



TADEU DE PAULA SOUZA

**A NORMA DA ABSTINÊNCIA E O DISPOSITIVO “DROGAS”:
DIREITOS UNIVERSAIS EM TERRITÓRIOS MARGINAIS DE PRODUÇÃO DE
SAÚDE
(PERSPECTIVAS DA REDUÇÃO DE DANOS)**

CAMPINAS

2013



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

TADEU DE PAULA SOUZA

**A NORMA DA ABSTINÊNCIA E O DISPOSITIVO “DROGAS”:
DIREITOS UNIVERSAIS EM TERRITÓRIOS MARGINAIS DE PRODUÇÃO DE
SAÚDE
(PERSPECTIVAS DA REDUÇÃO DE DANOS)**

Orientador: Profº. Drº. Sergio Resende Carvalho

Tese de Doutorado apresentada à Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Este exemplar corresponde a versão final da Tese defendida pelo aluno Tadeu de Paula Souza e orientada pelo Profº. Drº. Sergio Resende Carvalho

CAMPINAS

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

So89n Souza, Tadeu de Paula, 1980-
A norma da abstinência e o dispositivo “drogas” :
direitos universais em territórios marginais de produção
de saúde (perspectivas da redução de danos) / Tadeu de
Paula Souza. -- Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador : Sergio Resende Carvalho.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Abuso de drogas. 2. Acesso universal a serviços
de saúde. 3. Redução do dano. 4. Equidade em saúde.
I. Carvalho, Sérgio Resende, 1958-. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: The rule of abstinence and “drugs” device : universal rights in
marginalized territories of health productions (harm reductions perspectives).

Palavras-chave em inglês:

Drugs abuse

Universal access to health care services

Harm reduction

Equity in health

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Sergio Resende Carvalho [Orientador]

Marcelo Kimati Dias

Rosana Teresa Onocko Campos

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Gustavo Tenório Cunha

Data da defesa: 19-02-2013

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

TADEU DE PAULA SOUZA

Orientador (a) PROF(A). DR(A). SERGIO RESENDE CARVALHO

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). SERGIO RESENDE CARVALHO

2. PROF(A). DR(A). GUSTAVO TENÓRIO CUNHA

3. PROF(A). DR(A). ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

4. PROF(A).DR(A). MARCELO KIMATI DIAS

5. PROF(A).DR(A). LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECILIO

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 19 de fevereiro de 2013

É, aquela história é a minha, e ali que está tudo, ali está minha história, a minha liberdade sem limite e depende daquilo, então eu voo em cima (do crack), eu nem vou, eu voo. Eu estar sóbria agora, pegar ali um copinho com café, um copinho com leite, comer, isso aí é só uma cena. Nossa! Aí eu pego, já vejo que é meu mundo, já vou para rua, já encontro amigos, isso e aquilo, aí já é a liberdade sem limite. Tem liberdade social, do correto, tudo certinho, honestamente do que o mundo social que é o crack, a pinga, o álcool e os outros companheiros que usam junto, entende, aquele mundinho mais pequeno não me pertence, do que o mundo maior. Eu acho que o campo fechado é estar no social, com minha família, com outras pessoas, do que o campo aberto que é estar junto com usuários de rua, crack e álcool, então, faz parte dessa minha vida, o campo aberto.

(Constância – nome fantasia de uma história real [grifo do autor])

AGRADECIMENTOS

Ao povo da rua

A minha companheira Laura, em primeiro lugar por ter topado a ideia de se mudar do nosso apartamentinho em Botafogo, no Rio de Janeiro, perto da praia, para encarar um doutorado e uma nova vida em Campinas. E por aqui termos feito além de 2 teses, a dela e a minha, as duas coisas mais lindas e especiais do mundo: nossos dois filhos! Pelas trocas e ensinamentos, por estar ao meu lado e me apoiar na minha caminhada. Pela revisão delicada da tese.

Ao meu orientador Sérgio, pela abertura para os encontros da vida que ampliaram as possibilidades de compartilhamento coletivos do presente trabalho. E pela generosidade com que nos recebeu em Campinas, nos hospedando em sua casa.

A família do Sergio: June, Maria e Lígia por também terem nos acolhido com tanto carinho.

A Raquel, Nelsinho, Lara, Carminha, Elis e João por terem nos recebido de forma tão acolhedora em suas casas assim que chegamos em Campinas como se fôssemos amigos de longa data.

A Rosana Onocko por ter sido a responsável pelo nosso encantamento com a articulação entre universidade e rede de saúde de Campinas, por ter nos apoiado na vinda a Campinas e nos dado suporte na chegada.

Aos amigos Mari, Gebin, Andre, Sandro, Fátima, Rodrigo Tadeu, Regis e Nusha pelos churrascos, pedaladas e viagens.

Aos companheiros da Política Nacional de Humanização pela militância coletiva em defesa do SUS. E por ter sido um dos espaços potentes de trocas e aprendizado que reverberaram na produção desta tese.

Aos professores do Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp, Gastão, Rosana, Nelsinho, Nelsão, Solange, Sergio, Rita, Marilisa, dentre outros pelos ensinamentos e contribuição nesta caminhada de quatro anos.

A Célia, Paulo e Giovani que nos adotaram ao longo destes quatro anos.

Aos professores e parceiros Eduardo Passos e Gastão Wagner pela generosidade e contribuição inestimável na qualificação. Foi uma dupla fundamental no direcionamento da tese.

Ao grupo “Conexões: Políticas de Subjetividade e Saúde Coletiva” espaço transdisciplinar no qual pudemos mergulhar nas correntes da filosofia, da arte e das políticas públicas em

saúde, e aos diversos parceiros que através deste espaço contribuíram nesse trabