distintos de transformação. Assim, podemos ver que a luta dentro do movimento reformista não é monolítica ou pacífica, mas tem como característica a pluralidade e a multiplicidade de práticas.

Alguns atores sociais do movimento da reforma continuaram atuando dentro da máquina de estado, acreditando numa transformação institucional e na modernização das instituições da psiquiatria. Esse processo de captura política por parte do Estado e militantes da reforma, e a estratégia de atuação dentro da máquina de Estado vão ser, posteriormente, analisadas de forma crítica pelo MTSM como forma de conceder espaço político para impedir e neutralizar as críticas mais radicais ao sistema e ao poder psiquiátrico na sociedade (AMARANTE, 1998, p. 81).

Nesse caminho, o MTSM continuou a sua luta plural durante os anos 80 e saiu do campo unicamente corporativo para questionar o poder da psiquiatria e sua relação de tutela da loucura. Esse movimento foi um pólo aglutinador dos posteriores movimentos da Luta Antimanicomial. Assim, surgem nesse processo a Rede de Alternativas à Psiquiatria, a Articulação Nacional de Luta Antimanicomial e diversos coletivos antimanicomiais em diferentes estados do Brasil. As organizações de amigos, familiares e usuários de serviços de saúde mental continuam o debate com a sociedade para a desinstitucionalização da loucura e ampliam, de maneira criativa, as manifestações sociais e os empreendimentos cooperativos.

O movimento da Luta Antimanicomial anima, em outras cidades, a crítica às formas de violência a que a loucura estava submetida nos asilos do Brasil. No final da década de 1980, começam a ocorrer experiências corajosas de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos.

2.6 – Movimentos constituintes e o CAPSad

Os movimentos de saúde criaram as condições para as reformas na assistência psiquiátrica no Brasil, assim como o novo paradigma político da Reforma Psiquiátrica brasileira, expressa na Lei nº 10.216 de 2001 e nas portarias ministeriais nº 336/02 e nº 189/02, que instituíram dispositivos de cuidados psicossociais, entre eles, o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad).

Do asilo aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), muitas batalhas foram travadas no campo da saúde mental. Um olhar cartográfico acompanha esses movimentos de sentido e vai evidenciar as transformações moleculares⁶¹. Ou seja, lançar luz sobre os processos, as lutas e esses “saberes sujeitados”, ao invés de uma história linear e totalizante da psiquiatria brasileira que recorra à idéia de progresso, próprio do positivismo científico.

Na década de 1980, esses movimentos constituintes tiveram grande importância na construção de uma política de saúde pública, expressa na Constituição de 1988, assim como na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). É nessa década, com o processo constitucional, que o Estado começa a reconhecer a dívida real com os loucos em relação à longa exclusão da sua cidadania (BIRMAN, 1992).

O movimento da Luta Antimanicomial impulsionou a discussão sobre o estatuto político e a cidadania da loucura, problematizando a tutela do Estado sobre os considerados loucos (CASTEL, 1978).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), em junho de 1987, está inserida no processo da 8ª Conferência Nacional de Saúde e, diante dos desafios traçados pelo movimento sanitário, propõe para a saúde mental a democratização das instituições psiquiátricas, o combate à ‘psiquiatrização’ do social e a prioridade de investimentos em serviços extra-hospitalares e multiprofissionais.

⁶¹ O molar se refere no nível da política à constituição de grandes identidades, já o molecular aos processos e às produções desejantes, agenciamentos transversais. No entanto, um pode se cruzar com o outro. Molar e molecular não se excluem. (GUATTARI e ROLNIK, 2005, p.385).

No II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (1987), na cidade de Baurú, desponta o debate: “Por uma sociedade sem manicômios” (Manifesto de Baurú, 1987). O movimento da Reforma Psiquiátrica, através da radicalidade da Luta Antimanicomial, animou o debate político com o conjunto da sociedade pelo fim dos manicômios e pela construção de um estatuto positivo de cidadania para a loucura.

Essa trajetória pode ser identificada por uma ruptura ocorrida no processo de reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (AMARANTE, 1998, p. 75-76).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, presidida pelo sanitarista Sergio Arouca, em 1986, foi um marco da relação entre saúde e democracia. Nesse espaço foram definidas as linhas do projeto da Reforma Sanitária, baseadas na participação social e que contou, pela primeira vez, com a presença de entidades e organizações da sociedade civil. Essa conferência nacional histórica impulsionou a mobilização social para a transformação do setor de saúde (AMARANTE, 1998, p. 92).

Com a organização da “Oitava” (como ficou conhecida), passaram a se envolver não apenas profissionais de saúde, mas também usuários do sistema, familiares, ativistas de associações, de organizações não governamentais, sindicatos, igrejas, partidos políticos, enfim, de vários segmentos da sociedade brasileira (AMARANTE, 2007, p. 77).

As mobilizações sociais que cresceram a partir da diversidade dos movimentos, como da Luta Antimanicomial, associações de familiares e usuários de saúde mental, organizações da sociedade civil e trabalhadores de saúde, convergiam na defesa da saúde pública e da construção e implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil (1988).

No final da década de 80, diversas experiências de reforma psiquiátrica apareceram em cidades brasileiras. O surgimento do primeiro CAPS na cidade de São Paulo, no ano de 1987, foi um passo importante, que influenciou a transformação de outros serviços pelo país. O exemplo mais notável acontece em Santos, que produz uma política de saúde orientada pelas diretrizes e na defesa do SUS.

Em Santos, a partir de 1989, apareceram com vigor os NAPS. É nesse momento (1989), também na cidade de Santos, que são experimentadas as primeiras ações de Redução de Danos para os usuários de drogas injetáveis (UDI), e que marcaram a trajetória da RD no Brasil.

Em 2001, depois de 12 anos de tramitação no Congresso, a Lei nº 10.216, que trata da Reforma Psiquiátrica, é aprovada, em substitutivo da lei original, sem trazer no texto o compromisso com o fechamento total dos hospícios, como constava no texto original apresentado pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG) em 1989.

Os serviços substitutivos de saúde mental ganham um amparo legal e a expansão da rede extra-hospitalar se dá de forma mais consistente. Com a Lei da Reforma Psiquiátrica, a assistência em saúde mental de base comunitária passa a ter privilégio frente ao modelo centrado no atendimento asilar e as internações compulsórias, e involuntárias, podem ser fiscalizadas por novos mecanismos de controle através da fiscalização do Ministério Público. Outro efeito da reforma é o aumento do debate sobre a clínica ampliada e a política do cuidado em saúde mental.

Os serviços extra-hospitalares de saúde mental avançam com a regulamentação propiciada pela Lei da Reforma Psiquiátrica (nº 10.216/01). Os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, no ano de 2007, indicam que os gastos do SUS com esses serviços chegam a 51,33% do total destinado para a assistência psiquiátrica⁶². A diminuição dos leitos psiquiátricos em hospitais também é um efeito visível do processo de mudança dos serviços e da abertura de espaços psicossociais de tratamento da loucura e de atenção para usuários de álcool e outras drogas. Atualmente, a rede substitutiva ainda está sendo ampliada, no entanto, não há garantia que os hospitais psiquiátricos e asilos vinculados ao SUS serão totalmente fechados pelas políticas da reforma em curso.

É nesse impasse que as atuais políticas de saúde mental estão colocadas, pois, ao mesmo tempo em que existem avanços na política de desinstitucionalização, ainda estão sendo repetidas as formas de violência dentro dos hospitais psiquiátricos no Brasil e no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas em espaços asilares, como as “comunidades terapêuticas” (CT). Tal modelo ‘hospitalocêntrico’, centrado na internação, carrega um antigo histórico de violência, que se arrasta até o presente nos hospitais psiquiátricos do Brasil⁶³.

Um caso emblemático que revela as violações sistemáticas de direitos humanos, dentro dos hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS, é a condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos, ligada à Organização dos Estados Americanos (OEA), por causa do paciente Damião Ximenes, que foi torturado e morto nas dependências da

⁶² BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em dados – 4, ano II, n. 4, informativo eletrônico. Brasília: agosto de 2007. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 10 de dez. 2007.

⁶³ Ver: *A Instituição Sinistra – Mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil*. Conselho Federal de Psicologia, 2001. Esse livro relata as mortes violentas de pacientes nos hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS entre 1992 e 2001.

Clínica de Repouso Guararapes, em Sobral, interior do Ceará, no dia 04 de outubro de 1999⁶⁴. Essa foi a primeira sentença da “Corte Interamericana relativa a violações de direitos das pessoas portadoras de transtorno mental no continente” (BORGES, 2008, p. 10). A Corte Interamericana de Direitos Humanos emitiu a primeira sentença de mérito no dia 04 de julho de 2006, cobrando reparações e custas do processo, condenando o Estado brasileiro. Essa condenação evidencia as variadas formas de violência a que são submetidos os pacientes de hospitais psiquiátricos, e aí incluímos os usuários de drogas institucionalizados nesses espaços, como os hospitais psiquiátricos e as chamadas “comunidades terapêuticas” (CT). Mesmo sabendo que o assassinato de Damião Ximenes é anterior à Lei da Reforma Psiquiátrica, essas práticas ainda persistem tristemente no presente.

Foram criadas, pelo Ministério da Saúde (MS) e com a participação dos movimentos sociais, algumas políticas públicas no campo da saúde mental, pensando na capacidade de contatos com outras áreas e setores da saúde para reverter esse quadro de violência e desassistência. As políticas do processo de reforma psiquiátrica estão em curso com a criação de ações de reabilitação psicossocial, desinstitucionalização e reintegração social, como as que estão presentes no Programa “De Volta para Casa” (PVC), instituído pela Lei nº 10.708, que prevê auxílio para pacientes psiquiátricos com dois anos ou mais de internação, e nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) pela Portaria nº 106 e nº 1.220/GM de 2000.

Estes programas estão inseridos na rede de serviços de saúde mental e tentam integrar os usuários desse dispositivo nos fluxos urbanos que são produtores de subjetividade. O processo de desinstitucionalização da loucura e dos usuários de álcool e outras drogas é um dos principais desafios dessa caminhada, assim como a construção de espaços democráticos no âmbito da saúde mental em constante diálogo com a sociedade.

As políticas públicas abriram espaço para estratégias de RD nas práticas de saúde mental, como a que está presente na definição da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003) e na portaria nº 1.059 de 4 de julho de 2005, editada pelo MS, que incentiva financeiramente as ações de RD no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad). Está sendo promovida, também, a articulação da rede de cuidados com a atenção básica de saúde através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF).

⁶⁴ A repercussão nacional e internacionalmente do caso de Damião Ximenes foi importante para que os gestores públicos da cidade de Sobral respondessem a esse fato com políticas públicas de saúde mental, o que coloca Sobral entre as cidades em que as políticas da Reforma Psiquiátrica mais avançaram no Brasil.

No entanto, podemos dizer que a Reforma Psiquiátrica não é uma coisa pacífica, unívoca e consolidada no Brasil. Ainda hoje, existem muitas disputas travadas no campo da saúde mental, e forças políticas, econômicas e sociais estão no jogo. O processo da reforma é certamente inconcluso e complexo. Os embates dentro da reforma nos indicam que ela está em movimento⁶⁵, podendo colocar em análise suas práticas, produzindo linhas que apontem novos caminhos micropolíticos na saúde mental.

Segundo o documento do Ministério da Saúde sobre a política de saúde mental do Brasil (2005)⁶⁶,

[...] a Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado de serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 6).

O MS, através da Coordenação de Saúde Mental, reconhece que o campo da saúde mental é múltiplo, repleto de tensões e conflitos. O desafio na atualidade é continuar o debate em torno dos perigos que a institucionalização das práticas em saúde mental comportam, assim como avançar no processo de desinstitucionalização e na construção de dispositivos de cuidados extra-hospitalares no território. Os dispositivos públicos como o CAPS, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e suas produções na clínica, como as oficinas terapêuticas, as assembleias e a supervisão, precisam ser colocados em análise para que possamos entender essas novas práticas de saúde mental e a sua ruptura com o modo de funcionar próprio da psiquiatria ‘hospitalocêntrica’ clássica, centrada na medicalização da loucura.

O que a política da Reforma Psiquiátrica empreende de forma marcante, para além de uma discussão da assistência em saúde mental, é colocar em debate o lugar social da loucura na nossa tradição cultural (AMARANTE e BEZERRA, 1992). De seu lado, as práticas de RD, nos contextos em que elas estão inseridas, lutam pela cidadania e pelos direitos das pessoas

⁶⁵ *Work in progress* é a expressão em inglês que dá sentido à noção de trabalho sempre inconcluso, uma obra em processo, aberta às interferências.

⁶⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

que usam drogas, discutindo os processos de criminalização produzidos pelas políticas “anti-drogas”.

Neste caminho, o modo de atenção aos usuários de drogas também passa por transformações com a implementação dos CAPSad como parte dos serviços de saúde mental que estão pautados na atenção psicossocial, que visam romper com as formas de tratamento tradicionalmente orientadas unicamente para o internamento e a abstinência.

Nesse momento, é pertinente apresentar as características do CAPSad e o lugar que ele ocupa na atual política de saúde mental. De acordo com a portaria do MS nº 336 de 2002, o CAPSad é um serviço de saúde para atenção e cuidado dos “pacientes com transtornos decorrentes dos usos e dependência de substâncias psicoativas”, em municípios de população superior a 70 mil habitantes, e baseado na lógica do território, ou seja, referência na atenção de uma área de abrangência territorial definida na relação com a gestão de saúde mental. Esse novo tipo de serviço é responsável pela organização da demanda e da rede de instituições de álcool e outras drogas (ambulatórios, emergências, postos de saúde), além da porta de entrada da rede assistencial na área do seu território. Dessa forma, é preciso construir as redes com outros serviços e acessar os usuários no território para possibilitar o cuidado intensivo.

Os dispositivos de cuidado do CAPSad contam com o atendimento individual (psicoterapia, medicamentoso, orientação); em grupos (oficinas, psicoterapias, grupo operativo, etc.); atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e atendimento de desintoxicação com dois a quatro leitos no serviço, entre outros. A equipe mínima do CAPSad é composta por um psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico e quatro profissionais de nível superior, tais como psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário para o projeto terapêutico; além de seis profissionais de nível médio: auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, artesão e outros.

A proposta desse espaço substitutivo é parte do processo da Reforma Psiquiátrica, que busca reparar a ausência de serviços e políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil que funcionem de maneira aberta e pela lógica do território. Nesse serviço, existe um leque grande de atividades que contam com uma equipe dinâmica e multidisciplinar para responder à complexidade das ações da atenção diária e a produção de redes na atenção e no cuidado para esse público. Os usuários de drogas foram, por muito tempo, negligenciados pelas políticas públicas de saúde. O CAPSad, dessa forma, em consonância com a Reforma Psiquiátrica, busca ocupar um espaço em que as políticas públicas fazem-se presentes de

modo ativo. Em relação ao modo de funcionar do CAPS, Amarante (2007) ressalta que “os serviços de atenção psicossocial devem ter uma estrutura bastante flexível para que não se tornem espaços burocratizados, repetitivos, pois tais atitudes representam que estariam deixando de lidar com as pessoas, para lidar com as doenças” (AMARANTE, 2007, p. 83).

Esse momento da Reforma Psiquiátrica é marcado pelo processo de desinstitucionalização dos serviços ‘hospitalocêntricos’ e disciplinares, e o crescimento dos dispositivos regidos pela lógica do território e da atenção psicossocial, chamados de serviços substitutivos ao modelo manicomial. É uma relação tensa, pois a transformação do modelo manicomial acontece de maneira “lenta e gradual”. Por um lado, existe a ampliação dos CAPS, e de outro, os hospitais psiquiátricos clássicos continuam funcionando.

O crescimento da rede de atenção de saúde mental é visível – atualmente os CAPS em todo o Brasil já são 1.123. A diminuição dos leitos psiquiátricos, desde 1997, vem acontecendo gradualmente e, no ano de 2007, chegaram ao número de 38.842 leitos (BRASIL, 2007). Dados de 2005 apontam que, no Brasil, 165 Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad) estão em funcionamento (BRASIL, 2005b). No estado do Rio de Janeiro, são 17 CAPSad em atividade no ano de 2008⁶⁷.

Apesar dos avanços na política de saúde mental e o processo de desinstitucionalização em curso, o clima cinzento do asilo é o perigo potencial que o dispositivo CAPS corre nas suas práticas. Dessa forma, o que deve ser problematizado é a lógica manicomial que pode estar presente nas práticas dos CAPS, pois sem romper com esse modo de funcionamento, podem estar sendo disseminados mini-manicômios pela cidade. Como diz Lancetti, os CAPS podem vir a envelhecer prematuramente: “segmentarizam-se, sua vida torna-se cinzenta, infantilizada e os profissionais são regidos pelas dificuldades e se enclausuram em diversas formas de corporativismo” (LANCETTI, 2006, p. 47).

Peter Pál Pelbart (2000) nos fala de um “manicômio-mental”, o qual está além do espaço asilar e pode, mesmo nos CAPS, estabelecer práticas esvaziadas de sentido e carregadas de forças instituídas em processos burocratizados onde a direção da clínica antimanicomial e na defesa da vida fiquem embotadas.

Nesse sentido, Merhy (2004), para combater a triste cinza manicomial, pensa como as práticas nos CAPS podem produzir novos coletivos de trabalhadores de saúde mental que, na invenção de atos vivos, tecnológicos e micropolíticos do trabalho, estejam implicados com a

⁶⁷ Informações passadas pela Assessoria de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro em jul. 2008.

criação de vida para assim “interditarem a produção da morte manicomial, em qualquer lugar que ela ocorra” (MERHY, 2004a, p. 4).

Diante do controle disseminado com a lógica manicomial e a produção de *biopoder*, nos parece importante debater as ações dos CAPS que atuam no território e são articulados a outros equipamentos de saúde. O CAPSad pode ser o espaço de questionar os modos de subjetivação produzidos na cidade e colocar em questão o que nas suas ações pode ser resistência ao controle. É dessa questão que esses novos serviços de saúde mental não podem escapar: que tipo de política de subjetivação e que práticas sociais estão sendo produzidas nesses espaços?

Dentro desse processo existem resistências e a criação de redes colaborativas. A criação de organizações cooperativas de trabalho entre os usuários dos serviços de saúde mental traça cartografias políticas e promove o fortalecimento de empreendimentos biopolíticos.

Presenciamos a loucura que invade a cidade, visita seus parques, organiza festas e trabalha em regime de produção cooperativo que bem poderia [...] evidenciar a força de uma economia solidária como o empreendimento biopolítico (FONSECA *et al.*, 2007, p. 8).

Essa produção de coletivos na saúde mental é de suma importância para a relação entre o trabalho no CAPSad e a construção de redes biopolíticas propiciada pelo trabalho de RD. Dessa maneira, o encontro das redes inclusivas da RD e o trabalho vivo nos CAPS podem potencializar práticas de cuidado e ampliar políticas de saúde pública voltadas para os usuários de drogas. Esse encontro pode desestabilizar a nítida separação entre o espaço interno e externo do serviço de saúde, ou seja, criar uma zona de ‘indiscernibilidade’, pois, ao ir para o espaço da cidade (território), as práticas do CAPSad podem produzir uma desterritorialização das práticas institucionalizadas. Isso será fruto da implicação dos trabalhadores com a produção de redes substitutivas.

Esta é a grande questão que para mim se tornou profundamente relevante agora, e que traz, para quem opera redes substitutivas, um grande desafio. Se os trabalhadores das redes não se assumirem como militantes destes processos sociais, se não se colocarem definitivamente como portadores do futuro, não será possível operar estes processos tão difíceis (MERHY, 2004b, p. 24).

É um desafio político pensar novas práticas no campo da saúde mental e maneiras de abordar os usuários de drogas. A experiência propiciada pela RD mostra que é possível trabalhar com esses sujeitos de forma criativa, voltada para o aumento da autonomia e da cidadania, proporcionada pelas lutas biopolíticas. Essa luta foi empreendida pelos coletivos de

que construíram o processo da reforma psiquiátrica brasileira, e ainda hoje traçam estratégias de cuidado e desinstitucionalização, criando novas práticas e políticas na saúde mental.

2.6.1 - A Política do MS para Álcool e outras Drogas e o CAPSad

As políticas atuais do Ministério da Saúde (MS) para álcool e drogas assumem “de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como problema de saúde pública” (BRASIL, 2003, p. 10). Essa política foi construída a partir das deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, que propôs a reorientação dos modelos assistenciais em saúde mental e a ampliação dos Programas de Redução de Danos (PRDs) e o contato com os CAPSad. (BRASIL, 2002).

O MS também propõe a RD como paradigma da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, além da utilização desta prática na construção de estratégias de articulação com a rede pública de saúde e os diversos equipamentos sociais. Essas estratégias são apresentadas da seguinte maneira:

Se afirmamos que a redução de danos é uma estratégia, é porque entendemos que, enquanto tal, e para ter a eficácia que pretende, ela deve ser operada em inter-ações, promovendo o aumento de superfície de contato, criando ponto de referência, viabilizando o acesso e o acolhimento, adscrevendo a clientela, qualificando a demanda, multiplicando as possibilidades de enfrentamento ao problema da dependência no uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

A RD é entendida como o método clínico-político que, através da criação de redes de suporte social no território, promove novos movimentos na cidade e rompe com práticas repressivas, conectando diversos serviços de saúde abertos, flexíveis e articulados com outros pontos da rede de saúde. Assim, a ação da RD transforma os territórios da violência onde atua em espaços de ampliação da vida (LANCETTI, 2006).

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003) afirma a abordagem da RD da seguinte forma:

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 da sua vida. Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como método (no sentido de *metodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros. (BRASIL, 2003).

O método da RD vem compor com as práticas da saúde mental, principalmente no CAPSad e na atenção básica. No entanto, o interesse do saber médico e psiquiátrico em relação às questões que envolvem álcool e outras drogas não é novo, como apresentamos no primeiro capítulo. Com o processo da Reforma Psiquiátrica, a abordagem na saúde mental

está em constante movimento de crítica dos enquadres clínicos tradicionais; isso também aparece na abordagem da saúde mental para álcool e outras drogas. Nesse sentido, a RD expressa uma proposta guiada na defesa da vida, aberta, transversal e inclusiva.

A transversalidade das práticas de RD propicia a articulação de diversos territórios subjetivos, políticos e sociais, criando a maior comunicação entre diferentes instituições e saberes que permitem o atravessamento de uns sobre os outros. A criação de redes na prática da RD realiza o agenciamento entre diversas políticas públicas, tais como a de DST/AIDS, a saúde mental, educação em saúde e direitos humanos. Essas práticas integradas no CAPSad podem criar múltiplas dimensões de cuidado e atenção para os usuários de drogas, rompendo com os binarismos que separam as variadas dimensões do campo da saúde, como é o caso da clínica e da saúde coletiva (BRASIL, 2003). Essas práticas transversais ainda desestabilizam os limites fixos dos dispositivos de saúde ao conectar as forças sociais do território com os serviços de saúde.

O conceito de transversalidade possibilita avaliar as políticas que existem e prosperam nas margens do Estado e que funcionam no seu limiar. As ações de RD transitam nesses espaços entre a máquina do Estado e as políticas públicas, em constante movimento de invasão e fuga do aparelho de Estado, que, como já pontuamos, funciona por captura. O método da RD expressa o funcionamento de uma clínica ampliada que aumenta o grau de comunicação entre práticas de saúde, o que não a limita a algum campo específico de saber, seja médico, da prevenção, da saúde coletiva ou da clínica, mas opera entre os campos, fazendo alianças. Entendemos que as estratégias de RD, funcionando em diversas cidades do Brasil, são práticas de saúde pública (comum) que resistem de modo biopolítico às formas de assujeitamento e mortificação que são operadas pelo *biopoder*.

Os saberes produzidos pelo movimento da RD e presentes nas suas práticas estão inseridos no que Foucault chamou de “saberes sujeitados”, ou seja, saberes minoritários que lutam contra formas de poder instituídas. Os saberes dos usuários de drogas ainda são desqualificados sistematicamente quando se trata de pensar as políticas de drogas no Brasil. No entanto, para as ações da RD, os saberes produzidos pelos “drogados” a partir dos territórios subjetivos e políticos que eles acessam e transitam é que tornam possíveis estratégias de saúde democráticas.

A partir das estratégias de RD é possível a articulação de singularidades cooperativas – o mapeamento das potencialidades de cada território. Os modos de subjetivação são agenciados a partir do encontro singular entre o agente redutor de danos e o usuário de drogas

no trabalho de campo: uma infinidade de ações que são criadas por esses saberes “locais, descontínuos e desqualificados” (FOUCAULT, 2005a, p. 13) e que são fundamentais para as práticas da RD.

3 – COMPOSIÇÃO DA RD E OS MOVIMENTOS NA SAÚDE

Políticar

Filha da prática
 Filha da tática
 Filha da máquina
 Essa gruta sem-vergonha
 Na entranha
 Não estranha nada (...)

Tom Zé

Neste capítulo apresentaremos o plano de composição e as práticas na saúde que abrem espaços para ações de RD no âmbito do SUS. A Política de Atenção Integral para os Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003) e outras portarias do Ministério da Saúde que incluem a RD na saúde pública promovem a sua articulação com o CAPSad, realizando uma interface entre as políticas de saúde mental e de DST/AIDS. É relevante, abordar as forças sociais que constroem as estratégias de RD, principalmente ancoradas no processo de criminalização através da lógica de guerra às drogas e nas práticas judiciárias.

No cenário político de democratização, a RD começa a estar presente nas lutas por saúde pública a partir do movimento gay, das organizações não governamentais (ONGs) e de gestores que enfrentavam a contaminação da AIDS na década de 1980. Com o debate sobre as ações de RD no Programa Nacional de DST/AIDS (1989), posteriormente as organizações de usuários de drogas e redutores de danos começaram a se estruturar nos anos 1990 (DOMANICO, 2006, p. 44). Esses são alguns dos caminhos políticos que as práticas de RD atravessam no seu percurso.

3.1 - Programa Nacional de AIDS (PN-DST/AIDS) e os redutores de danos

No Brasil, na década de 1980, com a epidemia da AIDS, buscaram-se respostas rápidas por parte dos gestores de saúde pública para conter a transmissão do HIV. A criação do Programa Nacional de AIDS, em 1986, possibilitou a ampliação da política de saúde e a garantia de direitos, dentro das diretrizes do SUS.

Nesta época de nas lutas por saúde, começa a disseminação de serviços para atender os portadores de HIV, assim como organizações não governamentais (ONGs) que reivindicam uma ação política na saúde pública direcionada para a DST/AIDS. As organizações mais

importantes nesse cenário, que estão voltadas para esse objetivo, são o GAPA (Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS), a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) e o Instituto de Estudos e Pesquisa em AIDS de Santos (IEPAS). Surgem nessas organizações o debate sobre estratégias de RD como política pública de saúde, direcionada para os usuários de drogas injetáveis (UDI), e as políticas de prevenção da transmissão entre os usuários de drogas.

A partir desse processo, as práticas de RD ficaram ligadas ao financiamento do PN-DST/AIDS, que contava com recursos de acordos com o Banco Mundial, *Union Nations Office on Drugs and Crime* - UNODC e outras agências financiadoras internacionais. Como parte da experiência do Projeto AIDS I ⁶⁸ (1993-1997), surge uma categoria de agentes de saúde que começa a ter visibilidade: os redutores de danos. Esses agentes, que muitas vezes são lideranças dos locais onde se realizam o trabalho de campo, profissionais do sexo e usuários de drogas, foram capacitados para trabalhar especificamente com a população de usuários de drogas injetáveis (UDI).

As ações de RD que, antes de 1993, eram executadas com recursos das secretarias estaduais e municipais de saúde, passaram a receber financiamento da Coordenação Nacional de DST/AIDS em convênio com o Banco Mundial, através do setor “Projeto de Drogas”, para trabalhar especificamente com os usuários de drogas injetáveis (UDI). O Projeto Drogas era formado por seis eixos: escola, centro de referência nacional, centro de treinamentos, recuperação e reinserção social, e projetos de Redução de Danos.

Esse projeto tornou possível o aparecimento de ações de RD em dez estados brasileiros⁶⁹, a partir de 1994, “por apresentarem um quadro epidemiológico com alta notificação de casos de AIDS pelo uso de drogas injetáveis” (DOMANICO, 2006, p. 75). O incentivo financeiro – do Banco Mundial repassado pela Coordenação Nacional de DST/AIDS – vai fomentar o surgimento de alguns projetos de Redução de Danos em cidades como São Paulo e Salvador (*Ibidem*).

Em Salvador, no ano de 1995, o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) começa o primeiro programa de troca de seringas (PTS) no Centro Histórico da cidade (Pelourinho), e que depois se expande para outros bairros, como Engenho Velho da Federação, Ribeira e Calabar (ANDRADE, 2000). Os agentes de saúde, as profissionais do sexo, travestis e os usuários de drogas participavam das capacitações de Redução de Danos no

⁶⁸ “Projeto de Controle da AIDS e DST” desenvolvido entre o Banco Mundial e o Governo do Brasil em 1993.

⁶⁹ Os estados escolhidos foram: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Ceará e Bahia.

trabalho de campo e eram multiplicadores das ações, muitas vezes passando a fazer parte da equipe de agentes redutores.

No contexto nacional, a partir de 1997, ganham força o movimento social de Redução de Danos e as associações estaduais e nacionais de redutores de danos, que lutam pelo direito à saúde dos usuários de drogas (DOMANICO, 2006).

Em 1997, é criada a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), que, em âmbito nacional, discute a RD em diversos fóruns, propondo políticas públicas para drogas. No atual momento político, a Associação Brasileira de Redutores de Danos quer ampliar a dimensão de movimento social presente na RD e “na abertura de espaço para uma nova visão sobre usuários de drogas e sobre o fenômeno social ‘drogas’” (ABORDA, 2003, p. 11). A Associação Carioca de Redução de Danos (ACRD), criada em 1999 com a participação de técnicos do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD), e a Associação Baiana de Redução de Danos (ABAREDA), em 2001, por agentes redutores do CETAD, são exemplos das associações que surgem nesse processo.

No entanto, o redutor de danos ainda caminha por uma linha tênue, equilibrando-se diante dos desafios e da falta de recursos e apoio estatal para a continuação dos programas. Nesse equilíbrio tenso persiste uma linha de fuga que aponta para outra forma de cuidado no campo da saúde. Essa prática promove uma reviravolta nas formas de encarar as práticas de uso de drogas, focando na promoção dos direitos dos usuários. As redes ativadas pelos agentes redutores de danos promovem agenciamentos cooperativos, criando estratégias variadas e singulares para os desafios concretos do trabalho cotidiano com os usuários de drogas. O Programa Nacional de DST/AIDS também incentiva as pesquisas e os estudos multicêntricos entre os UDIs.

3.2 – As pesquisas entre os UDIs – Projeto Brasil

A RD começa a ser discutida no Brasil a partir das estratégias políticas dos Programas de DST/AIDS, que buscam controlar e prevenir a transmissão do vírus HIV entre os usuários de drogas injetáveis (UDI).

Na cidade de Santos, no ano de 1989, onde aconteceram às primeiras ações de RD no Brasil, também foram realizadas pesquisas entre os UDIs. Essa cidade portuária transformou-se em rota do tráfico de drogas e escoamento para a América do Norte e Europa. O aumento

da oferta de cocaína em Santos está expresso no aumento dramático dos casos de AIDS em 1988 e no título de “capital da AIDS”, conferido à cidade (ANDRADE *et al.*, 1997, p. 189).

No ano seguinte, a Secretaria de Higiene e Saúde de Santos (SEHIG) convoca uma entrevista coletiva para anunciar que Santos era a cidade com maior prevalência de AIDS do país (ANDRADE *et al.*, 1997, p. 178). A utilização de drogas injetáveis e o compartilhamento de seringas entre os usuários contribuíram sobremaneira para a transmissão dessa infecção na cidade. Assim, a pesquisa aponta que

[...] o uso de drogas injetáveis – UDI – constitui importante forma de disseminação da AIDS em Santos: 42,5% dos casos de AIDS ocorrem em pessoas que apresentam esse tipo de vício. Se somarmos a isso os pacientes que se contaminaram “indiretamente” pelo uso de drogas injetáveis (parceiros sexuais de UDIs, filhos de mães UDIs, etc.), concluiremos que mais de 50% dos casos de AIDS do município se relacionam com esse tipo de prática. A drogadição é hoje, portanto, o principal fator responsável pela epidemia em Santos, o que tornou prioritário o desenvolvimento de ações para o enfrentamento do problema (ANDRADE *et al.*, 1997, p. 189).

Diante da situação bastante grave que Santos enfrentava nos casos de HIV/AIDS, a nova gestão de saúde, que assumiu em 1989⁷⁰, aborda de maneira inovadora esse problema de saúde pública. Para conter a transmissão entre os UDI, o governo municipal cria o primeiro Programa de Redução de Danos (PRD) direcionado para enfrentar esse problema no Brasil. Lancetti salienta o pioneirismo das políticas de saúde em Santos e menciona a interface saúde mental, drogas e AIDS:

Durante o período de 1989 a 1996, Santos foi a primeira cidade brasileira sem manicômios; a primeira cidade a reverter epidemiologicamente o quadro de contágio pelo vírus da AIDS; a primeira cidade a criar programas de assistência domiciliar e a inventar uma metodologia de trabalho com meninas prostituídas e dependentes do crack, etc., e também a primeira cidade a aplicar a metodologia de distribuição gratuita de seringas descartáveis (LANCETTI, 2006, p. 79).

Depois da iniciativa do PRD de Santos e com a interrupção do projeto de troca de seringas, pesquisas foram realizadas com os UDI, que ajudaram a debater a viabilidade das ações e a importância do contato direto com os usuários de drogas.

Pesquisas como o Projeto Brasil (1993), financiado pelo Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) e pelo Banco Mundial, foram realizadas através de estudos

⁷⁰ Gastão Wagner expõe, na apresentação do livro *Contra a maré à beira-mar – A experiência do SUS em Santos*, da gestão de 1989: “O projeto de Santos está muito ligado ao sanitarista David Capistrano da Costa Filho, secretário de saúde e depois prefeito. Sem sua energia e criatividade não existiria essa trajetória. Contudo, ao mesmo tempo, o projeto de saúde de Santos é também fruto de um trabalho coletivo: profissionais de saúde mental, outros especializados em AIDS, em vigilância epidemiológica e sanitária, em saúde da mulher e da criança, muitos inventaram e sustentaram as mudanças que a SEHIG conseguiu experimentar” (CAMPOS, 1997, p. 12).

multicêntricos em cidades onde a epidemia de HIV/AIDS tinha sido detectada entre pessoas que faziam uso de drogas injetáveis. Essas pesquisas contribuíram para evidenciar a importância das práticas de RD e legitimar a sua atuação, pois com elas foi possível conhecer melhor as características epidemiológicas desses sujeitos.

Mais tarde, o projeto “Situação de Base dos Usuários de Drogas Injetáveis (UDIs) dos Projetos de Redução de Danos (PRD) apoiados pela Coordenação Nacional DST/AIDS (CN-DST/AIDS) do Ministério da Saúde – AjUDE-Brasil” (1998) realizou um estudo multicêntrico e congregou cinco Programas de Redução de Danos (PRD), localizados no Sul e Sudeste do Brasil, que realizavam trocas de seringas no trabalho de campo realizado pelos redutores de danos. Essas pesquisas foram importantes para conhecer o perfil dos UDI, as condições de saúde, os fatores de risco para as infecções HIV, HTLV I/II e hepatite C, e traçar estratégias de RD em parceria com os usuários de drogas (CAIAFFA *et al.*, 2000).

O projeto AjUDE-Brasil também mapeou mudanças nas práticas de cuidado entre os usuários acessados pelos programas, como o aumento de uso de preservativo nas relações sexuais e procura de cuidados voltados para a saúde; foi verificada, também, a diminuição do compartilhamento de seringas. Assim, com a efetividade das ações de RD, busca-se abranger essas práticas para outros contextos e aprimorar a interface com a universidade e os serviços de saúde mental, além de fomentar a capacitação continuada dos redutores de danos que trabalham no PRD (CAIAFFA *et al.*, 2000).

Em Salvador, também foram realizadas pesquisas que demonstravam a prevalência de casos de AIDS entre pessoas que usavam drogas injetáveis. A taxa de prevalência de Salvador era muito próxima da que foi encontrada na cidade de Santos. Uma importante pesquisa que tornou pública a dimensão do problema para a saúde foi o Projeto Brasil.

O Projeto Brasil começa na cidade de Salvador em 1994; as coletas de dados ocorrem até o ano de 1996 – foram pesquisados 216 UDI pelos técnicos do CETAD. Os primeiros resultados da pesquisa no Centro Histórico de Salvador (Pelourinho) indicam sobre o tipo de droga utilizada: 96% faziam uso de cocaína injetável e 4% de cocaína e heroína. Outras drogas, como *crack*, chegavam a 6% do total de entrevistados, naquele momento. Em relação ao compartilhamento de seringas, o estudo mostrou que 80% dos homens e 70% das mulheres compartilhavam seringas e agulhas. Em relação a práticas sexuais, 73% das mulheres e 82% dos homens relataram nunca ter feito uso de preservativos. Sobre a taxa de soroprevalência de infecção pelo HIV, foi encontrado o índice de 50% (ANDRADE, 2000).

No ano de 1996, o projeto de trocas de seringas já estava consolidado no Centro Histórico de Salvador e, no final da coleta dos dados para o Projeto Brasil, os agentes de saúde começaram a registrar com maior frequência o uso de *crack*⁷¹ nesses locais. O aumento do uso de *crack* colocava novas questões para as estratégias de RD entre a população do Centro Histórico. O crescimento dos casos de violência era evidente para os técnicos do PRD, que relatavam casos de agressões, assaltos e situações de risco para os usuários de *crack*, tal como a troca de sexo por dinheiro ou droga (ANDRADE, 2000, p. 92). Através da pesquisa de campo, constatou-se que os UDI passaram a substituir essa via de uso pelo *crack*, mas, no entanto, os redutores de danos ainda encontravam pessoas que realizavam o uso de drogas injetáveis em diversos bairros de Salvador.

Em 1998, mais um estudo multicêntrico entre os UDI e usuários de outras drogas – promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) – foi realizado no Brasil, nas cidades de Santos, Salvador e Rio de Janeiro, e que envolveu 21 cidades em todo o mundo. Esse estudo possibilitou a aproximação entre a comunidade pesquisada e o PRD do CETAD, pois os grupos operativos aconteceram na sede do serviço. O contato com pessoas das comunidades estudadas ajudou a identificar, também, novos técnicos e lideranças que posteriormente foram integradas ao PRD como agentes redutores de danos (ANDRADE, 2000, p. 94).

As pesquisas ajudaram a promover o contato de pessoas que fazem parte do mundo *underground* das drogas (usuários, traficantes, redutores de danos, etc.) e os atores sociais que passam a transitar nas cenas e nos espaços onde o uso de drogas acontece (pesquisadores, agentes de saúde, técnicos do programa saúde da família). Através desse contato, as redes de RD foram ampliadas e ganharam consistência na troca de saberes com os usuários de drogas e com a participação deles no PRD.

Dessa forma, as pesquisas entre os usuários de drogas que aconteceram em diversas cidades brasileiras e o fortalecimento de PRD e das associações de redutores abriram espaço para ações de RD e articulação com outros setores da sociedade, tais como a universidade, organizações da sociedade civil e serviços de saúde pública. Este também é o caso de Salvador, que desde 1995 está entre as cidades do Brasil que criaram ações de RD na saúde a partir de vários atores sociais (ONGs, universidade, serviços de saúde, associações comunitárias, etc.).

⁷¹ Os usuários também se referem ao *crack* como “pedra”. O *crack* é consumido na forma aspirada, a partir da sua queima com a utilização de latas de alumínio, copos plásticos ou outros utensílios são usados para confeccionar um cachimbo artesanal.

O financiamento dos PRD no país foi feito pelo Programa Nacional de DST/AIDS. Os recursos advindos desse programa e de convênios com agências financiadoras internacionais permitiram o fomento de projetos de RD em cidades com alta prevalência de AIDS entre UDI. Os recursos do PN-DST/AIDS eram a principal fonte de sustentabilidade da maioria dos PRD que funcionam no Brasil, mas as estratégias de RD não se limitam somente aos UDI e à prevenção da AIDS⁷². O método da RD permitiu práticas transversais que conjugam múltiplos territórios, práticas, drogas de consumo e modos de cuidado. A metodologia da RD com usuários de álcool e outras drogas começa a ser pensada na atenção básica e nos serviços de saúde mental. No entanto, a RD, desde o seu começo em Santos, já trabalhava em articulação com outras políticas de saúde, inclusive articulada com as ações de saúde mental e as práticas que eram realizadas no espaço da cidade.

3.3 - Práticas transversais

A cidade de Santos imprimiu a sua marca histórica no debate da cidadania da loucura e dos usuários de drogas, assim como no amplo direito à saúde. No ano de 1989, aconteceu a intervenção municipal na Casa de Saúde Anchieta⁷³ para a desinstitucionalização dos pacientes que lá estavam presos submetidos a celas-fortes e ao eletrochoque. Esse hospital psiquiátrico era alvo de denúncias de maus-tratos e de inúmeras mortes violentas (TYKANORI, 1997, p. 67).

A Secretaria de Higiene e Saúde de Santos (SEHIG) interveio nesse hospício e construiu diversas estratégias de desinstitucionalização (LANCETTI, 2006, p. 21-23). Esse processo teve como primeira regra institucional “a proibição de qualquer ato de violência contra os pacientes”, possibilitando a “abertura de todas as áreas do hospital na sua parte interna” e a construção de estratégias grupais (reuniões, assembléias, etc.) para traçar a “nova ética” da instituição com a participação dos pacientes (TYKANORI, 1997, p. 68).

No entanto, essas práticas só têm sentido inseridas no processo mais amplo de interferência no espaço social, em direção à comunidade que cerca o hospício e que produz essa rígida separação entre o dentro e o fora do espaço hospitalar. Como afirma Tykanori (1997): “Em realidade, essas ações encontram a sua maior barreira exatamente na precisa separação entre o ‘dentro’ e o ‘fora’ do hospital” (TYKANORI, 1997, p. 70).

⁷² Os recursos para os PRD são de responsabilidade das secretarias municipais de saúde na atualidade, o que provocou interrupção por falta de investimento em diversas ações de RD.

⁷³ Chamada por David Capistrano Filho de “A casa dos horrores” (CAPISTRANO, 1995, p. 99).

Nesse sentido, temos que inquirir como essa nítida divisão é produzida e quais são os modos de atravessar, transbordar esses limites. Podemos buscar ajuda nessa tarefa no conceito de território e nas políticas de saúde que se engajam nesse transbordamento. A capacidade de ação no território é importante para operar a clínica psicossocial do CAPSad e constitui o método de trabalho desenvolvido pela RD na sua trajetória política.

Segundo as informações do texto *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*, da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, o trabalho no território e a construção da rede são definidos da seguinte forma:

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a idéia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005, p. 26).

A co-gestão presente nas práticas da RD no território abre possibilidade de criação de políticas públicas voltadas para a gestão comum das ações que estão inseridas nos espaços de sociabilidade dos sujeitos e produzem novos modos de sentir, pensar, perceber e agir (subjativação). Assim, podemos pensar o agenciamento no território pela ótica das práticas de RD e dos serviços de saúde mental.

Os serviços necessitam desenvolver um conhecimento de seu território de abrangência a fim de criar condições para atuar na comunidade de origem do paciente. A integração em sua comunidade advém do cultivo de possibilidades de implicação na vida social; para isso, é necessário explorar aspectos culturais, econômicos, geográficos, processos migratórios, moda, etc., de modo a transformá-los em recursos ativos em prol do desenvolvimento de um projeto de vida (TYKANORI, 1997, p. 72-73).

Nesses movimentos, surgiram possibilidades de desinstitucionalizar os pacientes com estratégias que inseriam o debate com o mercado de trabalho, a participação da família, a moradia e a produção de subjetividade, entendidas a partir da complexidade clínico-política da saúde mental.

A “reativação de subjetividades” desdobra-se numa necessidade de ativação de recursos da comunidade. Encontrar meios e instrumentos capazes de servir como mediação entre o hospital e a cidade tornou-se um desafio cotidiano. Nessa estratégia, introduzimos uma nova organização do espaço hospitalar, estabelecendo alas e enfermarias organizadas segundo uma correspondente divisão da cidade em regiões (TYKANORI, 1997, p. 71).

O ato político da intervenção na Casa de Saúde Anchieta possibilita a criação dos equipamentos substitutivos ao hospital psiquiátrico com a implantação dos serviços chamados de Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS). Esses NAPS foram importantes para o movimento que visava transformar as práticas de cuidado na saúde mental, pois mostraram que é exequível a substituição do hospital psiquiátrico por serviços abertos e que funcionam na lógica do território.

As primeiras estratégias de RD foram possíveis na cidade de Santos pela inovação na política de saúde, que foi a marca da gestão de 1989, tanto na política de AIDS como na saúde mental. Lancetti (2006) apresenta as possibilidades de inovação de práticas sociais a partir do processo da Reforma Psiquiátrica, em Santos, e do olhar de Guattari sob o cenário:

Em 1990, quando Félix Guattari visitou Santos, disse que aí estava ocorrendo a quarta revolução psiquiátrica, e essa revolução gerou um capital de conhecimento que não somente se tornou referência para a Reforma Psiquiátrica brasileira, como também fundamento para a invenção de diversas experiências ocorridas em outras áreas como educação, assistência social, saúde, segurança (LANCETTI, 2006, p. 23).

Essa inovação no campo de saúde propiciou na cidade abordagens democráticas, criativas e cooperativas na atenção de usuários de drogas, prostitutas e meninos de rua, ou seja, na população marginalizada. Desse modo, o trabalho na saúde, a partir do compromisso clínico-político presente na desinstitucionalização hospitalar, também era encontrado nas práticas de RD e outras políticas sociais. Essa transversalidade na clínica e na política é descrita por Lancetti da seguinte maneira:

[...] no trabalho afetivo ocorrido com meninos de rua, meninas prostituídas, de redução de danos (que também foi iniciada em Santos sob o comando de David Capistrano Filho e Fábio Mesquita), ou com toxicômanos, pôde-se reconhecer a clínica inspirada na experiência de transformação da psiquiatria (*Ibidem*).

A clínica operada na desinstitucionalização psiquiátrica aparece no trabalho afetivo com os usuários de drogas pautado na lógica da RD. As experiências vividas em Santos evidenciam o aparecimento de práticas transversais na saúde, baseadas na participação democrática e na cooperação de saberes entre usuários de drogas e agentes de saúde. Os saberes dos loucos, prostitutas, meninos de rua e usuários de droga aparecem nessas estratégias em constante agenciamento com os saberes produzidos nas universidades, nos serviços de saúde e na máquina de Estado. Dessa maneira, é a aliança entre essas práticas e saberes que possibilita a articulação clínico-política e a potência transgressora dessas ações de saúde.

As políticas de saúde em Santos inspiraram diversas experiências em outras cidades e movimentaram forças sociais vivas na luta pelo SUS. No entanto, existiam outras forças que tentaram barrar a ousadia política na defesa da vida e na atenção de populações marginalizadas que eram contempladas com essas práticas. Em 1989, o programa de RD foi proibido por medida judicial baseada na política de drogas vigentes na época – Lei nº 6.368/76 – movida pelo Ministério Público contra a prefeitura e a SEHIG, o que impediu a continuidade das ações de RD promovidas pela prefeitura. No entanto, a coragem política desses coletivos de saúde (gestores, trabalhadores de saúde e movimentos sociais) contagiou outras experiências pelo Brasil e abriu espaço para o debate sobre a estratégia de RD na sociedade.

Já em 1989 iniciou-se a organização de um programa destinado à prevenção da disseminação do vírus por via endovenosa, mediante distribuição de seringas descartáveis. Tal iniciativa, ousada para a época, suscitou novas polêmicas e até mesmo a abertura de processo criminal, movido pelo Ministério Público contra o prefeito e o secretário de Higiene e Saúde, acusados de incitar o uso de drogas mediante distribuição de seringas. Sob ameaça de prisão, decidiu-se pela suspensão do programa. No entanto, o debate aberto com a comunidade permitiu problematizar a questão publicamente (ANDRADE *et al.*, 1997, p. 179).

A discussão franca, à luz do dia, sobre RD acarretou reações contrárias ao projeto. As políticas de saúde mental e DST/AIDS de Santos enfrentavam questões sensíveis ao conservadorismo dominante em relação às drogas. Muitas pessoas não entenderam a proposta e consideraram uma maneira de incentivo ao uso de drogas, mesmo que essa afirmação não fosse comprovada na prática dos redutores de danos. Alguns gestores de saúde seguiram essa opinião preconceituosa e preferiram não enfrentar o embate político num campo tão carregado de medo e moralismo.

As parcelas autoritárias e contrárias às práticas de RD tomaram algumas medidas para desestabilizar essas políticas de saúde. Foram diversos os atos no sentido de inviabilizar o movimento constituinte da RD no Brasil. Em grande parte, as tentativas de impedir as ações de saúde pública ensejadas pelas práticas de RD tiveram como fonte o sistema judiciário e ações baseadas na Lei de Entorpecentes (Lei nº 6.368/76), que expressa a visão autoritária da ditadura militar sobre as drogas.

Antonio Negri discute as práticas judiciárias, ou seja, a judicialização do poder constituinte como tentativa de barrar o movimento das forças democráticas, que estão encarnadas também nas práticas políticas da RD.

O caminho das ações de RD foi minado constantemente por medidas judiciais e pelo preconceito de gestores que consideravam essas ações ineficazes e perigosas, e assim tentaram impedir o movimento constituinte dessas práticas na saúde pública.

3.4 – Práticas judiciárias contra o Movimento Constituinte

Para pensar as políticas democráticas na saúde utilizamos o conceito de poder constituinte proposto por Negri (2002), presente na sua obra *O poder constituinte*. Negri faz uma crítica das definições jurídicas clássicas, nas quais o poder constituinte é algo absoluto que organiza a hierarquia dos poderes e que se encerra com o ato constitucional. De sua parte, Negri sublinha que “o poder constituinte não será simplesmente construir normas constitucionais e estruturar poderes constituídos, mas, sobretudo, ordenar o poder constituinte enquanto sujeito, regular a política democrática” (NEGRI, 2002, p. 7).

A tese negriana afirma que uma das formas de barrar o poder constituinte é propor um termo jurídico, ou seja, pacificar pela norma e nas categorias jurídicas a potência anômala e singular presente na multidão, que é por sua própria natureza ilimitada. No entanto, o poder constituinte resiste ao processo constitucional; ele “permanece sempre estranho ao direito” (NEGRI, 2002, p. 8). Dessa maneira, ele expõe a questão nos termos que seguem:

Entretanto, se o poder constituinte é onipotente, deverá ser temporalmente limitado, deverá ser definido e exercido como um poder extraordinário. O tempo que é próprio do poder constituinte, um tempo dotado de uma capacidade de aceleração, tempo do evento e da generalização da singularidade, deverá ser fechado, detido e confinado em categorias jurídicas, submetido à rotina administrativa (NEGRI, 2002, p. 9).

O paradoxo aparece, pois o movimento constituinte não se limita à norma constitucional, à normatização e ao Direito, mas, como fonte onipotente e expansiva, é o móbil do avanço democrático, intensificado no século XX. Negri apresenta o poder constituinte a partir das lutas sociais que empurram o processo constitucional e a formação do sujeito político forjado para esse empreendimento. A singularidade subjetiva impulsionada pelo movimento constituinte imprime a abertura permanente que torna possível essas transformações democráticas.

Podemos entender que o poder constituinte está vinculado à criação de uma política democrática, com a participação coletiva e a constituição de sujeitos (produção de subjetividade) aptos para essa tarefa. Nesse sentido, a potência constituinte também pode ser encontrada na produção de uma política de saúde que amplie a participação desses sujeitos e

movimentos da transformação. Este é o caso da RD e da participação dos usuários de drogas na definição política das estratégias de cuidado. Os movimentos constituintes avançam diante do processo constitucional e resistem às práticas judiciárias que buscam barrar as estratégias de RD, assim como outras práticas de saúde “minoritárias”. Os agentes redutores de danos encarnam a singularidade subjetiva própria para transitar em diversos territórios e ampliar as práticas democráticas. A partir dessas práticas transversais, são produzidas subjetividades capazes de cumprir a tarefa de ampliar modos de saúde e incluir os usuários de drogas nas estratégias de cuidado.

Afirmamos que as práticas políticas do movimento da RD configuram-se como uma potência política que resiste às formas juridicalizadas, e que por isso mesmo, muitas vezes são alvos de estratégias jurídicas para barrar os seus processos constituintes. Foi o que aconteceu na ação judicial em Santos (1989) contra o programa de RD e o secretário de Saúde, David Capistrano Filho, assim como em outros casos de medidas judiciais que proibiram manifestações favoráveis à descriminalização das drogas em várias cidades e criminalizaram os agentes redutores de danos por entender que essas ações estimulam o uso de drogas.

A proibição da distribuição de seringas para os usuários de drogas injetáveis, no caso de Santos, demonstra a força do movimento contrário às ações de RD, que consegue interromper, naquela cidade, o programa de troca de seringas. Em junho de 2007, os folhetos de RD distribuídos na Parada do Orgulho GLBT de São Paulo foram proibidos judicialmente, o que gerou resposta do movimento de RD e GLBT pelo “Manifesto em defesa da Redução de Danos”, com a assinatura de diversas instituições e trabalhadores de saúde.

Em maio de 2008, a manifestação social, organizada por coletivos em 135 cidades do mundo, conhecida como “Marcha da Maconha”⁷⁴ foi impedida em diversas cidades brasileiras por medidas judiciais acionadas pelos Ministérios Públicos Estaduais (MPE) e acatadas por juízes. Nas cidades do Rio de Janeiro, João Pessoa e Salvador, algumas pessoas que apareceram nos lugares combinados para a realização da manifestação foram detidas pela polícia. Essas manifestações políticas e a concomitante proibição judicial servem como

⁷⁴ Segundo a nota oficial da Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA): A Marcha da Maconha, prevista para ocorrer em 14 cidades, foi proibida em Belo Horizonte, Brasília, Cuiabá, Curitiba, Fortaleza, João Pessoa, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e Santos. Nessas cidades, centenas de pessoas compareceram ao evento, muitas desavisadas da proibição, e mais de 50 delas foram detidas e acusadas de apologia ao crime, algumas, inclusive, sofrendo agressão policial (ABORDA, 2008). Depois da proibição, o movimento “Marcha da Maconha” do Rio de Janeiro marcou um evento que aconteceu na OAB/RJ com o apoio da Associação Brasileira de Imprensa (ABI) pela liberdade de expressão, no dia 10 de maio de 2008.

analisador para identificar quais são as forças que se opõem ao debate pela mudança na política de drogas, em defesa da descriminalização da maconha e da cidadania dos usuários de drogas.

Esse debate promovido pela “Marcha da Maconha”, Movimento Nacional pela Legalização das Drogas (MNLDD) e associações de redutores de danos também questiona o processo de criminalização da pobreza instrumentalizado pela política proibicionista. Um pouco antes da data marcada para a manifestação, um dos organizadores da marcha, Renato Cinco, e outras pessoas foram detidas no dia 21 de abril de 2008, quando realizavam uma panfletagem no bairro das Laranjeiras, Rio de Janeiro, acusados de apologia ao crime. O processo foi posteriormente arquivado, mas pessoas que foram presas durante as manifestações da Marcha ainda respondem judicialmente. No caso de João Pessoa, a repressão foi generalizada, com pancadaria por parte da polícia e nove pessoas presas. Um policial (Guarda Montada) caiu do cavalo e foi atropelado por outro; este declarou na mídia que tinha levado uma pedrada, por isso, alguns manifestantes presos respondem processo por lesão corporal, no qual os policiais são as testemunhas⁷⁵.

Tais estratégias criminalizadoras têm como fonte principal o sistema de justiça (práticas judiciárias), o Estado (polícia e política repressiva) e empresas de mídia de massa (palavras de ordem autoritárias e moralizantes), que disseminam pela sociedade uma subjetividade autoritária em relação às drogas, e produzem, principalmente, a criminalização dos jovens negros e pobres, moradores das periferias.

Esse processo histórico de criminalização e a construção de inimigos internos pelos meios de comunicação foram abordados por Coimbra (2001), assim como os seus efeitos concretos na concepção de segurança pública, adotada atualmente no Brasil, com a militarização de práticas e o extermínio de uma população entendida como “perigosa”.

Da mesma forma que se construíram perigosos “inimigos da Pátria” nos anos 60 e 70, em nosso país – e em muitos momentos da história de humanidade – foram sendo concebidos por diferentes equipamentos sociais os perniciosos, os indesejáveis. [...]. Também hoje, principalmente via meios de comunicação de massa, estão sendo produzidos “novos inimigos internos do regime”: os segmentos mais pauperizados; todos aqueles que os “mantenedores da ordem” consideram “suspeitos” e que devem, portanto, ser evitados e, mesmo, eliminados. Para esses “enfermos” – vistos como perigosos e ameaçadores – são produzidas “identidades” cujas formas de sentir, viver e agir se tornam homogêneas e desqualificadas. São crianças e adolescentes já na marginalidade ou que poderão – porque são pobres – ser atraídos para tal condição que devem ser exterminados. A modernidade exige cidades limpas, assépticas, onde a miséria – já que não pode ser escondida e/ou administrada – deve ser eliminada (COIMBRA, 2001, p. 57-58).

⁷⁵ Informação oral fornecida pelo sociólogo Renato Cinco através de entrevista em 11 de jun. 2008.

Esse processo de criminalização está ancorado nas práticas de extermínio que promovem uma extensão e intensificação das estratégias higienistas baseadas no confinamento e na punição. As atuais políticas sobre drogas no Brasil ainda sustentam, de forma hegemônica, uma lógica binária e que é criminalizadora, e induz práticas repressivas dentro da visão de guerra às drogas. As políticas de saúde pautadas na RD problematizam os efeitos políticos das propostas proibicionistas, que produzem mais danos sociais do que se propõe combatê-los.

3.5 – Usos e políticas de drogas

Quando falamos de políticas de drogas no Brasil, é bom começar afastando algumas ciladas que podem truncar o entendimento da proposta da RD. Existe uma política dominante no campo dos discursos e práticas acerca das drogas que apresenta uma série de clichês⁷⁶, preconceitos e valores muito instituídos, por isso precisamos fazer uma “faxina cognitiva” para não cairmos em lugar comum, seja moralizante ou mesmo medicalizador, ao abordar o uso de drogas.

Para encarar as políticas de drogas pela ótica da RD, precisamos afirmar algumas premissas éticas dessa prática, uma vez que as drogas, principalmente as consideradas ilícitas, são usualmente associadas à violência, criminalidade, doença, morte, etc. O compromisso ético que as estratégias da RD marcam de forma precisa é a afirmação da vida. Desse modo, todas as suas ações estão baseadas no aumento da potência de viver, em qualquer lugar que essa vida se apresente, seja nas palafitas de Salvador, nas baixadas paulistas ou nas favelas cariocas. As estratégias de troca de seringas, a distribuição de material informativo sobre DST/AIDS, o incentivo de práticas mais seguras em relação às drogas e a criação de redes no campo da saúde marcam a visibilidade das ações da RD que trabalham no sentido do cuidado e ampliação da vida.

As ações de cuidado vinculadas à prática da RD estão inseridas nos lugares e contextos dos usuários de drogas, no entanto elas não são invasivas, uma vez que contam com a colaboração e o protagonismo dos moradores, atores sociais locais e usuários na sua

⁷⁶ Como diz Deleuze e Guattari: “O pintor não pinta sobre uma tela virgem, nem o escritor escreve sobre uma página branca, mas a página ou a tela estão já de tal maneira coberta de clichês preexistentes, preestabelecidos, que é preciso de início apagar, limpar, laminar, mesmo estraçalhar para fazer passar uma corrente de ar, saída do caos, que nos traga a visão” (DELEUZE e GUATTARI, 2007, p. 262).

construção e efetivação. Essas experiências permitem a troca de saberes e a produção de novas formas de lidar no território com as questões relacionadas ao uso de drogas.

Nesse sentido, as ações de RD constituem a criação de resistências biopolíticas quando as ações são co-geridas de modo participativo com os usuários de drogas e outros atores inseridos no contexto de sociabilidades que as práticas de RD acessam. A produção de singularidades cooperativas nas ações de RD permite o trânsito em diferentes espaços, movimentando práticas transversais na clínica e na política de drogas.

Podemos citar a participação dos usuários de drogas e redutores de danos na articulação micropolítica para constituir os pontos de coletas de seringas usadas – chamados de Pontos Fixos (caixas coletoras) no trabalho de campo –, que fazem parte de uma ação de promoção de saúde baseada na tolerância e na cooperação comunitária.

A RD como prática de saúde entende que o uso de substâncias psicoativas sempre fez parte da história da humanidade, sendo que elas têm uma função lúdica, para fins estritamente prazerosos, em rituais que desencadeiam êxtases (místicos ou religiosos), ou, ainda, com finalidades curativas. Vista dessa maneira, a RD trabalha pragmaticamente e na contracorrente das propostas que visam “acabar com o flagelo das drogas”.

A partir do modo de produção capitalista, o mercado das drogas alastrou-se, transformando-as em mercadorias que atravessam tanto o mercado lícito e o ilícito. Aumentou a oferta de drogas, assim como os modos de consumo e diferentes formas de uso nas sociedades contemporâneas. Dessa maneira, a RD é uma abordagem que, diante da complexidade do fenômeno das drogas na nossa sociedade, afirma sua proposta pela perspectiva da saúde pública.

O uso de drogas no Brasil está inserido em diversos contextos culturais, políticos e econômicos, que se transformaram rapidamente no curso do século XX. Aconteceu um processo de criminalização e aumento da ação repressiva, por parte do Estado, de algumas formas de produção, comércio e consumo de substâncias psicoativas, como a maconha, a cocaína, as anfetaminas, os alucinógenos e outras. Tais substâncias foram proibidas, não por sua composição química ou pela comprovação científica dos malefícios à saúde, e sim por questões políticas e econômicas, que têm efeitos visíveis nas formas de “tratamento” médico e judiciário, assim como na criminalização dos usuários dessas substâncias. Dessa maneira, vemos que as formas de uso e as políticas de drogas estão em permanente movimento.

Ao longo de todo o século XX, o consumo de álcool e tabaco no Brasil foi mais disseminado na sociedade do que outras drogas, o que não acarretava uma preocupação tão extremada com as substâncias psicoativas como vemos nos dias de hoje.

Empresas multinacionais difundiram o consumo de álcool e tabaco, que se configurou como uma atividade bastante lucrativa e geradora de impostos para o Estado. A maconha teve uso bastante freqüente até a década de 1970, considerada uma droga de malandros da grande cidade e de regiões do nordeste brasileiro. A cocaína, por sua vez, foi prescrita de forma legal como medicamento até o começo do século XX, e, após ser colocada na ilegalidade, desaparece “da cena social até a década de 70, a não ser por relatos anedóticos de consumo em festas de grã-finos”. A cocaína, até esse momento, era uma droga muito cara e de difícil acesso (CRUZ e FERREIRA, 2001, p. 103). Nessa década, o consumo de cocaína começa a se transformar em problema de saúde pública em decorrência da banalização de seu uso e do aumento do número de dependentes (DOMANICO e MACRAE, 2006).

Ainda na década de 70, o uso da maconha cresceu – e, em menor escala, também o uso de anfetaminas e do ácido lisérgico – nas grandes cidades brasileiras e em diferentes classes sociais. As drogas alucinógenas fizeram parte do cenário dos movimentos contraculturais que criticavam as subjetividades hegemônicas naquele momento histórico. O estilo de vida transformava-se em modo de manifestação política ao questionar os modos de subjetivação dominantes.

Um exemplo disso é o movimento *hippie*, que aparece com “seus costumes e atitudes, [...] experiências com drogas, contestação do consumismo, da tradicional organização familiar e sexual” (COIMBRA, 1995, p. 18). O movimento *hippie*, no início da década de 1970, foi uma das formas de resistência ao modo de vida dominante regido pelo regime militar no Brasil.

A cultura *hippie* disseminou práticas de experimentação com as drogas, principalmente as alucinógenas e a maconha, enquanto buscava outras formas de percepção da realidade, integrando essas práticas ao modo de vida no qual se inseria o caldo contracultural das décadas de 60 e 70. Uma cartografia do movimento *hippie* expõe essa questão da seguinte maneira:

[...] “viajam” tanto concretamente, abandonando os seus territórios, quanto sensivelmente, utilizando-se de alucinógenos para conseguir, de fato, se deixar *desconstruir em seus padrões* pela desterritorialização, “desbundar”, como eles próprios dizem, e tornar seus corpos vibráteis ainda mais sensíveis às latitudes e longitudes dos seus afetos (ROLNIK, 2007, p. 139, grifos seus).

Posteriormente, como efeito da política de “guerra às drogas” levada adiante pelos EUA nos anos 80 e a repressão aos países andinos produtores de cocaína, as rotas alternativas do tráfico transformam o Brasil em passagem para o escoamento da produção de drogas. Com isso, passa a haver maior circulação e quantidade de drogas no país (MESQUITA, 1992). A partir daí, o consumo de drogas começa a ter efeitos na saúde pública e preocupar movimentos, organizações sociais e gestores de saúde.

O aumento de repressão em relação às drogas apresenta um impasse para as políticas que encaram essa questão como um debate de saúde pública pela lógica da RD, que levanta a questão da cidadania e dos direitos humanos. Nesse momento, existem práticas direcionadas ao uso de drogas que impõem uma abordagem autoritária. Podemos encontrar esse tipo de atuação na atual política “anti-drogas”, além das práticas de saúde orientadas pela abstinência e que impossibilitam novas formas de enquadre clínico pautadas na autonomia e no protagonismo dos usuários.

Nesse cenário, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)⁷⁷, vinculada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, e criada em 1998, sustenta, ainda, uma política proibicionista e carrega uma forte concepção militar, que está presente na própria criação e composição desse órgão de Estado. Atualmente, o secretário nacional anti-drogas é militar, gen. Paulo Roberto Uchôa. Esse órgão é responsável pela definição da política nacional de drogas na esfera da sua competência. O Ministério da Saúde (MS), por seu lado, busca discutir as drogas no âmbito da saúde pública e criar uma rede de serviços voltada para esta finalidade. Essa postura cria embates, dentro da máquina de Estado, entre práticas voltadas para a saúde pública e guiadas pela lógica da RD, e as práticas proibicionistas e criminalizadoras, na lógica da segurança nacional, ainda defendidas pela SENAD.

Um novo marco legal é criado com a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, instrumento que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e prescreve medidas para prevenção, atenção e reinserção social de usuários de drogas. Essa lei estabelece a prevenção de uso indevido de drogas com atividades voltadas para a redução de

⁷⁷ “Subordinada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, a Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD foi criada pela Medida Provisória nº 1669 e pelo Decreto nº 2.632, ambos de 19 de junho de 1998. De acordo com o Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, são competências da SENAD: exercer a secretaria-executiva do Conselho Nacional Antidrogas – CONAD; articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas; propor a atualização da política nacional sobre drogas na esfera de sua competência e gerir o FUNAD e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas”. A partir da Lei nº 11.754, de 23 de julho de 2008, este órgão passa a se chamar Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, mantendo a sigla original. Disponível em: <<http://www.senad.gov.br/>>. Acesso em: 08 ago. 2008.

risco e vulnerabilidade, e para a promoção e fortalecimento dos fatores de proteção através da autonomia e da responsabilidade individual diante do uso de drogas. No entanto, a mesma lei aumenta a pena para o tráfico e mantém, de modo geral,

[...] inalterado o sistema proibicionista inaugurado com a Lei nº 6.368/76, reforçando-o. Nesse sentido, a lógica discursiva diferenciadora iniciada na década de 70 é consolidada no novo estatuto, em detrimento de projetos políticos alternativos (descriminalizadores) moldados a partir das políticas públicas de redução de danos (DE CARVALHO, 2008, p. 9).

É nessa tensão do Estado, entre o caminho das políticas públicas e a criminalização, que as práticas de RD e a sua articulação com a atenção básica e os serviços de saúde mental estão sendo propostas. De um lado, a estratégia de RD transforma-se no novo paradigma da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (2003); de outro, as práticas de criminalização dos usuários continuam a ser exercidas pelas políticas proibicionistas e a “guerra às drogas”. Esse é o impasse no qual as estratégias de RD podem atuar como uma linha de fuga na transformação da atual política de drogas no Brasil.

Alguns autores abordaram as estratégias de criminalização ligadas ao “fenômeno das drogas”. A socióloga Vera Malaguti Batista, investida das ferramentas teóricas da criminologia crítica, analisa o processo da criminalização da juventude pobre no Rio de Janeiro e a sua ligação com a política repressiva de drogas. Ela evidencia a participação dos profissionais de saúde (psiquiatras, psicólogos, educadores, etc.), junto com o aparato judiciário, na construção de estereótipos, como família desestruturada e comportamento anti-social. Estas categorias fundamentam pareceres com acentuados “conteúdos moralistas, segregadores e racistas, carregando aquele olhar lombrosiano e darwinista social erigido no final do século XIX e tão presente até hoje nos sistemas de controle social” (BATISTA, 2003, p. 117).

A criminalização da juventude pobre tem como um dos vetores a atual política de drogas, e as estratégias dos discursos belicosos encaram essa população como o “inimigo interno”. Dessa forma, a população pobre, negra e moradora da favela é selecionada e apresentada como o perigo a ser combatido pela ordem penal e repressiva, que se anuncia com força no período de vigência do regime militar e que está presente na vida política brasileira até os dias atuais (BATISTA, 2003).

Na sua pesquisa sobre drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro, Vera Malaguti faz o levantamento de processos da já extinta 2ª Vara de Menores do Rio de Janeiro, no período de 1968 a 1988. A partir desses processos judiciais, demonstra a dinâmica da criminalização e

como a diferença de classe e etnia interfere na seletividade punitiva do sistema criminal e no tratamento dispensado aos jovens usuários de drogas. Enquanto os jovens de classe média são medicalizados em clínicas particulares, os pobres são enviados para o cumprimento de medidas “sócio-educativas”, ou seja, um é tratado pelo paradigma médico e o outro pelo paradigma criminal (BARATTA, 2003, p. 17).

Os usuários de drogas das comunidades pobres são apresentados como o novo perigo a ser controlado pelas práticas judiciárias e médicas. Essa postura proibicionista produz uma crescente criminalização de setores específicos da sociedade, diante da qual o movimento de RD tenta fazer uma crítica e resistir, pautada nos direitos humanos e na construção de redes biopolíticas.

Assim, as práticas de saúde que não estão voltadas para a abstinência e a “cura”, nem buscam o controle da população pobre, também sofrem um processo de criminalização. Essa criminalização afetou, inclusive, as políticas de saúde que implementaram programas de trocas de seringas (PTS) para usuários de drogas injetáveis (UDI), como no caso da RD de Santos em 1989, e o processo judicial sobre o então secretário de Saúde, David Capistrano Filho. As ações de RD foram acusadas de incentivar o consumo de drogas – uma concepção bastante visível, pois os redutores de danos, não raro, são presos ou reprimidos pela polícia quando estão fazendo o trabalho de campo e realizando ações de promoção de saúde.

Andrade (1994) conta a história de redutores de danos e usuários de drogas que tiveram seus documentos de identidade rasgados pela polícia, revelando o total desrespeito e preconceito das forças da ordem pelas atividades desempenhadas no trabalho de campo, e tornando difícil a sua construção social como agente de saúde, ao mesmo tempo que disseminam a violência contra os usuários de drogas. Durante a primeira pesquisa realizada pelo PRD com os UDI no Centro Histórico de Salvador, a ação da polícia foi uma das questões ressaltadas pelos pesquisadores:

Também chamou atenção a intensidade da violência policial expressa pelas lesões físicas apresentadas por alguns moradores enquanto estiveram presos ou mesmo detidos para averiguações. Outras evidências da violência policial eram as extorsões praticadas contra pessoas com penas de reclusão a cumprir, sob a ameaça de que poderiam ser presas; e, ainda, o rasgar documentos quando não havia, no momento da detenção, motivo que a justificasse, o que se acompanhava, algumas vezes da afirmação “ladrão não precisa de documento”. Havia ainda as prisões “profiláticas” por ocasião de acontecimentos importantes da cidade, a exemplo do que aconteceu durante a Conferência Ibero-Americana e nos momentos que antecediam os carnavais (ANDRADE, 2000, p. 84).

Andrade (1994) também comenta sobre a relação distante dos usuários de drogas de algumas comunidades de Salvador com os serviços de saúde da localidade. Ele nota que

“chama atenção como aquelas pessoas não se reportam aos serviços de saúde locais, algumas as desconhecendo completamente, o que as leva a tentar resolver sozinhas problemas que poderiam ser facilmente resolvidos nestes serviços” (ANDRADE, 1994, p. 196).

A partir da realidade inglesa, O’Hare (1994) discute que as penalidades e a política repressiva interferem nas práticas de saúde e na participação dos usuários de drogas nos serviços disponíveis, o que prejudica a abordagem da saúde pública.

A política de apenação também desempenha papel relevante. Quando existem penalidades severas para a posse de drogas, isso pode representar uma barreira relevante para impedir que os usuários procurem os serviços de tratamento e prevenção (O’HARE, 1994, p. 68).

Essa relação de distanciamento pode ser entendida, em grande parte, pela pouca abertura e o preconceito dos serviços em promover ações voltadas para os usuários de drogas. Os dispositivos de saúde reafirmam, muitas vezes, a condição de marginalização dos usuários, não acolhendo a demanda desse público, ou mesmo encaminhando automaticamente para os serviços especializados e internações.

A abordagem da RD vai defrontar-se, no seu percurso, com essas produções de subjetividades autoritárias e binárias em relação às drogas. É nesse terreno que a RD vai movimentar-se e propor um novo olhar sobre as políticas de drogas, que não esteja ancorado no moralismo normalizador e nos modos de controle da população, mas numa nova política que afirme os direitos à saúde e à cidadania no Brasil.

3.6 – Guerra às drogas e criminalização

Pelo já exposto, podemos perceber que as políticas “anti-drogas” impulsionam a repressão voltada para as populações pobres (classes proletárias, minorias raciais e grupos marginalizados). O poder exercido pelo Estado, com a ajuda da medicina e do sistema judiciário, visa controlar um segmento social específico e produzir uma divisão entre o que deve viver e o que deve morrer – nos termos do *biopoder*. Isso acarreta uma produção de morte, um corte que separa uma vida digna de ser vivida daquela que é ‘matável’. Vemos na atualidade a proliferação de *homo saceres* – vida nua, não qualificada politicamente, portanto, facilmente criminalizada e exterminada.

O número de autos de resistência⁷⁸, termo utilizado para definir eventos em que pessoas foram mortas pela polícia, no Rio de Janeiro, no ano de 2007, chegou à marca

⁷⁸ Dispositivo usado pela polícia para registrar casos de civis que foram mortos por policiais ao “resistir à prisão”.

alarmante de 1.330 casos, segundo informações do Instituto de Segurança Pública (ISP), autarquia ligada ao governo do estado. Esses números são justificados por José Mariano Beltrame, secretário de segurança do Rio de Janeiro⁷⁹, como fruto do combate ao tráfico de drogas. Nesse cenário, as chamadas mega-operações policiais, como a ocorrida no Complexo do Alemão, em 27 de junho de 2007⁸⁰, e que matou 19 pessoas, estão inseridas na lógica do extermínio e na incorporação do “inimigo interno” diante de uma política de segurança militarizada.

Essas “ações de guerra” foram freqüentes no ano de 2007, demonstrando um componente mortífero que supostamente está “em defesa da sociedade”. Ou seja, funciona reativando o discurso racista: “Se você quer viver, é preciso que o outro morra” (FOUCAULT, 2005b, p. 305).

A criminalização da pobreza, no entanto, não é um fato recente. Esse processo atravessa a história do Brasil; está presente na identificação dos pobres como ‘um perigo a ser combatido’. Podemos ter um exemplo disso na rápida urbanização brasileira, com a remoção das populações pobres e negras que moravam no centro para a periferia das cidades. No começo do século XX, as grandes obras da *Belle Époque* faziam parte do projeto de saneamento das cidades e higiene social, e que encaravam os pobres como vetores de doenças.

A identificação das favelas como lugares de marginais que usam “maconha” para realizar crimes é uma estratégia antiga. A construção do medo e da periculosidade dos pobres pela mídia está presente até hoje enquanto ameaça à segurança pública. Podemos ver como isso já se fazia presente na década de 1950, na cidade do Rio de Janeiro, nessa notícia do jornal O Globo de 11 de abril de 1958:

As favelas são viveiros e valhacoutos de marginais de todas as categorias: garotos que, degradados pelos mais velhos e por estes ou seus responsáveis instruídos, furtam gêneros das feiras e arrancam as bolsas das senhoras, adolescentes que, unidos aos maiores de idade já experimentados na senda do crime, assaltam e matam em pleno dia, praticam o contrabando, fumam maconha e com ela traficam mulheres desvirginadas na meninice, que vivem desempregadas e quando se empregam arrebanham da patroa o que podem, para em seguida levarem para o seu explorador que as espera na favela, com a prole, que crescerá, para mais tarde engrossar a falange dos perversos, dos delinquentes que ali permanecerão ou procurarão outro local (O GLOBO, 1958).

⁷⁹ Sérgio Cabral, governador do Rio de Janeiro, disse em relação à mega-operação policial no Complexo do Alemão que vitimou 19 pessoas no dia 27 de junho de 2007: “Não se faz uma omelete sem quebrar os ovos.”

⁸⁰ O Globo Online 27/06/07. Mega operação no Alemão deixa 19 mortes. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/rio/mat/2007/06/27/296533404.asp>>. Acesso em: 02 de jul. 2008.

A estratégia de criminalização ligada à política de drogas não é diferente, mas opera uma modulação, pois agora estamos diante de práticas de extermínio e encarceramento massivo das camadas mais pobres da população.

De fato, o processo de criminalização com a justificativa de “combate às drogas” começa na década de 1970 e atinge dimensões assustadoras nas décadas seguintes, com as práticas cada vez mais frequentes de “ações de guerra” nos bairros pobres e favelas do país. O conceito de “perigo interno” contra a segurança nacional se dissemina na segurança pública. No final da década de 1980, com a diminuição do papel do Estado e o avanço das políticas neoliberais, o que se apresenta é o crescimento do Estado punitivo (WACQUANT, 2001).

O sociólogo Löic Wacquant (2001) apresenta o cenário do avanço do Estado punitivo (policial e penitenciário) na década de 90 nos Estados Unidos e Europa, e o desmonte do Estado-providência ou do bem-estar social. As políticas neoliberais produziram em todo o canto o mínimo de Estado social e a ampliação de saídas autoritárias para gerir a pobreza, entre as quais está o discurso que apela para a segurança e que trata as desigualdades sociais como um caso de polícia.

A penalidade neoliberal apresenta o seguinte paradoxo: pretende remediar com um ‘mais Estado’ policial e penitenciário o ‘menos Estado’ econômico e social que é a própria causa da escalada generalizada da insegurança objetiva e subjetiva em todos os países, tanto do Primeiro como do Segundo Mundo (WACQUANT, 2001, p. 7).

Na periferia do capitalismo, a constituição do Estado-providência foi realizada parcialmente e de forma precária⁸¹. Quando o processo de “menos Estado” se dissemina, as garantias e direitos políticos, econômicos e sociais são “flexibilizados” em direção da fragilidade dos vínculos de trabalho e dos serviços públicos. Tomam corpo, nesse momento, diversas formas autoritárias no sentido de “dirigir a vida dos pobres”. É nesse período que a política de “tolerância zero” é exportada dos EUA para o mundo como panacéia na área da segurança.

No Brasil, esse cenário não foi diferente. Com a implementação das políticas neoliberais na década de 1990, houve um crescimento das desigualdades históricas – a pobreza e o desamparo social de grande parcela da população. Com isso, essas práticas autoritárias e estratégias policiais se espalham como forma de governo. A política de drogas não escapa desse laço.

Ora a “guerra à droga” lançada estrepitosamente por Ronald Reagan, e ampliada desde então por seus sucessores, é, com o abandono do ideal de reabilitação e a

⁸¹ Ver: OLIVEIRA, Chico. *Crítica da razão dualista/O ornitorrinco*. São Paulo: Boitempo, 2003.

multiplicação dos dispositivos ultra-repressivos (generalização dos regimes das penas fixas e irredutíveis, elevação do limite de execução das sentenças pronunciadas, perpetuidade automática do terceiro crime, punições mais rigorosas para os atentados à ordem pública), uma das causas mais importantes da explosão da população carcerária (WACQUANT, 2001, p. 95).

Um dos efeitos dessa política ultra-repressiva é o aumento do encarceramento dos usuários de drogas, pobres e negros. Na Europa, Wacquant aponta que os drogados, estrangeiros e precários são os principais “clientes” do sistema carcerário (WACQUANT, 2001, p. 101).

Orlando Zaccone, no livro *Acionistas do nada: Quem são os traficantes de drogas*, discute “a atual política de repressão ao comércio de drogas ilícitas”, que, voltada para os “inimigos” internos, produz o encarceramento dos mais frágeis no comércio varejista do tráfico de drogas, entre eles os “fogueteiros”, “aviões” e “esticas”⁸², e que no final dos anos noventa, as pessoas presas por envolvimento no tráfico de drogas representam “em torno de 60% da população carcerária do estado do Rio de Janeiro” (ZACCONE, 2007, p. 11).

A ampliação da política autoritária “contra as drogas” teve eco no Brasil de forma incisiva. Nesse sentido, tal política transforma-se na prática dominante para os países do continente americano, a qual está intimamente relacionada às políticas neoliberais. Essa estratégia política provoca o aumento das mortes e da violência estatal dentro da lógica de “combate ao tráfico de drogas” no Rio de Janeiro.

Paralelamente a este processo econômico, os governos dos Estados Unidos, a partir dos anos 80, utilizam o combate às drogas como eixo central da política americana no continente. Passam a difundir termos como “narcoguerrilha” e “narcoterrorismo”, numa clara simbiose dos seus “inimigos externos”. As drogas passam a ser o eixo das políticas de segurança nacional nos países atrelados a Washington, ao mesmo tempo em que o capital financeiro e a nova divisão internacional do trabalho os obriga a serem os produtores da valiosa mercadoria. Os países andinos se transformam em campo de batalha e nossas cidades se transformam em mercados brutalizados para o varejo residual das drogas ilícitas (BATISTA, 2004, p. 4).

A produção de uma Guerra Infinita na política contemporânea, representada pela “guerra contra o terror”, que se intensifica após 11 de setembro de 2001, e a “guerra contra as drogas” está inserida no funcionamento do poder imperial regida pelo controle e a hierarquia que promovem a extensão como tecnologia de poder para a produção de subjetividade. “A forma do *biopoder* imperial é hoje uma guerra que contém controle e disciplina” (NEGRI, 2003, p. 187). Nesse sentido, a política centrada na guerra constrói e multiplica o seu inimigo interno, que, “paradoxalmente, não pode ser vencido ou, se for vencido, é preciso logo que

⁸² Funcionários menores do tráfico de drogas varejista e que são os clientes principais do sistema penitenciário do Rio de Janeiro.

haja outro; o inimigo é o perigo público, é o sintoma de uma desordem a ser ordenada: isto é, é a ameaça que a própria presença da multidão provoca” (*Ibidem*). Isto se dá de tal modo, que é a polícia que se encarrega hoje das ações de guerra. A função bélica é empreendida pela gestão de polícia que aparece em diversos conflitos ao redor do mundo, como o que está presente nos países andinos e nas cidades brasileiras. A guerra está disseminada tanto na política externa dos Estados como na segurança pública interna, no controle dos pobres, entendidos como perigosos, e nos sujeitos que podem promover mudanças na ordem constituída.

Essa política aumenta o controle penal sobre esse segmento social. Isso é um dos desafios para a RD operar nesse cenário, nesses espaços conflagrados pela violência.

Nesse sentido, Batista (2003) expõe o processo de criminalização operada pela política dominante em relação às drogas e a estratégia de criar um inimigo interno, que é, em todo o mundo, associada à pobreza.

Os novos inimigos da ordem pública (ontem terroristas, hoje traficantes) são submetidos diuturnamente ao espetáculo penal, às visões do terror dos motins penitenciários e dos corredores da morte. Não é coincidência que a política criminal de drogas hegemônica no planeta se dirija aos pobres globais indiscriminadamente: sejam eles jovens favelados no Rio, camponeses da Colômbia ou imigrantes indesejáveis no hemisfério norte (BATISTA, 2003, p. 84).

Para Karam (2003), a política proibicionista que criminaliza as condutas como produção, distribuição e consumo de drogas é hoje um dos mais poderosos instrumentos para ampliar o poder de intervenção do Estado na punição e controle de todos os indivíduos, o que caracteriza uma ameaça ao Estado Democrático de Direito.

O controle penal sobre algumas situações conflituosas, entre elas o consumo de substâncias psicoativas, não somente faz com que essas condutas sejam criminalizadas, mas também permite que sobre os autores dessas condutas, entre os quais estão os usuários de drogas, sejam construídas identidades sociais que os considerem os “maus”, os “inimigos” e “perigosos”, que se contrapõem aos “cidadãos de bem” (KARAM, 2003, p. 56).

Esse controle punitivo constitui modelos binários para entender as múltiplas e complexas relações com as drogas na sociedade. O reducionismo dessas práticas criminalizadoras reforça ações de saúde pública voltadas unicamente para a abstinência e a higienização dos usuários de drogas (‘crackeiros’, viciados, ‘nóias’), com a atuação da polícia, que opera pelo viés repressivo.

Dessa maneira, podemos entender que as práticas que estão pautadas na criminalização ainda expressam uma compreensão autoritária sobre os fenômenos

relacionados às drogas e que estão bastante vivas no atual contexto brasileiro. As ações de RD nesse campo desafiam essas formações conservadoras e propõem o debate amplo com a sociedade sobre os aspectos sociais, políticos e econômicos, incluindo, também, a discussão da subjetividade em relação ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil.

A atual criminalização dos usuários de drogas reata a ligação histórica entre o poder do judiciário e médico⁸³. Isso já estava presente na Lei nº 6.368/76 com o tratamento obrigatório dos usuários de drogas processados e a exigência de abstinência (KARAM, 2003, p. 60).

No presente contexto, a implantação do projeto de “Justiça Terapêutica”, no ano de 2001, na cidade do Rio de Janeiro⁸⁴, como forma de tratamento clínico compulsório, por decisão judicial, e inspirada nas “*Drugs Courts*” norte-americanas, reedita a relação entre vigilância e “reabilitação”, promovida por diversos dispositivos criados entre os saberes médicos e judiciários. Essa política reafirma a criminalização do usuário jovem e pobre da cidade do Rio de Janeiro, sem dar possibilidade de escolha para aquele que é submetido ao “tratamento” obrigatório. Dessa forma, a Justiça Terapêutica é um dos instrumentos dessa política repressiva e de vigilância em relação aos usuários de drogas, e que levanta implicações éticas para os técnicos de saúde mental inseridos nessas práticas, associadas ao Poder Judiciário.

Até o presente capítulo, traçamos a proveniência histórica da psiquiatria e as lutas no campo da saúde, e esboçamos uma cartografia das atuais políticas de saúde para os usuários de drogas. Apresentamos a composição da RD nas lutas na saúde dentro do movimento sanitário e da Reforma Psiquiátrica. O caminho da RD no Brasil passa por esses movimentos e esteve vinculado ao PN-DST/AIDS como fonte de fomento das práticas. Na atualidade, as estratégias de RD ampliam-se como paradigma do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de drogas, diante da tensão entre práticas que criminalizam as drogas e aquelas ligadas às estratégias de saúde pública, cidadania e direitos humanos.

⁸³ Essa relação entre práticas médicas e judiciárias está presente em diversos momentos da história dessas disciplinas (FOUCAULT, 2002).

⁸⁴ Programa Especial para Usuários de Drogas pelo provimento de nº 20/2001, da Corregedoria Geral de Justiça e ordem de serviço nº 02/01.

4 – PRÁTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS – ARD-FC e CENTRA-RIO

O que será que me dá
 Que me bole por dentro, será que me dá
 Que brota à flor da pele, será que me dá
 E que me sobe às faces e me faz corar
 E que me salta aos olhos a me atraíçoar
 E que me aperta o peito e me faz confessar
 O que não tem mais jeito de dissimular
 E que nem é direito ninguém recusar
 E que me faz mendigo, me faz suplicar
 O que não tem medida, nem nunca terá
 O que não tem remédio, nem nunca terá
 O que não tem receita

Chico Buarque

Neste capítulo vamos relatar uma experiência de trabalho de campo num serviço de saúde mental do estado do Rio de Janeiro, o Centro de Tratamento e Reabilitação de Adictos (CENTRA-RIO). Esse espaço vive um momento de mudanças institucionais com o desafio de criar uma rede de atenção psicossocial para os usuários de drogas. Defendemos que as estratégias de RD podem fazer parte desse processo para fortalecer as tramas das redes sociais, criando contato com diversas políticas de saúde e promovendo a transversalidade entre práticas e programas. Essa possibilidade foi experimentada a partir da nossa prática com a RD na cidade de Salvador, através de projeto de extensão da Aliança de Redução de Danos – Fátima Cavalcanti (ARD-FC). O trabalho de campo realizado permitiu uma visão da interface entre os serviços de saúde e a articulação no território que é possível com o método da RD.

Para evidenciar como funcionam as estratégias de RD no território, vamos apresentar algumas anotações dos “diários de campo”⁸⁵, que registram algumas ações da ARD-FC, nos anos de 2005 e 2006, em alguns bairros da cidade de Salvador. Um dos focos de atuação visava à construção de uma política pública para usuários de drogas baseada em práticas de promoção em saúde, junto com o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em consonância com as diretrizes do SUS.

Nessas ações de RD, foram fundamentais o trabalho de campo e a articulação comunitária para demonstrar a importância de práticas de saúde que respeitem a diversidade, promovam direitos e estejam baseadas na cooperação das pessoas que usam drogas na

⁸⁵ Os diários de campo serão apresentados com a data correta e local, no entanto não vamos citar o nome das pessoas envolvidas.

construção das estratégias de saúde. Essas experiências de RD apostam na possibilidade de práticas que criem resistências biopolíticas, ou seja, voltadas para a defesa da vida.

4.1 - Aliança de Redução de Danos – Fátima Cavalcanti (ARD-FC)

A Aliança de Redução de Danos – Fátima Cavalcanti (ARD-FC), serviço de Extensão permanente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), foi constituído a partir do desmembramento do corpo técnico e dos projetos executados pelo Programa de Redução de Danos (PRD) do Centro de Estudos e Tratamento do Abuso de Drogas (CETAD), que também é ligado à universidade. Seu nome é uma homenagem a Fátima Cavalcanti, a primeira redutora de danos da Bahia. A ARD-FC realiza ações preventivas e de promoção de saúde entre pessoas que usam drogas. Este serviço tem como ponto de partida o Centro Histórico, no ano de 1995, expandindo-se após três anos para os bairros do Engenho Velho da Federação e da Ribeira. Vem progressivamente ampliando sua área de atuação, contando, no ano de 2005, com 46 pontos de prevenção em 15 bairros de seis distritos sanitários da cidade de Salvador (ARD-FC, 2005).

O trabalho na ARD-FC se caracteriza pela mobilidade e integralidade das ações. A mobilidade está presente no trânsito em diversos contextos e redes de sociabilidade dos usuários de drogas na cidade de Salvador e na construção de parcerias institucionais. O Projeto Pontos Móveis da ARD-FC, implantado em 1999, evidencia a transversalidade das práticas do PRD ao congregar diferentes espaços da cidade, diferentes territórios políticos, subjetivos e existenciais, assim como pela interface com diversas instituições e disciplinas que são agenciadas no trabalho efetivo pelo método da RD. As estratégias de RD não estão direcionadas unicamente para os UDI, mas são propostas junto com os usuários de drogas para diversas práticas de cuidado em relação aos diferentes usos de substâncias psicoativas, sejam elas *crack*, álcool, cocaína e, atualmente, as drogas sintéticas como o *ecstasy*.

Esse projeto funciona com uma equipe multiprofissional, composta por médicos, sociólogos, psicólogos, enfermeiras, redutores de danos e acadêmicos de diversas áreas, participantes do projeto de extensão. A equipe conta com um veículo –unidade móvel –, que é uma Kombi adaptada para o trabalho de RD⁸⁶, permitindo a mobilidade para o trabalho de campo e o fácil manejo dos insumos que ficam armazenados em gavetas na parte traseira do

⁸⁶ Os veículos do Projeto Pontos Móveis contam com identificação externa do PRD e das entidades que o apóiam através de logomarcas.

carro. A unidade móvel otimiza o tempo da equipe na ação de campo e possibilita um atendimento comunitário diversificado, pois amplia os recursos que podem ser utilizados nas atividades (TV, caixas de som, instrumentos musicais, painéis).

Durante a semana, até cinco comunidades diferentes são visitadas por uma equipe do Projeto Pontos Móveis, “em dias e horários estudados e previamente acordados com a população local”⁸⁷. A integralidade das ações está nas práticas de RD no território, mas também na articulação institucional com serviços de saúde pública, gestão de saúde e atendimento psicológico para usuários que o requisitam. O trabalho de campo abre espaço para questões e demandas de saúde que não estão ligadas diretamente ao uso de substâncias psicoativas. Nessa perspectiva, as ações de RD conseguem acessar não somente os usuários de drogas, mas estabelecer contato com outros atores sociais que estão na área de abrangência dos projetos, o que possibilita um contato democrático entre esses atores e as pessoas que fazem uso de drogas, estabelecendo uma política inclusiva e não segmentada. Essa articulação é o ponto de partida para a discussão do uso de drogas pela via da promoção da saúde e da construção de redes biopolíticas que resistam aos comandos rígidos de poder centrado no controle e na disciplina.

A resistência biopolítica no trabalho da RD pode ser encontrada na criação de redes de saúde que não estão subordinadas ao funcionamento hierárquico, onde o comando parte de “cima para baixo”, mas na produção de subjetividades de baixo para cima, novos espaços de sociabilidade democráticos e empreendimentos cooperativos. O movimento da RD resiste aos modelos de saúde que reproduzem a violência e negam os direitos sociais e políticos aos usuários de drogas, impedindo sua participação na criação de políticas públicas de álcool e outras drogas.

Nas abordagens de campo, estava muito presente a articulação comunitária para tornar efetivas as estratégias de cuidado. As pessoas atendidas pelo projeto conheciam e confiavam na equipe, e uma pessoa de referência na comunidade sempre estava presente nas ações. Era com esse agente redutor que, muitas vezes, o trabalho de campo era aberto com o mapeamento dos aliados das estratégias de RD no território. Por sua vez, o trabalho dos agentes redutores no contato democrático com os usuários de drogas, falando a língua deles, abria espaço em outros equipamentos sociais, como rádios comunitárias, na qual os agentes redutores eram ouvidos e promoviam debates sobre cuidados à saúde, uso menos arriscado de

⁸⁷ Site da ARD-FC. Disponível em: <<http://www.fameb.ufba.br/ard-fc/pontosmoveis/welcome.htm>>. Acesso em: 01 de jun. 2008.

drogas e os direitos dos usuários. Acontecia, também, a realização de oficinas. Podemos citar como exemplo as oficinas de cinema de rua e a de serigrafia.

O Cinema de Rua promovia sessões de filmes nos locais onde as pessoas eram acessadas pelos projetos. Era uma estratégia de contato com os usuários de *crack*, inicialmente realizada no Centro Histórico de Salvador, e que depois passou a ser feita também em outros bairros; no final das sessões eram desenvolvidas oficinas sobre sexo seguro, com distribuição de preservativos. Quando a polícia rondava o local, a frequência nas sessões diminuía. Andrade (2000, p. 95) observa, a partir dos diários de campo dos redutores de danos: “Têm chamado a atenção para o fato de que quando as batidas policiais se intensificam, cai a frequência dos usuários às sessões”. Isso levantou a possibilidade de discussão do PRD com as autoridades policiais e a sensibilização para o tratamento mais adequado em relação aos UDI e outros usuários de drogas dessa localidade.

A oficina de serigrafia, realizada pela ARD-FC em parceria com a comunidade de um dos bairros atendidos pelo PRD, também evidencia a capacidade de envolvimento das estratégias de RD para além das práticas mais visíveis e paradigmáticas, como troca de seringas e oficinas educativas de prevenção à DST/AIDS. A oficina capacitou usuários de drogas para a realização de impressão em camisetas e outros materiais gráficos. Dois jovens que faziam a oficina de serigrafia, e participaram de capacitação em RD, conversaram sobre a mudança de suas práticas em relação às drogas – o que foi anotado no diário de campo do dia 05 de agosto de 2005:

Eles disseram que antes do curso se envolviam em diversas situações de risco, como fumar perto do módulo policial ou fazer uso crônico de maconha. Hoje eles falaram que reduziram o uso de maconha e não se expõem a riscos ao usar. Eles ressaltaram a importância da mensagem da Redução de Danos para a comunidade e como essas informações mudaram sua forma de lidar com as drogas (ARD-FC, 2005).

Na abordagem de campo, realizamos apresentações musicais com versões de canções conhecidas, onde as letras criadas abordavam formas de prevenção e cuidados em relação ao uso de drogas, como, por exemplo, práticas menos arriscadas em relação ao uso de *crack*. Uma das agentes redutoras criava essas versões musicais, que eram bastante criativas e cativavam as pessoas durante essas ações de campo. A equipe também produzia esquetes e dramatizações nas datas próximas das festas populares, quando o consumo de álcool e outras drogas aumentam, como é o caso de São João e Carnaval. No diário de campo do dia 13 de julho de 2005, é evidenciada a reação do público diante da peça que contava a história de dois

amigos que usaram *crack* no São João e um deles apresenta sintomas de tuberculose por compartilhar o cachimbo:

Quando apresentamos a peça, o pessoal em volta estava atento e acompanhava os diálogos, além de rir com algumas situações, por exemplo, quando o personagem Juca cospe sangue no chão. No final aplaudiram. Depois a galera ficou mais à vontade para perguntar sobre tuberculose. A peça pareceu levantar algumas questões e o pessoal aproveitou para tirar as dúvidas sobre os sintomas, tratamento e formas de prevenir a doença (ARD-FC, 2005).

As atividades artísticas mobilizavam a comunidade, assim como as ações esportivas e as feiras de saúde. Partidas de futebol foram realizadas entre dois bairros atendidos pelo projeto. Isso promovia o contato de bairros diferentes e de usuários e não-usuários, ou seja, a integração de diferentes territórios que foram agenciados pelas práticas de RD. No final das contas, no meio do jogo de futebol, não dava para saber quem era ou não usuário de drogas, quem era de qual bairro, e isso pouco importava. Esse agenciamento promovia espaços cooperativos, que também estavam presentes na participação em feiras de saúde e na possibilidade de articulação com outros serviços (saúde mental, DST/AIDS, postos de saúde) e programas de saúde, por exemplo: o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF).

Em 2005, a parceria estabelecida entre a ARD-FC e a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Salvador permitiu o desenvolvimento de ações de RD na atenção básica em saúde através da capacitação dos profissionais e gestores dos Programas de Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O projeto foi realizado em parceria com os gestores de saúde do município e visava capacitar agentes de saúde e enfermeiras do PSF em RD.

O projeto previa a formação em serviço dos agentes comunitários de saúde e enfermeiras do PSF para a expansão das ações de RD nos bairros atendidos pelo PACS/PSF, integrando essas ações à atenção básica de saúde. Nossa estratégia de trabalho era sensibilizar a coordenadora do distrito e enfermeiras para a importância do projeto, assim como a articulação com a Secretaria de Saúde. Muitos agentes comunitários do distrito já tinham recebido cursos e palestras sobre estratégias de RD e estavam motivados para realizar o trabalho de campo. Durante o trabalho de capacitação e na prática de campo estreitamos a parceria com os agentes de saúde.

Ao longo do trabalho, realizamos diversas visitas e contatos com serviços de saúde que atendiam usuários de álcool e outras drogas, além de construir a agenda de encontro com os ACS e enfermeiras para capacitação teórica e prática. Fizemos uma apresentação geral do

projeto para o distrito sanitário de abrangência com a presença da coordenadora do distrito, agentes comunitários e enfermeiras. Participamos também de uma feira de saúde no bairro da Ribeira com um *stand*, onde realizamos palestras em educação em saúde e falamos sobre as estratégias de RD junto com os agentes redutores de danos. Depois dessas atividades, começamos a capacitação teórica e prática com os agentes de saúde do distrito sanitário da Ribeira. Ou seja, as práticas de RD podem, sim, colocar em contato os programas de saúde pública que operam na lógica do SUS. A contribuição da RD como método transversal de saúde é o agenciamento de diversas políticas de saúde que, no seu funcionamento, estão separadas umas das outras; por isso defendemos que a RD pode realizar redes ampliando o acesso dos usuários de drogas ao SUS.

A articulação da RD na rede pública de saúde é um passo adiante na consolidação de políticas em saúde voltadas para os usuários de drogas. O desafio da política de álcool e drogas é continuar incentivando o trabalho de campo dos agentes redutores de danos, ao mesmo tempo em que amplia as ações para a atenção básica e a parceria com as redes sociais dos usuários de drogas.

O trabalho da ARD junto com o PACS/PSF possibilitou o contato do projeto com os serviços públicos de saúde e equipamentos sociais para efetivar a articulação com a política de promoção de saúde para os usuários de drogas. Assim, também foi possível mapear os entraves na máquina de Estado para efetivar uma política de álcool e drogas que adote o paradigma da RD.

A possibilidade de interação das ações das práticas de RD com o PACS/PSF é um modo de ampliar a política pública de saúde e realizar uma integração com o SUS. A ampliação das práticas de RD nas políticas de saúde pública é uma demanda dos movimentos sociais que querem uma política democrática de álcool e outras drogas.

Nessas comunidades, realizamos estratégias de RD junto com parceiros locais. As atividades de prevenção de HIV e hepatites B e C para usuários de drogas eram diversificadas, incluindo encaminhamento para aconselhamento e testagem sorológica no CTA-COAS, assim como a disponibilização de preservativos masculino e feminino acompanhada de palestras sobre seu uso correto, além da disponibilidade de seringas descartáveis e a criação de Pontos Fixos de Prevenção com as caixas coletoras – parte do programa de troca de seringa (PTS) –, até a criação de intervenções artísticas que se referiam à prevenção à DST e uso menos arriscado de substâncias psicoativas.

Tal fato contribui para que, mesmo desconfiados e machucados pelos reveses da vida, os UDI e os usuários de drogas em geral, ao perceberem a seriedade do trabalho que se realiza, abram literalmente as portas ao programa. Desse modo, residências de redutores de danos, de usuários de drogas e mesmo de outros moradores das comunidades nas quais o PRD atua têm sido cedidas como espaço para Pontos Fixos de Prevenção, reuniões com os usuários, cinema nas ruas e outras atividades do programa (ANDRADE, *et al.*, 2005)⁸⁸.

A prática de campo era pautada pela criatividade e o contato direto nos diversos contextos em que estão inseridos os usuários de drogas. Um dos desafios da equipe era aproximar os usuários da rede de atenção básica de saúde pública (SUS) e propiciar a articulação de redes de proteção social à população atendida.

O trabalho não se limitava ao usuário de drogas, embora este fosse o foco do PRD. Estávamos em contato com diversos atores sociais nos locais onde fazíamos nossa intervenção, além de articulação política e promoção de direitos (*advocacy*) nos gestores de saúde e na defesa de políticas públicas que incluíssem a RD. Esse contato direto nos fez perceber como o campo de promoção à saúde é complexo e, para produzir um trabalho eficaz, teríamos que compartilhar os saberes que eram agenciados naquele contexto. Na ARD-FC havia um trabalho de intercâmbio entre os saberes produzidos na Universidade e os saberes produzidos pelas comunidades e usuários de drogas no seu cotidiano. Esse processo dialógico de saberes é de suma importância para a construção de uma sociedade democrática e programas de saúde abertos aos usuários de drogas, travestis, profissionais do sexo, etc.

Da mesma forma, a atuação multiprofissional e transversal em RD propicia uma ação diferenciada e altamente política, onde novos saberes emergem das relações e problemas práticos enfrentados no trabalho de campo. Com isso, podemos dizer que a construção da equipe multidisciplinar foi um dos fatores do sucesso da atuação do PRD para lidar com uma questão tão complexa e desafiadora como o uso e abuso de drogas.

A prática realizada no campo evidencia o conceito de transversalidade: na potência do trabalho no território, na criação de estratégias de saúde – estratégias em que os agentes redutores de danos (ampliadores da vida) se movimentam por múltiplos espaços, dentro e fora da máquina de Estado, escolas, serviços de saúde, universidade, etc.

As ações móveis no PRD agenciam diversos saberes. Dessa maneira, as relações de saber-poder próprias das disciplinas são dissolvidas. O usuário de drogas não reconhece os trabalhadores por serem redutores de danos, psicólogos, enfermeira, médico ou sociólogo; mas através dos vínculos e nas relações afetivas que são criadas nas práticas, na relação de

⁸⁸ Redução de danos e redução da prevalência de usuários de drogas injetáveis em Salvador-BA. (ANDRADE, *et al.*, 2005). Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/avalia8/salvador/prd.htm>>. Acesso em 12 de julho 2008.

cuidado. Isso está presente nos apelidos que os redutores ganham no campo e como um dos supervisores era saudado alegremente ao chegar às comunidades: “Diga aí, Rasta!”

Uma questão que chamava atenção da equipe era o pouco contato com os serviços de saúde mental e o CAPSad. Em alguns momentos essa relação foi estabelecida, mas não era constante. Por isso, a relação com os CAPS e a aliança com as políticas da reforma psiquiátrica são questões relevantes no debate atual das práticas da RD.

4.2 - CENTRA-RIO - CAPSad

Por que escolhemos, entre os CAPS disponíveis, esse serviço para realizar o trabalho de campo? A escolha não foi aleatória e nos parece importante contar aqui como isso aconteceu. Durante estágio acadêmico na Assessoria Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro, no ano 2006, entramos em contato com profissionais da gestão estadual de saúde mental e com programas que articulavam políticas de inclusão pelo trabalho para os usuários de saúde mental, além de outros setores, como a política de álcool e outras drogas.

Em 2007, quando procurávamos o serviço de saúde mental para o trabalho de campo, consultamos uma profissional da Assessoria para saber quais serviços voltados para álcool e outras drogas realizavam práticas de RD. Nesta conversa, estava presente uma pessoa que, ao mesmo tempo, era coordenadora do Fórum de Álcool e outras Drogas do estado e trabalhava como psicóloga do CENTRA-RIO, exercendo essas duas atribuições. Durante este encontro, ficamos sabendo que a professora do curso de Psicologia da UFRJ, que coordenava o estágio pelo qual tivemos contato com a Assessoria em 2006, estava, coincidentemente, fazendo a supervisão institucional do CENTRA-RIO.

A partir dessa conversa, a psicóloga do CAPSad encaminhou o projeto de trabalho de campo para o diretor da instituição, e marcamos um encontro, no qual foram detalhados os objetivos do projeto. A escolha desse serviço foi feita, então, pelos contatos estabelecidos previamente, incluindo uma psicóloga que já havia trabalhado em PRD e participava da Associação Carioca de Redução de Danos (ACRD), o que facilitava o trabalho de campo na discussão de estratégias de RD e, também, porque esse centro de tratamento e prevenção ao uso de drogas estava em processo de mudança para transformar-se em CAPSad.

No CENTRA-RIO, estão em constante tensão as forças que impulsionam as políticas da reforma psiquiátrica, que também apostam na RD, e as forças que constroem essas práticas. Sabemos que as políticas da reforma e da RD caminham juntas na atualidade e estão

agenciadas politicamente para promover mudanças nos serviços de saúde mental. Esta é a aposta que fazemos.

Nesse dispositivo de saúde mental, essas duas dimensões da luta na saúde e das políticas de álcool e outras drogas estariam pulsando de forma bastante visível. Isso ficou evidente quando começamos a frequentar o serviço e participar das supervisões institucionais e de outros dispositivos do CAPSad. Começamos o trabalho de campo em março de 2008, embora os primeiros contatos com os profissionais do serviço tivessem iniciado em janeiro deste ano. Encerramos o trabalho de campo em julho de 2008, com a finalização das entrevistas individuais com os profissionais de saúde. Durante o trabalho de campo participamos de alguns dispositivos do serviço, utilizamos os diários de campo para registrar a experiência e realizamos 11 entrevistas com os profissionais do CENTRA-RIO que representavam as diferentes categorias que atuam nesse espaço⁸⁹.

O CAPSad/CENTRA-RIO tem uma história singular. Aqui não queremos analisar de maneira isolada um serviço, mas sim os agenciamentos que ele realiza e os movimentos que ele faz; as redes que são criadas e as tensões que estão em jogo, não somente nesse serviço, mas no campo da atenção de álcool e outras drogas de modo geral.

Dessa forma, no atual momento do processo de reformista, podemos encontrar essa tensão política também no funcionamento de outros CAPS. A articulação da RD nesses espaços é algo bastante recente, assim como a existência dos CAPSad, que ainda estão em processo de implantação nas cidades brasileiras. Por isso, não existem modelos prontos de como fazer a articulação dessas práticas.

Em alguns dispositivos do CENTRA-RIO, as práticas de RD aparecem, por isso, queremos mapear essas forças e contar um pouco desse percurso da RD e das políticas da reforma psiquiátrica – que são provisórias, estão em processo de construção de um território e também passam por desterritorialização constante, demonstrando que não há nada garantido nas práticas da saúde mental.

Buscamos ouvir as vozes e saberes dos profissionais de saúde do CAPSad. Assim, as práticas de RD foram discutidas nesse espaço, não para propor um modelo de CAPSad ou de como devem ser realizadas as estratégias de RD junto com os serviços de saúde mental, mas discutir a clínica e a política que essas práticas favorecem.

⁸⁹ Preferimos não identificar o nome das pessoas entrevistadas como foi acordado no termo de consentimento. Ver: Anexo 1 e 2.

Dessa forma, vamos levantar mais questões do que trazer receitas prontas. As falas dos trabalhadores de saúde mental também carregam vários questionamentos parciais, locais, às vezes fragmentados, que não constituem uma identidade pacífica, mas expressam o acontecimento dessas batalhas, dessas lutas na saúde.

O CENTRA-RIO, serviço especializado no tratamento e reabilitação em álcool e drogas, está ligado à Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC). Desde 2006, vem passando por mudanças marcantes para adequar-se ao modo de funcionamento de um CAPSad. As mudanças incluem a discussão da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, supervisão institucional, abertura dos dispositivos (oficinas, grupos, psicoterapias, assembléia, fórum), ampliação e organização de ações no território, e debate dos modos de atenção e cuidado próprios de um CAPSad. Vamos discutir o processo de desinstitucionalização e as possibilidades das ações de RD dentro do movimento de abertura para o território, partindo de uma visão da construção da rede psicossocial para álcool e drogas no Rio de Janeiro e a participação dos usuários na construção dessas ações. O desafio para a clínica psicossocial na atualidade é discutir práticas que insiram os serviços nos fluxos da cidade, possibilitando abertura para esse contato através de políticas transversais.

Na pesquisa realizada no CENTRA-RIO, buscamos mapear as forças que permitam o agenciamento com as práticas de RD nos serviços de saúde e que invistam no constante movimento crítico na clínica e na política de álcool e drogas. No ano de 2003, as ações de RD passaram a ser paradigma na atenção integral de usuários de álcool e outras drogas, no entanto a articulação entre ações de RD ainda está sendo construída nos CAPS em funcionamento, e que estão sendo criados e ampliados nesse momento (BRASIL, 2003). A portaria nº 1.059⁹⁰ do Ministério da Saúde (2005) destina incentivo financeiro para fomento de ações de RD nos CAPSad cadastrados e que estejam funcionando.

Partimos, então, de alguns questionamentos: como podem ser feitas práticas de RD num serviço de saúde com caráter psicossocial e voltado para ações no seu território de abrangência? Em que espaço do CAPSad isso pode ganhar força e impulsionar a construção de redes e a participação dos usuários de drogas na atenção e cuidados de saúde? Sabemos que o CAPSad tem a responsabilidade de organizar as redes de atenção e cuidado voltadas para os usuários de álcool e outras drogas no seu território de atuação (BRASIL, 2003). Com

⁹⁰ Essa portaria do Ministério da Saúde (MS) destina R\$ 50 mil (cinquenta mil reais) por ano para os serviços que apresentem projeto de Redução de Danos visando a contratação de redutores de danos.

isso, como o método da RD pode produzir as redes que os serviços de atenção psicossociais precisam construir?

O relato da experiência através dos diários de campo e das entrevistas realizadas com os trabalhadores do CENTRA-RIO visa cartografar os movimentos políticos dentro do CAPSad e também as forças sociais que impulsionam as práticas de RD. Para entender o processo por que passa o CAPSad/CENTRA-RIO, é necessário fazer um histórico clínico-político da instituição, do processo de desinstitucionalização (tensões e lutas) e as perspectivas atuais para a RD neste serviço.

O Centro Estadual de Tratamento e Recuperação de Adictos (CENTRA-RIO) foi criado no ano de 1998, no final do governo Marcello Alencar (1995-1998), pela Secretaria de Saúde do estado do Rio de Janeiro. A construção desse espaço aconteceu a partir de um ambulatório de psiquiatria – era um Posto de Atendimento Médico (PAM) que funcionava no bairro de Botafogo, zona sul do Rio de Janeiro.

Os profissionais do PAM foram avisados que o governo do estado tinha decidido criar, sem discussão com a equipe de trabalhadores, um serviço especializado em álcool e drogas com o formato de um hospital-dia, um espaço assistencial que se situava entre uma estrutura hospitalar para desintoxicação de usuários de drogas e o funcionamento ambulatorial em saúde mental. O discurso oficial relacionava o aumento do consumo de drogas no final da década de 1990 com a necessidade da criação de um lugar para tratamento e reabilitação de “adictos”. Dessa forma, os trabalhadores do posto psiquiátrico teriam que se adaptar à constituição desse novo serviço de saúde.

A primeira diretora da unidade era professora da UERJ e ficou pouco tempo no CENTRA-RIO. Logo depois, foi destacado um diretor que tinha orientação clínica no modelo comportamental e no método Minnesota, voltado para as práticas de abstinência em relação aos usuários do serviço. Este diretor trouxe com ele uma equipe de trabalho que também era orientada clinicamente pela abordagem comportamental e com forte influência dos grupos de Alcoólicos Anônimos (A.A.) e Narcóticos Anônimos (N.A.), que estavam presentes e participavam de oficinas ou no aconselhamento e mútua-ajuda aos pacientes da instituição. Como ambulatório de psiquiatria, o espaço era altamente medicalizado e prescritivo. A maioria dos pacientes passava por atendimento médico e também era encaminhada para internação nas comunidades terapêuticas (CT) e clínicas populares do estado.

Os trabalhadores de saúde mental ingressos no concurso de 1995 para a Secretaria de Saúde foram chamados em 1999 para trabalhar no CENTRA-RIO, considerado, então, uma

referência no atendimento de usuários de álcool e drogas no estado. Com a chegada dos concursados, ocorreu a substituição gradativa dos profissionais contratados, o que propiciou, também, diversos conflitos no coletivo de trabalhadores e com o diretor da instituição, responsável pela equipe contratada que foi indicada por ele⁹¹. Uma profissional da instituição lembra a situação vivida naquele momento: “*O diretor não queria a gente aqui, porque tinha uma equipe formada por ele em consonância com o que achava o certo*” (Entrevista nº 8, psicóloga). Outra profissional marca as tensões com a chegada dos concursados: “*Quando a gente veio para cá, começou a fazer uma série de questionamentos*” (Entrevista nº 2, enfermeira).

Os atuais profissionais que viveram esse momento contaram nas entrevistas os diversos embates com o diretor. Esses embates também tinham relação com a direção clínica do serviço. A abordagem dominante era o tratamento da “dependência química”, sendo os únicos caminhos a abstinência e a abordagem comportamental; os atendimentos psicoterápicos só podiam ser feitos em grupos de motivação ao tratamento. Uma psicóloga contou que, quando queria atender individualmente os pacientes, tinha que criar estratégias e dizer ao diretor “*que estava trabalhando a motivação; motivar e aderir (...) pacientes que a gente achava graves*” (Entrevista nº 8, psicóloga). Essa era uma forma de resistência ao tipo de organização instituída, visando construir estratégias para pacientes que precisavam de cuidados mais intensivos e que não eram modelados dentro das regras institucionais.

Os pacientes chegavam à instituição, passavam por triagem e eram encaminhados para o grupo de apoio (outro dispositivo em grupo), e daí para as fases do tratamento dentro do modelo comportamental. O atendimento grupal era dividido em três fases. Na primeira fase, o paciente era motivado a aderir ao tratamento baseado na abstinência. Na segunda fase, a psicoterapia estava focada nas questões do sujeito e na sua relação com a droga; a fase final preparava o paciente para a alta institucional e a “prevenção de recaída”, que era o objetivo principal dessa motivação. Ou seja, os termos utilizados na clínica são muito próximos daqueles encontrados em espaços de mútua-ajuda, como é o caso dos Alcoólicos Anônimos.

O diretor, então, deixa a instituição diante do processo de desgaste com a equipe de trabalhadores e de críticas ao estilo de gestão e ao direcionamento clínico do CENTRA-RIO. No ano 2000, assume a nova diretora, médica psiquiatra, que empreende mudanças no serviço e dá mais liberdade para os profissionais seguirem outras linhas na clínica e mais autonomia

⁹¹ Informação verbal dos profissionais atuais do CENTRA-RIO colhida através de entrevistas entre maio e julho de 2008.

para propor oficinas e projetos. No entanto, a tradição do método Minnesota e a prática clínica voltada para a abstinência continuam fortes na instituição.

A equipe de profissionais naquele momento era bastante numerosa. Havia por volta de 30 trabalhadores da equipe clínica⁹², divididos institucionalmente em dois grupos, de acordo com a escala de trabalho semanal: aqueles que trabalhavam segunda e quarta-feira, e os outros, terça e quinta-feira. Na sexta-feira acontecia supervisão com todos os profissionais, como ocorre ainda hoje. Os profissionais encaminhavam e discutiam os casos em reuniões de mini-equipes diárias durante a semana, seguindo a divisão dos dias de trabalho. Havia pouco contato entre os trabalhadores da instituição em dias diferentes, como se houvesse duas equipes de trabalho no mesmo serviço. Os pacientes não tinham atenção diária, pois o contato com o profissional de referência estava baseado na divisão interna da equipe. Dessa forma, os pacientes eram atendidos nas segundas e quartas ou nas terças e quintas-feiras. Dessa maneira, o cuidado intensivo para os pacientes graves ficava prejudicado e muitos deles eram encaminhados para internação em outros lugares.

A nova diretora incentivou práticas de pesquisas e grupos de estudo no CENTRA-RIO para os técnicos. Ela mesma realizou sua pesquisa de doutorado na instituição e implementou ações de RD que estavam inseridas dentro do projeto de pesquisa. Outros profissionais também participaram do projeto, que contou com financiamento. Essa pesquisa utilizava insumos como seringas descartáveis e *kit* de redução de danos (preservativo, copinho, seringa, *swab*, garrote e um folheto informativo), que eram distribuídos para os usuários de drogas que participavam das entrevistas, além de aconselhamento de DST/AIDS e testagem de hepatites B e C, sífilis e HIV. A oficina de DST/AIDS também abordava as práticas de RD.

No entanto, com o fim da pesquisa, as práticas de RD não se mantiveram presentes no CENTRA-RIO, até mesmo pelo encerramento do financiamento para os insumos e da parceria para a coleta de sangue dos pacientes; somente os preservativos continuaram a ser distribuídos e a oficina de aconselhamento seguiu funcionando. O PTS também teve fim, o que evidencia a descontinuidade das ações de RD nesse serviço. As estratégias de RD não eram compartilhadas com o resto da equipe e, muitas vezes, chamavam a atenção dos próprios pacientes e trabalhadores, que não aprovavam práticas de RD como a troca de seringas e o *kit* de redução de danos na instituição.

⁹² A equipe clínica se manteve regular com essa quantidade de trabalhadores. Atualmente conta com 36 profissionais, sendo dois assistentes sociais, dois auxiliares de enfermagem, dois de clínica médica, dois enfermeiros, um pediatra, um acupunturista, um homeopata, sete psiquiatras, um nutricionista, uma professora de educação física, doze psicólogas, três técnicos de enfermagem, uma farmacêutica.

Em relação às práticas de RD no CENTRA-RIO, quando ainda era um hospital-dia, e a interação da pesquisa com os outros profissionais da equipe, uma psicóloga do serviço comenta:

A RD aqui no serviço só aconteceu de uma forma muito tímida. [...] Muito presa ao projeto de pesquisa, mas não foi algo que contagiou a equipe do CENTRA-RIO. Ficou muito presa ali; os pacientes até hoje têm os kits que recebiam. Dar continuidade a isso eu não vi a possibilidade para ele, até por conta da postura dos outros profissionais (Entrevista nº 1, psicóloga).

As ações de RD não tiveram continuidade na instituição, seja pelo final do financiamento, seja pelo desinvestimento político e o pouco contágio que essas práticas tiveram no coletivo dos trabalhadores e usuários do serviço. Uma assistente social do CENTRA-RIO contou que os próprios técnicos do serviço tinham preconceito com o programa de troca de seringas.

Durante as iniciativas de troca de seringas, os próprios profissionais tinham a concepção de que essa prática incentivaria o uso de drogas injetáveis, concepção que também era expressa pelos outros usuários do serviço. Como podemos ver nesse relato de uma enfermeira que participou do programa de troca de seringas: “*Eu já ouvi isso muito aqui dentro: ‘Você tá dando seringa, você tá estimulando a usar’*”. *Essa é visão entre os próprios profissionais e os próprios usuários também*” (Entrevista nº 2, enfermeira).

O olhar condenatório sobre as práticas de troca de seringa entre os usuários de drogas injetáveis demonstra a forte tradição voltada para a abstinência no CENTRA-RIO e o desconhecimento por parte da equipe das diretrizes do SUS e das políticas de álcool e drogas, que incluem as ações de RD no leque de ferramentas clínicas nos serviços de saúde mental. Isso reflete a pouca abertura desse espaço para as políticas públicas orientadas pela lógica da RD, o escasso diálogo envolvendo a implantação dessas ações nos serviços de saúde e a sua restrição ao espaço de pesquisa, o que levou à pouca participação dos trabalhadores nas ações e no entendimento da proposta.

A acusação que associa as práticas de RD ao incentivo do uso de drogas, como vimos, é recorrente no percurso desse movimento. Ela é feita por diversos setores que defendem as políticas anti-drogas, as ações repressivas e a abstinência. Essas concepções atravessam diversas instituições sociais e também estão presentes nos centros de saúde.

É importante apresentar o perfil das pessoas atendidas no CENTRA-RIO. Em sua maioria, homens, 79%, principalmente adultos jovens. Das pessoas atendidas, 39% fazem uso de álcool. A cocaína e a maconha vêm em seguida, 31% e 17%, respectivamente. No entanto,

é comum que as pessoas façam uso de mais de uma substância psicoativa., 32% apresentam alguma situação de conflito com a lei, 46% nunca fizeram teste de HIV e, desses, metade diz ter apenas o Ensino Fundamental. A renda mensal é menor do que dois salários mínimos para 42,5%⁹³. O serviço realiza 1.120 procedimentos e recebe 136 pacientes novos por mês. Esse perfil das pessoas atendidas não faz referência aos UDI e usuários de *crack*, e revela que a maioria dos pacientes faz uso do álcool. Tal perfil nos leva a crer que a postura em relação à troca de seringas no CENTRA-RIO tem ligação com a pouca visibilidade dos UDI no serviço e o preconceito dos trabalhadores e dos outros usuários de drogas.

Dentro do projeto de transformação em CAPSad, o pedido de credenciamento é feito em fevereiro de 2007, no mesmo momento em que acontece a saída da antiga diretora, após uma relação tensa com parte dos profissionais do serviço, e a entrada de um novo diretor, também médico psiquiatra, e que trabalhou por cinco anos no primeiro Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas do Rio de Janeiro, o CAPSad Raul Seixas. Segundo uma psicóloga do serviço, que também participa da Associação Carioca de Redução de Danos (ACRD), o CAPSad Raul Seixas é o que mais discutiu as prática de RD, *“foi o que mais avançou nesse aspecto, foi a instituição que mais fez contato com a Associação Carioca”* (Entrevista nº1, psicóloga).

O atual diretor tem experiência na clínica psicossocial de álcool e outras drogas e formação psicanalítica. Nessas mudanças, a Assessoria de Saúde Mental do Rio de Janeiro, em 2006, começa a participar no serviço e pautar os debates sobre as atuais diretrizes políticas da reforma psiquiátrica, além de estar mais presente, realizando palestras e encontros com a equipe. A transformação do CENTRA-RIO em CAPSad já estava definida e era uma determinação política da gestão de saúde mental (Coordenação Estadual de Saúde Mental), mas isso não ficou claro, no primeiro momento, para a equipe. A proposta da criação do CAPSad aconteceu sem ampla discussão com os trabalhadores. O contato com a Assessoria Estadual de Saúde Mental abriu espaço para supervisões institucionais e o debate acerca das diretrizes do SUS.

Até então, havia pouca discussão sobre construção de redes na saúde e clínica ampliada, conectada com as atuais políticas da saúde mental e de álcool e outras drogas. No funcionamento ambulatorial, o centro de tratamento e prevenção do uso de drogas não tinha contato institucional com outros serviços psicossociais de saúde mental e não conhecia os

⁹³ Estado tem centro alternativo para dependentes químicos. 14/08/2006. Disponível em: <http://www.imprensa.rj.gov.br/SCSSiteImprensa/detalhe_noticia.asp?ident=33672>. Acesso em: 14 de jul. 2008.

CAPSad que funcionavam no município do Rio de Janeiro. A rede não era uma preocupação na prática do centro de tratamento, que recebia pacientes de várias cidades do estado por ser um centro de referência estadual no atendimento de álcool e drogas.

Com a supervisão institucional, as práticas da reforma psiquiátrica começam a ser abordadas no serviço, assim como o modelo de atenção psicossocial do CAPS. Nesse processo, a atual supervisora do CENTRA-RIO é indicada pelos trabalhadores por trabalhar orientada pelas novas políticas públicas de saúde mental em interlocução com as novas estratégias de álcool e outras drogas. A partir dessa mudança institucional e política, o CENTRA-RIO passa a ser o único CAPSad estadual do Rio de Janeiro vinculado à Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC), e o primeiro com esse vínculo no Brasil, já que os outros são ligados às secretarias municipais de saúde.

Desde 2007, o CENTRA-RIO está no momento de transição gradativa de ambulatório especializado em álcool e outras drogas para um serviço de atenção diária, aberto e buscando trabalhar na lógica do território, organizando a rede de atenção psicossocial para os usuários de álcool e outras drogas. É nesse processo atual que o método de RD pode estar integrado nas práticas do CAPSad e ajudar na construção de redes e mobilização política, além de promover a transversalidade das ações com a participação dos usuários de drogas.

4.2.1 – As supervisões no CENTRA-RIO

As supervisões institucionais do CENTRA-RIO possibilitaram mapear as principais forças que estão em jogo na construção de um espaço psicossocial para álcool e drogas e as possibilidades das estratégias de RD na construção de redes, no trabalho de campo e na clínica do CAPSad.

A supervisão é coordenada por uma profissional externa ao quadro funcional do centro, que foi indicada para encaminhar institucionalmente com a equipe as mudanças que vão configurar a clínica e a política de um centro de atenção psicossocial de saúde mental. A supervisora institucional tem grande experiência no processo de desinstitucionalização de grandes hospitais psiquiátricos no estado, participou ativamente da interdição do macro-hospício da cidade de Carmo e na clínica e gestão pública em saúde mental.

No começo do trabalho de campo, 07 de março de 2008, participamos do espaço coletivo de supervisão institucional do CAPSad/CENTRA-RIO. Nesse primeiro contato com o dispositivo de supervisão no CAPSad, feito numa das salas do serviço onde acontecem as

oficinas, nos defrontamos com diversos desafios da produção de uma clínica com forte implicação política e a criação de redes. A sala de supervisão mal comportava a quantidade de profissionais que se apinhavam nela. Apareciam questões de toda ordem, desde o próprio questionamento do espaço de supervisão institucional no serviço público de saúde mental, a organização da alimentação dos usuários com plano terapêutico intensivo até a precariedade do trabalho e as perdas salariais. Alguns profissionais sugeriam que os casos clínicos não fossem discutidos na supervisão, mas em reuniões de mini-equipes de profissionais que encaminhariam os casos e decidiriam qual orientação seguir.

Na supervisão seguinte, 14 de março de 2008, um ponto importante da discussão foi a construção de redes com outras instituições de saúde que atuam com os usuários de álcool e outras drogas. Foram citadas o Instituto Philippe Pinel, o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB), o Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas (PROJAD), o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), o CAPSad Raul Seixas e o Centro de Recuperação de Dependência Química (CREDEQ). Essas instituições têm formatos diferentes que atendem ou encaminham pacientes para o CENTRA-RIO.

Os trabalhadores discutiram a recepção (porta de entrada) das pessoas que apareciam pela primeira vez no serviço. Uma proposta foi criada no seminário da instituição como plano emergencial de reestruturação da recepção do CAPSad/CENTRA-RIO, visando propor estratégias de reorganização da porta de entrada, ampliação e fortalecimento da rede de atenção. A equipe de recepção, constituída por dois técnicos do serviço, é co-responsável pelo processo de avaliação do acolhimento. A equipe vem sendo coordenada por uma psicóloga. Essa proposta visa fazer o recorte de atendimento baseado no território da área de abrangência da AP 2.1⁹⁴ (Zona Sul) e potencializar e ampliar a função na rede. Os critérios de atendimento passam pela lógica do SUS e do CAPS.

O recorte do território está sendo implementado lentamente, pois os encaminhamentos de casos de outros lugares (inclusive outros municípios do Rio de Janeiro) ainda são atendidos no serviço. Ao mesmo tempo, o CAPS funciona numa lógica diferente das clínicas de álcool e drogas, que se orientam pela abstinência, medicalização e confinamento. O tipo de atenção que o CAPS oferece é psicossocial, pois está focado nas questões da saúde mental numa perspectiva aberta para as potencialidades do território e da construção de diversas formas de

⁹⁴ A cidade do Rio de Janeiro é dividida em Áreas de Planejamento da Saúde (APS). O CAPSad/CENTRA-RIO responde pela AP 2.1, que corresponde à Zona Sul da cidade. Disponível: Anexo 4.

abordagens e dispositivos de cuidado que promovam uma crítica com o enquadre baseado na doença, pautado unicamente pelo discurso médico e disciplinar e na remissão de sintomas.

Algumas das discussões permanentes são as construções das redes e o cuidado intensivo. Para muitos usuários, o CENTRA-RIO é uma referência de cuidado: uma vez que muitos deles são moradores de ruas e não têm outros equipamentos sociais de apoio, fazem refeição e tomam banho no CAPSad, sendo este o único lugar onde podem passar o dia.

Uma questão que até o momento é pouco discutida no serviço é o trabalho de campo e as estratégias de RD. Como o serviço pode ir para o território e não burocratizar suas práticas, assim como a RD pode estar dentro clínica e da política do CAPSad?

Lancetti pensa essa relação entre RD e a clínica: “Se a Redução de Danos pode transformar-se numa clínica, é porque pode transformar-se num desvio que consiste em criar uma experimentação de vida ali onde o empreendimento é mortífero” (LANCETTI, 2007, p. 82).

As estratégias clínicas de RD com usuários de *crack* que já existem em outros estados estão sendo abordadas no Fórum de Álcool e outras Drogas. Essas são as primeiras iniciativas para abordar essa questão dentro dos serviços e propor algo diferente dos enquadres clínicos tradicionais. O debate sobre RD na rede de atenção psicossocial começa a ganhar corpo com algumas iniciativas da Assessoria de Saúde Mental, através do Fórum de Álcool e outras Drogas (Fórum AD). Esse espaço promove debate sobre questões levantadas pelos trabalhadores dos serviços de saúde mental e outros atores sociais que fazem parte da rede de cuidados para álcool e drogas.

No espaço do Fórum AD, as políticas de saúde mental e RD chamam a atenção principalmente em relação aos usuários de *crack*. Muitos participantes do fórum comentaram a dificuldade de abordar esse público com os modelos tradicionais, ou então ficar esperando que eles cheguem ao serviço, o que muitas vezes não acontece. Esse dispositivo-fórum apresenta as questões da articulação da RD na saúde mental e na atenção básica, mas existem muitas dificuldades na abrangência das ações intersetoriais nos programas de saúde do estado. O PSF, por exemplo, na cidade do Rio de Janeiro, tem baixa cobertura. Somente 6% da população é atendida pelo PSF⁹⁵.

⁹⁵ Informação oral de uma psicóloga do CENTRA-RIO em 14 de jun. 2008.

Na supervisão, ficamos sabendo que o CENTRA-RIO tem um espaço para RD nos casos de dependência de heroína e substituição por metadona⁹⁶. A instituição é referência nessa prática de RD, pois é um dos poucos serviços de saúde em que a metadona pode ser encontrada. Esse é o lugar em que uma prática clássica da RD é realizada claramente na instituição, mas é feita basicamente para pacientes estrangeiros, pois a heroína é pouco consumida por usuários de drogas brasileiros. As pessoas que procuram por metadona no CENTRA-RIO são estrangeiros que faziam uso de heroína no seu país de origem ou brasileiros que foram para o exterior e passaram a usar heroína e desenvolveram crise de abstinência. Essa estratégia de RD é própria de países que apresentam maior incidência do uso de heroína. No Brasil, esta droga é encontrada muito raramente e não tem impacto no total dos casos abordados nos serviços especializados de álcool e outras drogas e nas práticas de RD.

Nas reuniões de supervisão institucional, alguns trabalhadores requisitam protocolos e regras mais claras para os pacientes do serviço, pois antes, o paciente ao “*faltar três vezes também era desligado da instituição*” (Entrevista nº 1, psicóloga). Assim, ocorreu uma tensão entre aqueles que queriam normas gerais de atendimento e regras institucionais claras e limites, e os que defendiam que essas regras já estavam presentes e foram pactuadas com a equipe no período de transição, com a criação de espaços abertos de cuidado e nos dispositivos coletivos da instituição. Foi sugerido um novo modelo de recepção que propõe uma avaliação clínica singular dos pacientes, sem abordagens preconcebidas. Esses casos, sempre que possível, serão levados para a discussão na supervisão institucional.

Na supervisão institucional, dia 09 de maio de 2008, houve uma discussão sobre as novas políticas de saúde mental. Um dos profissionais do serviço disse que a Reforma Psiquiátrica era uma enganação que vem de Brasília e o projeto do CAPS seria uma imposição, de modo que cada serviço deveria propor seu modelo. Algumas pessoas da equipe enxergam nos dispositivos de reforma psiquiátrica um fantasma que veio tirar a paz dos profissionais, além de acarretar mudanças que produziram uma crise na identidade do serviço, como evidencia um dos trabalhadores do CENTRA-RIO:

Para o mal e para o bem, as pessoas construíram uma cultura de trabalho nessa unidade. Interessante ver que o discurso da saúde pública, da Coordenação de Saúde Mental que começa a vir aqui eram vistas como pessoas de fora, pessoas que estavam vindo atrapalhar o negócio. Dizer como é que tem que trabalhar. [...] As políticas de saúde mental que apregoam que a unidade básica da área de álcool e

⁹⁶ Substância utilizada em países europeus e nos EUA, em UDI, para estratégia de RD com derivados de opiáceos.

drogas, que vai organizar o território, que vai planejar as ações, se chamam algo como Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPSad)[...] e o pessoal que estava organizando o fórum dos CAPSad disse que nós não éramos CAPS e por isso não podíamos ir. Então, não era nada, não era centro especializado e não era CAPSad. Então, ficou uma crise de identidade que até hoje de certa forma permanece (Entrevista nº 8, psiquiatra).

Na supervisão apareceram repetidas vezes resistência ao modelo do CAPS. Os profissionais requisitam a volta do funcionamento de mini-equipes e questionam a validade de construir a rede com outros serviços de saúde mental. Nesse espaço, poucas vezes ocorreu discussões sobre as práticas da RD.

Na supervisão do dia 13 de junho, uma psicóloga defendeu a possibilidade de realizar estratégias de RD com a substituição de *crack* por maconha no caso de um paciente jovem que está fazendo quimioterapia por causa de um tumor. A maconha é recomendada para dor crônica em outros países que utilizam a *cannabis* como recurso terapêutico. O uso e a substituição do *crack* por maconha pode ajudar no aumento do apetite e no alívio da dor, além de ajudar a controlar os efeitos do *crack* que impedem o tratamento. Esse é um caso dramático que está sendo acompanhado pelo CENTRA-RIO e, pela primeira vez na discussão de um caso clínico, optou-se por realizar abertamente estratégias de RD com a avaliação da psicóloga e uma médica.

Nesse encontro, uma das psicólogas apresentou a oficina aberta para promoção de saúde – cujo nome será escolhido pelos integrantes da oficina –, que fará aconselhamento para DST/AIDS e abordará as práticas de RD. A oficina vai contar com insumos de prevenção, recursos audiovisuais e tem como objetivo incentivar práticas preventivas de auto-cuidado. Essa é a oficina da instituição que vai trabalhar norteadada pela RD. A justificativa da oficina diz que:

Este projeto se faz relevante para a viabilização das ações de prevenção, atenção e promoção à saúde, visando diminuir os fatores de vulnerabilidade às hepatites e doenças de transmissão sanguínea e sexual entre outros. Para que os objetivos sejam alcançados, as ações se desenvolverão de forma integrada [...]. A proposta de abrangência para a comunidade externa da AP 2.1 é de grande importância para o estabelecimento de parcerias, como uma das estratégias de organização da rede de cuidados a atenção integral a saúde⁹⁷.

Esses foram os principais momentos em que a RD apareceu na supervisão institucional – na tensão entre as práticas do CAPS em contraste com o funcionamento ambulatorial. Como já expusemos, o CENTRA-RIO está em processo de transformações –

⁹⁷ Disponível no Anexo 3.

passa por um movimento para promover novas práticas clínicas e trabalhar com a rede de saúde mental e serviços que atendam usuários de álcool e outras drogas.

Uma questão atravessa a saúde mental e as políticas de álcool e outras drogas: como construir redes biopolíticas que sejam resistentes? Na construção do CAPSad, essas redes são muito importantes para a efetivação da clínica e da política implicada com o território. As redes não são uma abstração para um serviço aberto; a todo o momento a rede atravessa a instituição possibilitando a abrangência das ações ou colocando problemas para o trabalho cotidiano. As redes biopolíticas terão que ser construídas com a participação dos usuários de drogas, redutores de danos, trabalhadores de saúde, gestores e outros que vão criar as conexões que ampliem a vida.

4.2.2 – A Redução de Danos no CENTRA-RIO

Durante o trabalho de campo e nas conversas com os trabalhadores do serviço, buscamos mapear como as estratégias de RD podem estar presentes no CENTRA-RIO – quais dispositivos terapêuticos e redes políticas podem fazer contato através dessa lógica transversal na saúde. Existe, no entanto, o perigo de captura política das práticas de RD – o perigo da estatização das práticas, o que dificultaria o espaço de embate dos movimentos sociais com o Estado ou a incorporação da RD nos CAPSad descolada da realidade dos usuários de drogas e sem a participação destes na criação de estratégias de saúde. Isso diminuiria a potência do trabalho de campo, comprometendo e desviando a RD da sua própria história. Os desafios na atualidade são ampliar os agenciamentos políticos propiciados pelas estratégias da RD, abrir os serviços de saúde para as questões contemporâneas e construir uma clínica psicossocial no CAPSad. Desse modo, as práticas de RD podem contagiar os serviços de saúde e ampliar o trabalho cartográfico de campo próprio do seu modo de atuar, ativando resistências biopolíticas com a construção de redes.

As práticas de RD colocam questões éticas para a clínica feita nos CAPSad. Nesse sentido, uma psicóloga do CAPS discute a relação com os pacientes que chegam ao serviço e o lugar que a RD pode ocupar no espaço institucional:

A RD pode estar em todas as partes do serviço; acho que de diversas formas – eu não sou contra a abstinência. Dependendo como a pessoa está hoje, às vezes é prejudicial, ofensivo para o organismo, mas essa é uma posição pessoal. As pessoas têm direito de escolha de usar ou não usar, obter informações do que estão usando, de que forma pode prejudicar, de que forma eles podem se tratar aqui independente

de abstinência. Eu acho que tem que flexibilizar esses papéis (Entrevista nº1, psicóloga).

A abordagem da RD nos serviços de saúde pública é minoritária. A lógica tradicional e dominante ainda é a abstinência como único recurso clínico, e a medicalização nos casos mais graves. Mesmo com a diretriz da política de saúde mental que defende a RD como estratégia e uma das ferramentas de cuidado e atenção, as equipes não sabem como começar a trabalhar com o método da RD. Essa realidade deve ser mais difícil nos outros serviços de atenção básica, como chama à atenção uma trabalhadora do CENTRA-RIO, dizendo que,

[...] se dentro dos CAPS a atual política de Redução de Danos é uma das diretrizes, imagine dentro do posto de saúde, onde muitas vezes só tem um psicólogo ou um psiquiatra, ou na atenção básica que nem psiquiatra às vezes tem. O paciente chega com overdose e os médicos não sabem o que fazer. Sabem sim, socorrem para o cara não morrer e, depois, o cara vai fazer abstinência, não vai fazer (Entrevista nº1, psicóloga).

Outro técnico – responsável pela oficina de arte – fala da possibilidade de criar ações de RD no CENTRA-RIO e defende a prática, reivindicando-a na sua atuação com os usuários de drogas e nas suas experiências institucionais anteriores:

Eu acho fundamental. Não acho que seja possível, não, eu acho que é fundamental. Eu, mesmo sem saber direito, já fazia um pouco de RD. A gente nunca trabalhou com isso no NEPAD; aqui mesmo eu mantenho que minha escola foi lá. Eu nunca foquei na substância, eu foco no sujeito. Eu tenho trabalhado nisso e tenho resultado com isso (Entrevista nº 3, oficinheiro).

O trabalho de campo em RD e as ações de promoção de saúde no território por parte das instituições são avaliados na fala do mesmo profissional. Ele identifica algumas dificuldades para a realização das ações fora do espaço do serviço, que passam tanto pela burocracia como pelas exigências complexas que a abordagem no território implica e que muitos trabalhadores de saúde mental não estão preparados para fazer.

Eu acho que a maior dificuldade da saída dessa instituição, não só nessa, mas nas outras, é uma promoção de verbas que permitam a contratação, mas trava nessa burocracia, embora eu ache um trabalho muito difícil. É um trabalho para as pessoas que nem todo mundo consegue esse tipo de abordagem (Entrevista, nº 3, oficinheiro).

Com a Portaria nº 1.059 do MS, os serviços de saúde mental podem requerer recursos para efetivar ações de RD e contratar agentes redutores de danos que estejam vinculados ao CAPSad, no entanto, nenhum CAPSad do Rio de Janeiro entrou com projeto de RD pedindo esse recurso para o Ministério da Saúde até o momento.

Aqui, vemos a opinião desse trabalhador da instituição, que sintetiza e expressa francamente os receios, que são de parte da equipe, diante da hibridação das práticas e dos

usuários: os institucionalizados no serviço e os que chegarão a partir do trabalho de campo em RD.

[...] Para mim isso é complicado. Eu queria entender mais isso; eu acho que seria irresponsável responder isso da minha parte. Tenho que conhecer a fundo, mais do pouco que eu entendi. Na instituição que eu trabalhei que teve isso, pelo tamanho dela, uma área um espaço físico maior do que o nosso aqui. E um dos braços, porque tinha vários braços, um dos braços em um andar ficava para isso aí. Estava dentro da instituição, mas estava um pouco à parte. Pegar esse paciente ou redutor para levar para a instituição se tratar e você pegar um daqui e misturar com o do outro lado porque tinha um choque. “Poxa vocês estão incentivando”. Por desconhecimento, não é fácil fazer. Aqui eu não sei como isso aconteceria, embolaria o meio de campo, eu acho. Eu acho que isso funciona como um braço, como se a instituição puder ter um espaço de redução do lado eu acho isso viável, mas dentro da instituição embola um pouco (Entrevista nº 3, oficinheiro).

De outro lado, o desafio da RD na produção da rede é a abertura de espaços para a discussão coletiva nos CAPSad, promovendo o contato com o Programa Saúde da Família (PSF) e os agentes comunitários de saúde (ACS). Nesse movimento, as redes acionadas pelas práticas de RD criam as condições para que os trabalhadores do CAPSad estejam inseridos nas ações propostas no território e favorecem a integralidade da atenção para os usuários de álcool e outras drogas e a sua abrangência na atenção básica de saúde. A precariedade do trabalho dos agentes redutores de danos e a descontinuidade das ações também são pontos de análise na fala de uma entrevistada.

Eu acho que tem duas frentes. Uma frente é favorecer essa discussão nos espaços coletivos, a questão da RD, no sentido lato, o que significa isso, a questão do acesso, do direito à escolha, poder ser ético no atendimento dessa clientela. Isso prepara para uma RD mais emblemática que é o trabalho no território e a troca de insumos – são os kits de redução de danos. Se uma coisa for muito desconectada da outra, não vai rolar, vai achar um absurdo trabalhar com aquele kit, distribuir kit sniff. Do lado disso, acho que tem uma questão de políticas estaduais. Quando estive em Brasília [...] soube que iria haver um concurso público para redutor de danos. Tem um viés meio marginal muito interessante que é incluir o usuário como redutor de danos. É uma possibilidade de capilarizar essa ação [...]. A gente não pode esquecer de sustentar essas ações porque o que eu escuto é que o redutor trabalha sem ganhar, trabalha dois, três meses e ganha um [...] (Entrevista nº 7, psicóloga).

Nesse contexto, a RD contribui como método de articulação política no território como a estratégia que pode impulsionar práticas transversais no CAPS que transpassem diversos setores da saúde, inserindo os usuários de drogas nos pontos da rede e, com a cooperação deles, na construção de pontes entre o serviço e o território “marginal” das drogas. Isso ocorre de tal modo que o método da RD é eminentemente político na sua articulação com o CAPS. É uma ferramenta, uma máquina de costura para redes que ainda estão por vir; redes de cuidado que podem ser produzidas por trabalhadores de saúde mental, agentes redutores de

danos e usuários de drogas de maneira cooperativa. O CAPS aparece, assim, num lugar de passagem, sem estar institucionalizado, mas com a potência de desviar sempre do instituído, de criar novos lugares para operar a sua clínica, novos territórios políticos e existenciais.

[...] Vamos pensar assim: não dá para fazer RD sem fazer rede; num certo sentido, é impossível você pensar RD sem pensar que a rede é intrinsecamente presente. Se você pensar em outro serviço que tem outra orientação, ele não precisa fazer rede nenhuma, pode ficar esperando no canto dele, como um goleiro, as bolas chegarem, enquanto que a RD requer que o serviço se enrede. É meio impossível conceber um serviço que tenha uma proposta [...] que trabalhe com a RD como perspectiva e não vá fazer rede. Acho que assim, para fazer RD, necessariamente vai fazer rede, seja no caso a caso, seja como política institucional. No caso a caso, a RD vai requerer rede, e no macro, numa instituição como outras, vai ter que ter parceiros em rede para atuar. Enfim, sobre essas parcerias, eu acho que a gente está muito aquém da visão de rede, está muito aquém do que pode ser a rede. A gente só consegue hoje ver um lado da rede, a gente não consegue ver a rede toda; eu acho que tem rede à beça para a gente fazer e que, talvez, tenha uma rede aí que não está costurada ainda; tem uma rede aí que vai vir que ainda vai ser costurada, mas que ela vai ser costurada quando for fabricada e vai ser usada enquanto é costurada. É [...] uma rede que vai se produzir através desses instrumentos políticos que seriam, em tese, esses CAPS que vão trabalhar com a RD. É o que eu espero de um CAPS, como uma coisa mais fluida. O verdadeiro CAPS vai ser esse que está no mundo meio sem lugar, está no mundo meio marginal, no mundo sem lugar demarcado, isso é a idéia de um CAPS que talvez que vá fazer a rede: ele vai ser a agulha da rede (Entrevista nº 4, psiquiatra).

No entanto, o CAPSad não está consolidado, ele está em tensão permanente. A equipe do CENTRA-RIO também vive essa tensão. Uma parte desconfia do CAPS e das novas políticas de saúde mental, e outros tomam o desafio da transformação, fazem a aposta nesse novo modelo e nas políticas do SUS. Um dos trabalhadores do serviço marca que o principal desafio do CENTRA-RIO é “*tornar-se CAPS de verdade. Assumir a condição de CAPS que já está aí, e isso é um grande desafio – que eu não sei nem o que é, mas estou querendo ver o que é*” (Entrevista nº 3, oficinairo).

No meio das tensões políticas, a prática da RD é vista, de modo bastante positivo pelo diretor do CENTRA-RIO, como a prática de saúde pública que encara as drogas de maneira pragmática e que propõe políticas vinculadas à realidade do uso de drogas, ao contrário das práticas proibicionistas tradicionais, que investem no discurso autoritário de limpeza e da sociedade sem drogas.

Vivo dizendo isso por aí e vou resumir o que eu penso. Penso que a redução de danos é a melhor de todas as diretrizes filosóficas da política pública para drogas, e eu acho ela uma sacada, um achado muito bacana, porque a redução de danos é o único discurso sobre drogas que faz a gente de fato encarar o problema das drogas de maneira real, no mundo real, de maneira pragmática. É a única ferramenta filosófica para lidar com drogas que consegue considerar que uma sociedade vai se drogar, ao contrário das visadas tradicionais – por exemplo, proibicionistas, abstinentes –, ao contrário de qualquer visada desse tipo, desse cunho utópico de fazer uma limpeza na sociedade e na cultura, limpeza química; ao contrário dessa

visada, acho que a redução de danos é muito mais ampla para considerar o fenômeno do uso de drogas (Entrevista n° 4, psiquiatra).

As práticas que abordam as ações de RD dentro do CAPSad/CENTRA-RIO começam a ser esboçadas, e sua presença na oficina de aconselhamento de DST/AIDS pode criar as condições para que a equipe se aproprie dessas ferramentas e possa utilizá-las nos casos clínicos que apareçam nesse espaço. O diretor da instituição comenta que nesse momento nada constrange a construção de oficinas que tenham a RD como uma diretriz. As oficinas são os dispositivos de saúde que podem contagiar a equipe para as práticas de RD na instituição.

Nada impede de a gente criar dispositivos que tenham a RD como norte, como esses dispositivos atuais que a gente está propondo e que mexem mais com coisas mais afinadas com a RD como as oficinas [...]. Eu acho que, em tese, ali é um lugar propício, um solo fértil para você começar um trabalho que vai ter a RD como norte, ou que vai ter a RD como discurso [...]. Espero que no futuro essa equipe esteja falando da RD e que a RD tenha entrado como uma linguagem comum do serviço – algo que ninguém vai se sentir constrangido de falar se for o caso de esse assunto estar numa discussão clínica, seja ela qual for. Nada impeça um clínico daqui, seja lá de que origem for, de falar da RD como um das possibilidades daquele caso ou daquela situação clínica (Entrevista n°4, psiquiatra).

Sobre a articulação das práticas de RD no CAPSad, é importante a construção de uma política sobre drogas constituinte, que impulse as forças democráticas e abra espaços comuns e inclusivos para o cuidado e atenção dos usuários de drogas.

Para isso, é preciso que as estratégias de RD estejam integradas nas ações comuns dos CAPS e não sejam, somente, o esforço individual de alguns trabalhadores, ou seja, a proposta da RD só funcionará se houver um investimento coletivo nessa prática. Com esse investimento político, a clínica e os serviços inspirados nas estratégias RD podem produzir subjetividades, uma singularidade subjetiva que resista aos aparelhos disciplinares e de controle. O contato da RD com o CAPS pode propiciar novos enquadres clínicos que estejam conectados com a ampliação de vida e a autonomia dos usuários em relação às suas práticas.

[...] Estava pensando nisso outro dia: me veio na mente que a política de RD é democrática, pois permite que o usuário, mesmo ambivalente, mesmo usando, mesmo querendo fazer um estilo de vida em que a droga esteja presente, que o indivíduo esteja inserido no grupo terapêutico e no serviço de tratamento. O que acontecia antigamente: “Ah! recaiu então acho que você não quer se tratar; será que você quer mesmo se tratar?” e saía mesmo do grupo. Hoje não, acho que o profissional ganhou, o paciente ganhou. Eu acredito nessa política (Entrevista n° 8, enfermeira).

O movimento constituinte da RD e a ampliação de espaços democráticos na saúde só serão possíveis com a produção do coletivo. Assim, como vimos, o movimento constituinte resiste à sua limitação e domesticação. Nesse sentido, a potência política constituinte da RD pode ajudar na construção da clínica democrática no CAPSad. O desafio é que, com esse

encontro, essa potência interfira na clínica e aumente o contato da RD com as políticas públicas de saúde. Para isso, são fundamentais o avanço das lutas na saúde e a criação de espaços de participação direta para os usuários de drogas, redutores de danos e trabalhadores de saúde na definição das políticas de álcool e outras drogas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percorremos um longo caminho para mapear como a Redução de Danos (RD) participa das lutas constituintes na saúde e nas políticas públicas de álcool e outras drogas. Fomos buscar na emergência histórica da psiquiatria e da medicina social no Brasil, no século XIX, a produção de práticas que persistem no presente, quando olhamos para a clínica e as políticas atuais e a produção de assujeitamento e controle a que os usuários de drogas estão submetidos por diversas instituições sociais.

A psiquiatria promoveu práticas disciplinares, ao mesmo tempo centradas no corpo (*anátomo-política*) e na população como objeto político, visando o governo da vida (*biopoder*). Aí, no aparecimento da sociedade disciplinar, analisamos criticamente o contexto político contemporâneo e os seus espaços de poder, como são o asilo e a prisão, além do casamento entre as práticas médicas e judiciárias, que envolvem os alcoolistas no passado e usuários de drogas na atualidade.

No desenvolvimento das práticas psiquiátricas, utilizamos como ferramenta os conceitos do filósofo Michel Foucault. Foi pela genealogia do poder foucaultiana, em aliança com outros autores – principalmente com Agamben, Negri e Pelbart –, que abrimos o campo da pesquisa para os agenciamentos com a história e as resistências políticas do contemporâneo. Porém, como ensina o filósofo, interessava mais fazer uma história do presente, uma ontologia da atualidade. Assim ele diz: “Qual o campo atual das experiências possíveis? Não se trata aí de uma analítica da verdade, trata-se do que poderia chamar de ontologia do presente, uma ontologia de nós mesmos” (FOUCAULT, 1984, p. 112).

Para criar a nossa cartografia da atualidade e dos movimentos sociais na saúde, foi muito valioso o contato com outras cartografias políticas: os textos das duplas Deleuze e Guattari, e Guattari e Rolnik – foram com esses mapas que trilhamos os nossos caminhos. Através dessas cartografias, foi possível mapear as linhas e os movimentos que constituem as práticas no presente.

A genealogia do poder nos auxiliou a romper as formações históricas e a cartografia no acompanhamento, principalmente, das lutas sociais que provocam fissuras no edifício compacto da lógica asilar e prisional. Assim, foi preciso traçar a emergência do *biopoder* e seu desenvolvimento no contemporâneo, além de atentar para os saberes sujeitados pela história monumental das solenidades de origem – saberes dos loucos e dos drogados.

Pela análise microfísica, aparecem linhas de politização da vida no contemporâneo e a medicalização das classes perigosas; essas linhas do poder não são lineares, e sim constituídas por práticas diversas que estão disseminadas na sociedade. Aqui, as práticas são rizomáticas, não apontam para o crescimento de um progresso ou a garantia de estabilidade, mas abrem o campo de pesquisa para múltiplas possibilidades de conexão.

A prática da RD é, para a pesquisa, exemplo desses saberes sujeitos: práticas minoritárias que produzem de “baixo para cima” crítica às forças instituídas na clínica e na política de álcool e outras drogas. Vimos como as tecnologias políticas centradas na vida estão entrelaçadas no funcionamento do Estado moderno e também são produtoras de subjetividades. As resistências na atualidade apontam novos modos de singularização subjetiva na construção de novos territórios políticos e existenciais. É nesse aspecto que a estratégia de RD contribui para acionar novas práticas democráticas na política dominante de drogas, baseada na repressão e na abstinência.

Os movimentos realizados na pesquisa apontaram para as atuais políticas públicas de saúde e a composição política da RD nesse cenário de lutas. Nesse sentido, era necessário acompanhar os movimentos que abriram o caminho para as alianças e as estratégias de RD em diversos espaços da saúde pública. A Reforma Sanitária e o movimento da Reforma Psiquiátrica promoveram uma radical mudança no campo da saúde e ampliaram o debate democrático. Nesse momento, as ações da RD aparecem, ao mesmo tempo em que o SUS começa a fazer parte do mapa político do Brasil, como espaço de batalhas e disputas de diversos movimentos e atores políticos.

Com o processo de Reforma Psiquiátrica, novos dispositivos de saúde são criados para levar adiante o processo de desinstitucionalização asilar. A Reforma Psiquiátrica promove uma ampla politização do campo da saúde mental e uma crítica radical aos modelos de cuidado da loucura centrados no saber-poder da psiquiatria, e que estão expressos nos grandes hospitais psiquiátricos, que foram consolidados no país como modelo hegemônico pelo autoritarismo da ditadura militar. Essa lógica conservadora desenvolveu diversas práticas de violência e assujeitamento, tanto em relação à loucura enclausurada como, também, em direção às drogas e aos usuários, entendidos como inimigos internos do regime e, por isso, enquadrados dentro da Lei de Segurança Nacional.

O movimento social da reforma psiquiatria e a Luta Antimanicomial cria condições para outra lógica na gestão e cuidado através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Com a abertura dos serviços de saúde mental voltados para a lógica do território, surge o

CAPSad e, com ele, a possibilidade dos serviços de saúde para álcool e outras drogas produzirem novas abordagens clínicas, além de políticas que assumam plenamente as estratégias de RD nas suas ações. Para isso, é preciso romper com as tradicionais práticas disciplinares presentes no espaço médico e institucional, assim como a internação, que é extremamente difundida nas comunidades terapêuticas (CT) de orientação religiosa e clínicas populares ligadas ao Estado.

Nesse cenário da reforma psiquiátrica, o movimento da RD já havia desenvolvido um percurso nas políticas de saúde que passa pelo enfrentamento da disseminação da AIDS entre os UDIs, a criação de novas estratégias de cuidado com os usuários de drogas e a produção de redes biopolíticas através do trabalho de campo com a articulação de diversos atores sociais. Ressaltamos o impulso da RD como movimento social, as práticas de *advocacy* – com a participação em fóruns –, o controle social e a construção de políticas públicas.

Mesmo com esse percurso, as práticas de RD nunca foram hegemônicas na máquina estatal e nas políticas de drogas no Brasil; elas caminharam nas bordas do Estado e entre diversas políticas de saúde, sem um lugar fixo para se ancorar. Talvez esta seja a potência da RD: operar nos limites do Estado e na interface entre diversas políticas de saúde.

Apontamos para os diversos modos de resistência disseminados em relação aos projetos de controle no presente. O movimento social da RD também resiste à sua institucionalização e às forças que a querem dominar. Por sua vez, o Estado funciona tentando neutralizar e capturar as forças exteriores que vivem nas suas margens, através da internalização de novos modos de governo. Dessa maneira, a tensão entre as políticas públicas criada pelos coletivos e a racionalidade política centralizadora do Estado são linhas para futuros investimentos políticos e de pesquisa.

As práticas criminalizadoras impulsionadas pela política anti-drogas e a tentativa de barrar o movimento político da RD aparecem na cena – esbarramos com elas diversas vezes durante o trabalho. Essa concepção política continua provocando muitos estragos e mortes, principalmente nos usuários de drogas e nos setores mais pobres, selecionados pelos poderes judiciário e medicalizador como os principais alvos da ação repressora. Ontem, os negros foram classificados como objetos da ciência e patologizados pela psiquiatria; hoje, a política proibicionista com a “guerra às drogas” extermina os negros e pobres, que são classificados como os inimigos, por serem os tão demonizados “traficantes de drogas” ou usuários de drogas sem cidadania política – vida nua. Enquanto isso, o comércio transnacional de drogas

segue movimentando a roda do capitalismo contemporâneo e moendo corpos na sua máquina de gastar gente.

Dessa maneira, o agente redutor de danos caminha na tensão entre as políticas autoritárias, que seguem se reproduzindo no presente com derramamento de sangue, e as tentativas de ampliar a RD para a saúde pública sem perder a potência do trabalho de campo, que é responsável pela singularidade política das práticas de RD.

No CAPSad, essas tensões também estão vivas e atravessam a clínica e a política. As atuais políticas incluem a RD como paradigma, no entanto, na prática institucional, essas mudanças são muito mais lentas. Não existe nenhuma garantia, apesar dos avanços, que as novas políticas de álcool e outras drogas promovidas pelo Ministério da Saúde contagiem os serviços de saúde mental e a atenção básica. No trabalho de campo no CENTRA-RIO, encaramos diversos impasses para a efetivação das ações de RD na clínica. As práticas da RD são vistas com desconfiança e medo por muitos trabalhadores. Isso também acontece diante das mudanças operadas pelas políticas da Reforma Psiquiátrica, mas é na multiplicidade dessas lutas atuais que podemos interferir politicamente, invadindo o CAPS para produzir novas práticas.

O trabalho de campo no CAPSad e a construção, mesmo que tênue, das redes de saúde mental no estado do Rio de Janeiro levantam algumas discussões da RD: seja na abordagem dos usuários de *crack* ou na abertura dos serviços para as forças que atuam no território, elas revelam a possibilidade dos espaços de luta, das batalhas que podem ser travadas por coletivos que estejam engajados na efetiva experimentação democrática, na produção de subjetividades que resistam aos modos de operar da lógica binária de guerra, própria do *biopoder*.

Um desafio para pesquisas futuras é pensar sobre o trabalho do agente redutor de danos diante dessas tensões constitutivas da RD. A produção subjetiva própria do poder constituinte dessas práticas é muito importante para compreender a força que esse movimento consegue aglutinar, mesmo sofrendo com grandes privações de recursos, descontinuidades das ações e proibições judiciais. Por isso, a sustentabilidade e autonomia dos PRDs estão na ordem do dia para as associações de redutores de danos. A ARD-FC conseguiu uma regularidade das suas ações por estar dentro da universidade pública, o que confere a ela maior estabilidade política. Isso, no entanto, não acontece com as diversas associações estaduais de redutores de danos, que vivem grandes dificuldades para ativar o coletivo de usuários de drogas e acessar os recursos públicos. O agente redutor, como categoria

profissional, também é uma questão relevante a ser pesquisada, pois em algumas cidades começam a existir concurso público para esse trabalho. Esse é o caso de Recife, que, em 2008, realizou concurso para a contratação de oitenta agentes redutores de danos.

Assim, esse debate também está presente na ampliação das políticas públicas com a RD e na sua intersectorialidade, uma vez que elas atravessam a cultura, a segurança pública, a educação e os direitos humanos. A transversalidade das práticas e princípios será uma das mais valiosas contribuições que a RD pode dar para o campo das políticas de álcool e outras drogas. Assim como a possibilidade de agir no território e criar redes de saúde que possam atuar em colaboração com o CAPSad.

O movimento social da RD, cada vez mais, está investindo na discussão da adoção dessas práticas nas políticas públicas e na capacidade de pressão no Estado, para fazer avançar as demandas políticas dos movimentos na construção coletiva de espaços de participação efetiva dos usuários de drogas em todos os passos (formulação, implantação e monitoramento) da construção dessas novas políticas de drogas. Esse, certamente é um dos maiores desafios atuais da RD diante do crescimento de políticas repressivas e do Estado penal. É certo que um dos espaços estratégicos de disputa política na atualidade são os CAPSad. É nesse momento, em que dispositivos estão sendo criados e disseminados nas principais cidades, que está aberta a possibilidade de interferir nas suas práticas, pois depois de instituídos, o campo será muito mais difícil de conquistar e afetar para a realização de estratégias de RD.

Essa é a nossa chance, o momento propício de ampliar as práticas que resistam ao *biopoder*. O jogo não está definido, as resistências podem produzir novos territórios existenciais inéditos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABHM. *Editorial*. Archivos Brasileiro de Hygiene Mental, (II) 1: Outubro, 1929, p.12.
- ABORDA. Apresentação. In: SAMPAIO e CAMPOS (Org.). *Drogas e dignidade e inclusão social: a lei e a prática da Redução de Danos*. Rio de Janeiro: ABORDA, 2003, pp.45-100.
- AGAMBEM, Giorgio. *Homo Sacer, o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004.
- _____. *Estado de exceção. Homo Sacer, II, 1*. São Paulo-SP. Editora Boitempo, 2003.
- AMADO, Jorge. *Tenda dos milagres*. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- AMARANTE, Paulo. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- _____. (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- _____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo; BEZERRA, Benilton. *A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais*. Rio de Janeiro. Relume-Dumará, 1992.
- _____. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: _____ (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- ANDRADE, Oswald de. *Manifesto Antropofágico*. Em Piratininga Ano 374 da Deglutição do Bispo Sardinha. *Revista de Antropofagia*, Ano 1, nº. 1, maio de 1928.
- ANDRADE, Tarcísio. Drogas injetáveis na Bahia. In: *Consumo de drogas: desafios e perspectivas*. São Paulo. Editora Hucitec, 2000.
- _____. A pessoa do usuário de drogas intravenosas. In: Fábio Mesquita e Francisco Inácio Bastos (Orgs.). *Drogas e aids: Estratégias de redução de danos*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- ANDRADE, Vandejacson (et al). De capital da Aids a porto da esperança. In: CAMPOS, Florianita e HENRIQUES, Cláudia M. (Orgs.). *Contra a maré à beira mar. A experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Hucitec, 1997. pp.178-191.
- AROUCA, Sergio. *O dilema preventista: contribuição para a compreensão crítica da medicina preventista*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- ARQUIDIOCESE DE SÃO PAULO. *Brasil: nunca mais – Um relato para a história*. Petrópolis. Ed. Vozes, 1985.

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento social 1993: investindo na saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

BARATTA, Alessandro. Prefácio. In: BATISTA, Vera Malaguti. *Difíceis ganhos fáceis: Drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro*. 2. ed. Instituto Carioca de Criminologia. Rio de Janeiro: Revan, 2003a. pp.15-33.

BARRETO, Lima. *Triste fim de Policarpo Quaresma*. São Paulo: Ática, 1998.

_____. *O cemitério dos vivos*. Belo Horizonte: Virtual Books, 2002.

BASAGLIA, Franco. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

_____. *A Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. Coleção *Ciência e o Homem*: Brasil Debates, 1979.

BATISTA, Vera Malaguti. *Difíceis ganhos fáceis: Drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro*. 2. ed. Instituto Carioca de Criminologia. Rio de Janeiro: Revan, 2003a.

_____. *O medo na cidade do Rio de Janeiro: dois tempos de uma história*. Rio de Janeiro: Revan, 2003b.

BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade e holocausto*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1998.

BENEVIDES DE BARROS, Regina; PASSOS, Eduardo. *Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo*. In: *Psicologia Clínica*. PUC-RJ, v. 13, n. 1, 2001, pp. 89-99

_____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciências e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005, pp.561-571.

BIRMAN, Joel. *A Psiquiatria como Discurso da Moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. O negro no discurso psiquiátrico. In: SILVA, Jaime da; BIRMAN, Patrícia. (Org.). *Cativeiro e Liberdade*. (IFCH). Rio de Janeiro: UERJ, 1989. PP.44-60.

_____. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: *Psiquiatria sem hospício contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-dumará, 1992, pp.71-90.

_____. Arquivo da biopolítica. In: LOYOLA, Maria Andréa. (Org.). *Bioética: reprodução e gênero na sociedade contemporânea*. Brasília: LetrasLivres, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2002.

_____. *A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Brasília, 2003.

_____. *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção a Saúde, CN-DST/AIDS. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em dados- 4, ano II, nº4*, informativo eletrônico. Brasília, 2007. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 10 de dez. 2007.

_____. *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Constituição Federal (1998). Seção II. Da saúde. Art. 196. 38. ed. atualizada. São Paulo: Saraiva, 2006, p.141.

BORGES, Nadine Monteiro. *O caso Damião Ximenes: uma análise sócio-jurídica do acesso à Comissão e à Corte Interamericana de Direitos Humanos*. 2008. 232f. Dissertação (Mestrado Sociologia e Direito) Universidade Federal Fluminense, Pós Graduação em Sociologia e Direito. Niterói, 2008.

BUARQUE, Chico. O que será (À flor da pele). In: Chico Buarque ao vivo Paris Le Zenith. Rio de Janeiro. BMG/Ariola, 1990. 1 CD.

BUENO, Austregésilo Carrano. *Canto dos malditos*. Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

BUENO, Regina; MESQUITA, Fábio. *Histórico do Projeto Brasil*. In: *Consumo de drogas: desafios e perspectivas*. São Paulo. Editora Hucitec, 2000. p.13-21.

CAIAFFA, Waleska *et al.* Prevenção do HIV em populações em UDs e Projeto AjUDE-BRASIL. In: MESQUITA, Fábio; SEIBEL, Sérgio (Org.). *Consumo de drogas desafios e perspectivas*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner. Saúde em Santos: o SUS que está dando certo. In: *Contra a maré à beira mar. A experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. *A reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAPISTRANO, David. *Da saúde e das cidades*. São Paulo: Hucitec, 1995.

_____. Sempre vale a pena ser governo? In: CAMPOS, Florianita e HENRIQUES, Cláudia M. (orgs.). *Contra a maré à beira mar. A experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Hucitec, 1997. pp.17-20.

CARVALHO, José M. *Os Bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2000.

CARVALHO, Salo de. *A política criminal das drogas no Brasil*. 4. ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008.

CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis, Vozes, 1998.

COIMBRA, Cecília. *Operação Rio: o mito das classes perigosas: um estudo sobre a violência urbana, a mídia impressa e os discursos de segurança pública*. Rio de Janeiro: Intertexto, 2001.

_____. *Guardiães da ordem: uma viagem pelas práticas psi do “milagre”*. Rio de Janeiro: Oficina do autor, 1995.

CORRÊA, Mariza. *As Ilusões da Liberdade: A Escola Nina Rodrigues e A Antropologia No Brasil*. 2. ed. Bragança Paulista: Editora da Universidade São Francisco, 2000.

COSTA, Jurandir. F. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

_____. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro. 5 ed. Graal, 2004.

CRUZ, Marcelo S.; FERREIRA, Salette. *Determinantes socioculturais do uso abusivo de álcool e outras drogas: uma visão panorâmica*. Cadernos IPUB Álcool e drogas: usos, dependências e tratamentos, 2001.

DELEUZE, Gilles. *Foucault*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1998.

_____. *Post Scriptum sobre as sociedades de controle*. In: _____ *Conversações*. São Paulo, Ed. 34, 2006, pp.219-226.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI Félix. *Mil Platôs Vol. I: capitalismo e esquizofrenia*. Ed. 34, 1995.

_____. *Mil Platôs Vol. III: capitalismo e esquizofrenia..* Ed. 34, 1996.

_____. *Kafka: Por uma Literatura Menor*. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

_____. *O que é a filosofia?* 2. ed. 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora 34, 2007.

DELGADO, Pedro Gabriel. Os determinantes de 1968 para as políticas públicas de saúde mental. In: SILVA FILHO, João Ferreira da. (Org.). *1968 e a saúde mental*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008.

DOCES Bárbaros. Direção: Jom Tob Azulay. Produção: Dezenove som e Imagem. Rio de Janeiro. 1978. 1 bobina cinematográfica. (85 min), son, color., 35 mm.

DOMANICO, Andrea. *Craqueiros e cracados bem vindo ao mundo dos nóias: estudo sobre a implantação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-pilotos do Brasil*. 2006. 220f. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2006.

DOMANICO, Andrea; MACRAE, Edward. Estratégias de redução de danos entre usuários de crack. In: SILVEIRA, Dartiu Xavier da; MOREIRA, Fernanda Gonçalves (Org.). *Panorama Atual de drogas e dependências*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007.

DONNANGELO, Maria Cecília. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades; 1975

ENGEL, Maria G. *Fontes para uma História das concepções acerca da loucura na cidade do Rio de Janeiro:1830-1930*. Rio de Janeiro: mimeo, 1990.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene; EDLER, Flávio. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia (Orgs.). *Saúde e democracia; história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

ESPINHEIRA, Gey. Os tempos e os espaços das drogas. In: *Entre riscos e danos – uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas*: Paris. ACODESS, 2002.

FERNANDES, Florestan. *O negro no mundo dos brancos*. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1972.

FLAUZINA, Ana Luiza Pinheiro. *Corpo negro caído no chão: o sistema penal e o projeto genocida do Estado brasileiro*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2008.

FONSECA, Tania Mara; ENGELMAN, Seldan; PERRONE, Cláudia. *Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil reconciliação*. UFRG. Porto Alegre: Sulina, 2007.

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

_____. *Arqueologia do Saber*. Petrópolis: Vozes, 1972.

_____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

_____. O que é o Iluminismo. In: _____ *O Dossier: últimas entrevistas*. Rio de Janeiro: Taurus, 1984.

_____. *Vigiar e Punir: O nascimento das prisões*. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. *O sujeito e o poder*. In: DREYFUS Hubert. HABINOW, Paul. Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. *Os anormais*. São Paulo: Ed Martins Fontes, 2002.

_____. *Sécurité. Territoire, Population. Cours au Collège de France*. 1977-1978. Hautes Études. Gallimard Seuil, 2004.

- _____. *Microfísica do poder*. 21. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005a.
- _____. *Em defesa da sociedade*. 4ª reimpressão. São Paulo: Martins Fontes, 2005b.
- _____. *A verdade e as formas jurídicas*. (3ª Edição – 2ª reimpressão) Rio de Janeiro. PUC-RIO. Ed.3. Nau Editora, 2005c.
- _____. *A história da sexualidade III: o cuidado de si*. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005d.
- _____. *A história da sexualidade I: a vontade de saber*. 17. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006a.
- _____. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006b.
- _____. *A vida dos homens infames*, In: _____. *Ditos e escritos IV: estratégia poder-saber*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006c, pp.203-222.
- _____. *Nacimiento de la biopolítica. Curso em el Collège de France (1978-1979)*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, 2007.
- FREYRE, Gilberto. *Casa-grande & Senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal*. 31. ed. Rio de Janeiro: Record, 1996.
- GARCIA, Luciana Silva. *Outros tempos, outras democracias: os conselhos gestores de políticas públicas como espaço de deliberação participativa*. 2005. 149f. Dissertação (Mestrado em Direito Público) - Faculdade de Direito, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.
- GUATTARI, Félix e ROLNIK, Sueli. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 7. ed. revisitada. Petrópolis. Vozes, 2005.
- GUATTARI, Félix. A transversalidade. In: *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- _____. *Microfísica do poder, microfísica do desejo* In: *Foucault hoje?*(Org.) QUEIROZ, André. Rio de Janeiro: 7 letras, 2007. pp.33-43.
- GLOBO, O. *Gilberto Gil é internado em clínica psiquiátrica*. Rio de Janeiro. 10 de jun. de 1976, p.6.
- _____. *Favelas são valhacoutos de marginais*. Rio de Janeiro. 11 abr. 1958, p.10.
- HENRIQUES, Cláudio M. P. SUS qual a novidade? In: _____. (Org.). *Contra a maré à beira mar. A experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Hucitec, 1997. pp.25-28.
- HOLANDA, Sérgio Buarque de. *Raízes do Brasil*. 26. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IASI, Mauro. *As metamorfoses da consciência de classe – O PT entre a negação e o consentimento*. São Paulo: Expressão Popular, 2006, p.376.

KARAM, Maria Lúcia. Redução de Danos, ética e lei. In: SAMPAIO e CAMPOS (Org.). *Drogas e dignidade e inclusão social: A lei e a prática da Redução de Danos*. Rio de Janeiro: ABORDA, 2003, pp.45-100.

KEHL, Renato. A campanha da eugenia no Brasil. In: *Arquivos Brasileiras de Higiene Mental*, (IV) 3: março-abril-maio, 1931.

LANCETTI, Antonio. *Clínica peripatética: políticas do desejo*: Hucitec, 2006.

LIMA, Nísia, et al.(Orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2005.

LOBO, Lilia. F. *Os infames da história: pobres, escravos e defeituosos no Brasil*. 1997. 397f. 2. vol. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1997.

LOURAU, René. *A Análise Institucional*. Petrópolis. Vozes, 1975.

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

MANIFESTO DE BAURU. Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. *Jornal do Psicólogo*, &(21): 04,1987.

MARX, Karl. *O capital*: edição resumida. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1969.

MESQUITA, Fábio; SEIBEL, Sérgio (Org.). *Consumo de drogas desafios e perspectivas*. São Paulo: Hucitec, 2000.

MERHY, Emerson Elias. A loucura e as cidades: outros mapas. In: *Minas sem manicômios*. Belo Horizonte: Fórum mineiro de saúde mental, 2004. pp.17-27.

_____. *Os CAPS e os seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores*. São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/AlegriaeAlivionosCAPS.pdf>>. Acesso em: 12 de jan. 2008.

MESQUITA, Fabio. Aids e drogas injetáveis. In: LANCETTI, Antonio. *Saúde Loucura 3*. São Paulo: Hucitec, 1992, pp.46-53.

MOREIRA, Juliano. *Reformatório para alcoolistas*. In: *Archivos Bras. de Hygiene Mental*. 1933, 2(2), pp.61-63.

NEDER, Gizlene. *Cidade, identidade e exclusão social*. In: Revista Tempo, vol. 2 nº 3. Rio de Janeiro: UFF/Relume Dumará, 1997.

NEGRI, Antonio. *O poder constituinte*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

_____. *Cinco lições sobre o Império*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

NEGRI, Antonio; HARDT, Michael. *Império*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2001.

_____. *Multidão*. Rio de Janeiro: Record, 2005.

NEGRI, Antonio; COCCO, Giuseppe. *Glob(AL). Biopoder e luta em uma América Latina globalizada*. Rio de Janeiro: Record, 2005.

NIETZSCHE, Friedrich. *A genealogia da moral*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

_____. *Segunda consideração intempestiva: da utilidade e desvantagem da história para a vida*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

NINA RODRIGUES, Raimundo. *Africanos no Brasil*, 4ª edição, São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1976.

_____. *O animismo fetichista dos negros baianos*. Rio de Janeiro. Fundação Biblioteca Nacional / Ed. UFRJ, 2006.

O'HARE, Pat. Redução de danos: alguns princípios e a ação prática. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco Inácio (orgs.). *Drogas e Aids: estratégias de redução de danos*. São Paulo: Hucitec, 1994.

OLIVEIRA, Chico. *Crítica da razão dualista/ O ornitorrinco*. São Paulo: Boitempo, 2003.

PASSOS, Eduardo; BENEVIDES DE BARROS, Regina. *A humanização como dimensão pública das políticas de saúde*. Ciênc. Saúde coletiva. V. 10 n.3 Rio de Janeiro. Jul/set, 2005.

_____. *Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo*. Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa (PUC/RJ), v. 13, n. 1, 2001, p.89-99.

PEIXOTO, Antônio Luiz da Silva. *Considerações gerais sobre a alienação mental*, Tese à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Tip. e Livraria L.A. Burgain, 1837.

PELBART, Peter. P. *Vida capital: Ensaio sobre biopolítica*. Editora Iluminaras, 2003.

_____. *A vertigem por um fio: políticas de subjetividade contemporânea*. São Paulo: Iluminaras, 2000.

PONTE, C. F. *Médicos, psicanalistas e loucos: uma contribuição à história da psicanálise no Brasil*. 205f. 1999. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1999.

PORTOCARRERO, Vera. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2002.

RAGO, Margareth. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar – Brasil 1890-1930*. 4. ed. São Paulo. Editora Paz e Terra, 1997.

RAUTER, Cristina. *Criminologia e subjetividade no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

RESENDE, Heitor. *Política de saúde no Brasil: uma visão histórica*. In: Silvério Tundis e Nilson Costa (Org.). *Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. 8. ed. Petrópolis. Vozes, 2007. pp. 15-75.

RIZZOTTO, Maria Lucia. *O Banco Mundial e as políticas de saúde do Brasil na década de 90: um projeto de desmonte do SUS*. Tese de doutorado. Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP, Campinas, 2000.

ROLNIK, Suely. *Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. UFRG. Porto Alegre: Sulina. 2007.

ROXO, Henrique. *Perturbações mentais nos negros do Brasil (Comunicação ao 2o Congresso Médico Latino-Americano)*, In: “Brasil-Médico”, ano XVIII, nºs 16, 17, 18, 19, 1904.

SCHWARCZ, Lilia M. *O Espetáculo das Raças. Cientistas, instituições e questão racial no Brasil do século XIX*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SCHWARZ, Roberto. *Ao vencedor as batatas*. 5. ed. São Paulo: Duas Cidades / Editora 34, 2001.

SILVA, Marcus Vinicius de Oliveira. *A instituição sinistra mortes violentas em Hospitais Psiquiátricos no Brasil: coletâneas de relatos de morte de internos em Hospitais Psiquiátricos*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia (CFP), 2001.

SISSA, Giulia. *O prazer e o mal: filosofia da droga*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SOUZA, Tadeu de Paulo. *Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento*. 116f. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade Federal Fluminense, Departamento de Psicologia. Niterói, 2007.

SPINOZA, Baruch. *Éthique*. Paris: Flammarion, 1965.

TYKANORI, Roberto. *Em busca da cidadania*. In: Florianita Campos e Cláudia M. Henriques (orgs) *Contra a maré à beira mar: A experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. *O outro da reforma: contribuições da teoria da autopeiose para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas*. 2000. 318f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) Universidade Estadual de Campinas, Faculdades de Ciências Médicas. Campinas, 2000.

VELOSO, Caetano. *Os mais doces Bárbaros*. In: *Doces Bárbaros*. Rio de Janeiro. Warner music, 1976. 1CD.

VEYNE, Paul M. *Foucault revoluciona a história, In: Como se escreve a história*. Brasília; UnB, 1982.

WACQUANT, Lôic. *As prisões da miséria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ZACCONE, Orlando. *Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas*. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

ZÉ, Tom. *Politicar. In: Com defeito de fabricação*. São Paulo: Trama, 1999. 1 CD.

Matérias de jornais e sites:

ARD-FC. Projeto pontos móveis. Disponível em: <<http://www.fameb.ufba.br/ard-fc/pontosmoveis/welcome.htm>>. Acesso em: 20 de jun. 2008.

ABORDA. Pessoas normais – Direitos iguais? Nota oficial da Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos. Disponível em: <<http://www.abordabrasil.org/biblioteca/Notas/Nota%20Marcha%20da%20Maconha.pdf>>. Acesso em: 03 de mai. 2008.

GLOBO.O Globo Online 27/06/07. Mega operação no Alemão deixa 19 mortes. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/rio/mat/2007/06/27/296533404.asp>>. Acesso em: 02 de jul. 2008.

GOVERNO DO RIO DE JANEIRO. Estado tem centro alternativo para dependentes químicos. 14/08/2006. Disponível em: <http://www.imprensa.rj.gov.br/SCSSiteImprensa/detalhe_noticia.asp?ident=33672>. Acesso em 14 de jul. 2008.

INSTITUTO SÃO JOSÉ. O Instituto São José existe até hoje é conveniado ao SUS e com serviço de dependência química. Disponível em: Em: <<http://www.saojosecentrodepsiquiatria.com.br>>. Acesso em: 26 de mai. 2008.

SENAD. Disponível em: <<http://www.senad.gov.br/>>. Acesso em: 08 ago. 2008.

ANEXOS

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa com o título: **DO ASILO AO CAPSad: Lutas na saúde, biopoder e Redução de Danos**. Desenvolvida no programa de pós-graduação em Psicologia na Universidade Federal Fluminense, sob orientação do Prof. Dra. Lilia Ferreira Lobo. Sua participação consciente e voluntária neste estudo é fundamental, uma vez que um dos objetivos do nosso estudo é mapear as lutas no campo da saúde mental e as estratégias de redução de danos (RD) que são possíveis no CAPSad. Neste sentido, conhecer alguns aspectos da sua experiência é de extrema importância. Ao aceitar participar desta pesquisa você deve fornecer alguns aspectos da sua vida profissional, através de uma entrevista que será gravada. A utilização do gravador tem por objetivo garantir a fidelidade das informações fornecidas por você. Se você assim desejar, sua identidade não será revelada, e todas as informações fornecidas por você serão sigilosas. Utilizaremos nomes fictícios para todas as pessoas que forem citadas durante a entrevista, inclusive você, para garantir a confidencialidade, já que todas as informações que forem utilizadas no relatório final poderão se tornar públicas. Você também pode interromper a entrevista a qualquer momento sem nenhum prejuízo pessoal. Durante a entrevista, caso você queira dar alguma informação ao entrevistador, mas não queira que esta informação seja gravada, basta solicitar que interromperemos a gravação.

Ao aceitar participar, você deve assinar este termo de consentimento juntamente com o entrevistador, termo no qual você terá uma cópia.

Eu, _____, declaro que li/ouvi as considerações, exigências e objetivos deste estudo e concordo em fornecer as informações solicitadas através de uma entrevista que será gravada.

_____/_____/200_.

entrevistado

Entrevistador.

Responsável pela entrevista
Rafael Mendonça Dias

Anexo 2

Questionário de pesquisa – semi-estruturado

- 1) Qual a sua formação, de quais dispositivos do serviço faz parte?
- 2) Quanto tempo trabalha na instituição?
- 3) Fale um pouco do trabalho que desempenha na instituição?
- 4) Os usuários do serviço têm uma queixa clínica ou problema de saúde recorrente? Quais são as estratégias clínicas?
- 5) Quais são os usuários que atendem no serviço (perfil, principal demanda)?
- 6) Sobre as atuais políticas de saúde para álcool e outras drogas: conhece as estratégias de Redução de danos (RD)?
- 7) O que entende por RD?
- 8) Existe alguma ação de RD no serviço ou desempenha alguma estratégia de RD em outro lugar?
- 9) É possível realizar ações de RD no serviço e como isso aconteceria?
- 10) Existe teste sorológico (HIV, HPV, hepatites B e C) no serviço? Como acontece o encaminhamento?
- 11) Tem atendido usuários de crack e quais os principais desafios no trabalho com essa clientela?
- 12) Conta com algum tipo de insumo (preservativo, cartilhas, seringas descartáveis, material informativo) no trabalho?
- 13) Como pode acontecer o trabalho no território do serviço e com que tipo de aliança ou parceria (construção de redes)?
- 14) O CAPSad e as políticas da Reforma Psiquiátrica podem ajudar no encontro da RD e as práticas de saúde mental?
- 15) Qual é o maior desafio atual para o CENTRA-RIO?

Anexo 3

Proposta de projeto: Oficina Aberta sobre Promoção à Saúde

Nome da oficina: a escolha dos pacientes

Objetivo geral: Desenvolver ações de promoção à saúde, prevenção e reabilitação dos agravos à saúde.

Equipe do projeto: Ana Angélica, Marco Aurélio, Márcia e Gutemberg

Público alvo: funcionários, pacientes do Centra Rio e população do território de abrangência da AP 2.1

Justificativa: Este projeto se faz relevante para a viabilização das ações de prevenção, atenção e promoção à saúde, visando diminuir os fatores de vulnerabilidade as hepatites e doenças de transmissão sangüínea e sexual entre outros. Para que os objetos sejam alcançados as ações se desenvolverão de forma integrada, numa abordagem sistêmica, levando em conta o contexto no qual o público alvo está inserido. A proposta de abrangência para a comunidade externa da AP 2.1 é de grande importância para estabelecimento de parcerias, como uma das estratégias de organização da rede de cuidados a atenção integral a saúde.

Objetivos específicos:

- Facilitar o conhecimento ampliado sobre saúde
- Sensibilizar para a importância de fazer o exame de hepatites, sífilis e HIV
- Incentivar as práticas preventivas de auto cuidado
- Distribuir insumos de prevenção e material informativo
- Ampliar parceria com instituições públicas da AP 2.1

Metodologia:

- Oficina de trabalho em equipe, através de módulos temáticos
- Aconselhamento em DST/AIDS
- Levantamento e seleção dos temas
- Dinâmica de grupo
- Exposição de vídeos e debate

Recursos necessários:

- 1 sala
- Próteses (pênis e pélvica)
- Álbum Seriado em DST/AIDS
- TV e DVD
- KIT de prevenção (preservativos e kit de redução de danos)
- Material informativo

Tempo de duração:

- Oficina semanais de uma hora e meia (segunda-feira de 13:00 às 14:30)
- Tempo indeterminado

Anexo 4

**PLANO EMERGENCIAL DE REESTRUTURAÇÃO DA RECEPÇÃO DO
CAPS AD CENTRA-RIO****I - OBJETIVO:**

Propor estratégias de reorganização da Porta de Entrada, ampliação e fortalecimento da rede de atenção do Caps ad Centra-Rio.

II - PROPOSTAS ESPECÍFICAS EM TRÊS EIXOS SIMULTÂNEOS:**1º EIXO: REORGANIZAÇÃO DA PORTA DE ENTRADA:****RECEPÇÃO DO CENTRA-RIO**

1. A recepção terá, diariamente, uma equipe responsável, constituída por 2 (dois) técnicos - sendo, no mínimo, um de nível superior. A idéia é que sejam avaliados até 10 pacientes por dia (5 em cada turno), no máximo. As avaliações poderão ser em grupos.
2. Os grupos poderão ser às 10 e 14h, diariamente.
3. Estes "times de RECEPÇÃO" deverão trabalhar numa lógica não hierarquizada, isto é, os "RECEPCIONISTAS" envolvidos terão IGUAL responsabilidade podendo se organizar, no entanto, de acordo com as características de cada time.
4. A RECEPÇÃO consistirá numa entrevista (individual ou em grupos) que terá como objetivo a avaliação de cada caso ou situação clínica e suas respectivas demandas para tratamento/encaminhamento.
5. A filosofia que irá reger a condução destas entrevistas será a da "menor intervenção possível". Isto implica em que a Recepção tenha como principal meta uma cuidadosa avaliação de demandas e não um espaço para definição de Projetos Terapêuticos Individuais.
6. Deverá haver para cada período de RECEPÇÃO um tempo reservado para a discussão dos casos ou situações, sejam as individuais ou de grupo. Ele variará de acordo com a pertinência, mas deverá ter, pelo menos, 30 minutos de duração.
7. Esta discussão deverá ter a participação dos técnicos envolvidos na Recepção e também de outros técnicos do serviço (!!!). Por exemplo: os casos mais difíceis, duvidosos, espinhosos ou que requeiram a opinião ou

- intervenção pontual de um técnico específico deverão ser discutidos neste espaço, com a presença deste técnico, preferencialmente.
8. Será possível que um ou mais casos tenham que ser vistos em mais de uma ocasião para uma melhor definição.
 9. Poderão ser criados, pois, dispositivos grupais para casos que estejam em avaliação de recepção.
 10. Caso haja mais de 10 pacientes ao todo ou mais de cinco (CINCO) num mesmo turno, tais pacientes deverão ser **ACOLHIDOS** pela equipe de recepção ou outros membros da equipe e orientados pelas mesmas.
 11. O **ACOLHIMENTO** consistirá numa avaliação cuidadosa da demanda que deverá incluir a devida análise sobre possíveis "necessidades da hora", tais como urgências subjetivas, sociais ou médicas que requeiram atenção ou encaminhamentos pontuais.
 12. Os pacientes que forem apenas acolhidos deverão ser devidamente orientados, salvo exceções, para futura avaliação de recepção o mais breve possível.
 13. Todo profissional que estiver no serviço naquele turno será, sem exceção, co-responsável pelas recepções e acolhimentos do mesmo, podendo, portanto, ser convidado, acionado ou se disponibilizar, no caso de necessidade.
 14. Isto implicará em que todos estejam cientes da "atmosfera do serviço" em seu turno, independentemente de suas atribuições específicas.
 15. A equipe da recepção e acolhimento terá como **Coordenadora a PSICÓLOGA ANA ANGÉLICA**, que ficará responsável pelo monitoramento e detecção de problemas em seu funcionamento e deverá ser acionada pessoalmente ou via telefone (do CR para ela) toda vez em que houver dúvidas ou questões cruciais a serem discutidas.
 16. A própria equipe definirá, num primeiro momento, os times diários de recepção e acolhimento e a distribuição de profissionais por turno. Caso a mesma não consiga em tempo hábil organizar-se, poderá a Direção da Unidade propor sua própria idéia de organização.

PROPOSTA INICIAL PARA AS AVALIAÇÕES DE RECEPÇÃO E ACOLHIMENTO

A) DA ABERTURA DE REGISTROS E DO TRABALHO DE REDE:

1. Todo paciente que passar pela entrevista de recepção ou de acolhimento deverá receber inicialmente um registro de PRONTO-ATENDIMENTO.
2. Para os casos em que não for tomada nenhuma decisão numa única avaliação, por quaisquer motivos (dúvida diagnóstica, problemas ou

dificuldades no encaminhamento ou outros), poderá haver retornos agendados, de preferência para um dos técnicos que realizou sua avaliação inicial. Tal caso **NÃO REQUERERÁ A ABERTURA DE PRONTUÁRIO** no CENTRA-RIO e será atendido como PRONTO-ATENDIMENTO até que se defina sua situação.

3. Todo o paciente que for avaliado uma ou mais vezes e não preencher os critérios de inclusão para ingresso em programa de tratamento no Centra-Rio (não indicação, outro território, encaminhamento para internação, indefinição por qualquer motivo) deverá receber um registro de PRONTO-ATENDIMENTO e não de PRONTUÁRIO, **independentemente de sua área de moradia.**
4. O Registro de PRONTUÁRIO somente deverá ser aberto para os casos em que houver a definição pelo tratamento no Centra-Rio. Portanto, tal registro deverá ser aberto só depois que houver a confecção do Programa Terapêutico daquele paciente, o que ocorrerá, **preferencialmente, num segundo tempo (!!)**.
5. Caso seja definido pelo tratamento no CR, haverá a **confecção do projeto terapêutico e a abertura de registro de prontuário.**
6. Todo paciente que não for da **AP 2.1** : Botafogo, Catete, Cosme Velho, Flamengo, Glória, Humaitá, Laranjeiras, Urca, Copacabana, Leme, Lagoa, Gávea, Ipanema, Jardim Botânico, Leblon, São Conrado, Vidigal e Rocinha, (território em tese do Caps ad CENTRA-RIO), e que for inserido em tratamento no serviço, respeitando nossos critérios de inclusão (a serem definidos), deverá ter **ABERTO UM PRONTUÁRIO.**
7. Os atendimentos médicos ou psicoterápicos individuais de pacientes de outras regiões, que não a A.P. 2.1, deverão ser, sempre que possível for, realizados em serviços do território de origem dos mesmos.
8. A idéia é que iniciemos o que poderíamos chamar de "parcerias de rede", sempre que possível, utilizando os recursos existentes no território do paciente e ofertando dispositivos grupais ou coletivos já existentes ou que venham a ser criados para esta clientela. Com isso, tentariamos **potencializar e ampliar nossa função na rede e prevenir uma sobrecarga desnecessária no CENTRA-RIO.**

QUANTO AS AVALIAÇÕES DE INTERNAÇÃO INCLUINDO AS DE OUTROS MUNICÍPIOS:

1. Serão realizadas no máximo 2 (duas) avaliações para internação de outros municípios por dia. O agendamento deverá ser feito às 3^{as} e 5^{as} feiras pelo **ENFERMEIRO Luiz Fernando**:

2. Toda demanda de internação DE OUTRO MUNICÍPIO deverá ser orientada da seguinte maneira: os pacientes para os quais for demandada internação ou que a demandarem espontaneamente, deverão ter sido previamente avaliados pelas equipes de álcool e drogas de seu município ou pelas equipes de saúde do SUS local (caso não haja tais equipes). Dessa forma, a equipe que o encaminhou, deverá ter realizado uma avaliação e justificado sua indicação. O paciente ou os seus acompanhantes deverão ser orientados a terem a avaliação, inclusive por escrito.
3. Além disso, deverá estar definida ou indicada, sempre que possível, a equipe de referência no Município ou Território que será a responsável pela continuidade do tratamento.
4. Para serviços do município do Rio de Janeiro, deverá haver contato prévio dos mesmos e a avaliação poderá ser referendada pela equipe do Centra-Rio com a presença do paciente sempre que necessária. No futuro próximo, poderemos pactuar que as avaliações sejam feitas nos próprios serviços.
5. Todo funcionário do CENTRA-RIO deverá orientar tais demandas a partir destas premissas.

A supervisão deverá ser espaço privilegiado para a discussão dos casos de recepção e acolhimento. Deverá, portanto, haver rotina inicial para a discussão destes casos. O objetivo disso é que haja ampla discussão e construção deste trabalho por toda a equipe.

SOBRE A CONFECÇÃO DAS CARTILHAS

1. Serão confeccionadas duas cartilhas que terão como meta um padrão/compreensão do serviço e terão o objetivo de proporcionar uma maior transparência da organização do serviço, melhorando a comunicação interna e externa.
2. Uma cartilha se destinará aos pacientes, outra à equipe (e também a qualquer outro funcionário da unidade que atender telefone ou prestar algum tipo de informação a clientela).

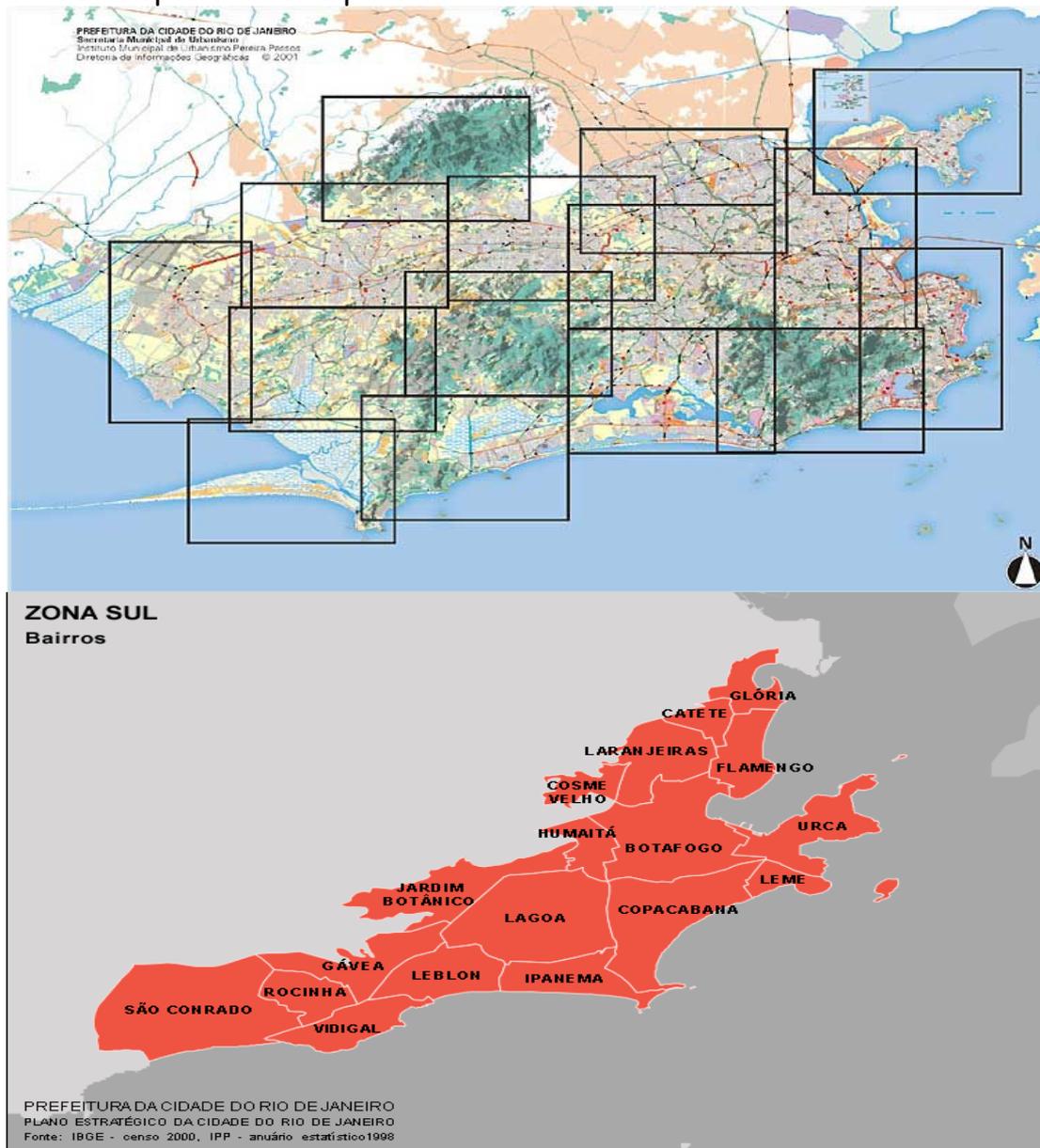
SOBRE OS CRITÉRIOS

1. Serão definidos critérios para inclusão em tratamento no Centra-Rio que terão como base:

- A lógica do SUS
- A lógica dos CAPS
- E a devida pactuação em âmbito político nas esferas do SUS Estadual e do Município do Rio de Janeiro.

2. Esses critérios farão parte de todas as cartilhas.

ANEXOS: Mapas do Município e da A.P. 2.1



2º EIXO: REDISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA OTIMIZAÇÃO DO SERVIÇO:

- Cada turno do CENTRA-RIO deverá ter uma equipe médica responsável, que irá incluir todo o corpo médico do serviço. Necessariamente, cada turno deverá possuir, até, 2 médicos (temos 9 médicos no CENTRA-RIO, cada um dando 2 turnos de 6 horas, além da reunião (portanto, temos 18 divididos por 9 ...).
- A equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) deverá se organizar da seguinte maneira: CADA PROFISSIONAL DEVERÁ ESTAR NO CENTRA-RIO EM (2) DOIS TURNOS DE (6) HORAS ALÉM DA REUNIÃO DE SUPERVISÃO. A preferência é que haja dias fixos por técnico, podendo haver manejos de acordo com as necessidades do serviço.

3º EIXO :DEFINIÇÃO DO TERRITÓRIO DO CENTRA-RIO:

1. A definição do território do Centra-Rio será indicada por um Grupo de Trabalho composto pelo Diretor da Unidade e a Assessoria de Saúde Mental;
2. A definição do território do Centra-Rio será indicada por um Grupo de Trabalho composto pelo Diretor da Unidade e a Assessoria de Saúde Mental;

III - CRONOGRAMA DA OPERACIONALIZAÇÃO:

- **09/11-** Apresentação do Plano para equipe;
 - 09/11 - Definição das equipes de recepção de 2ª a 5ª feira;
 - A partir de 12/11 - Início da nova recepção;
 - Durante todo o mês de novembro, a recepção será pautada na Supervisão;
 - 05/11 a 29/11 - definição do território;
 - 30/11 - Apresentação da proposta do território a equipe.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)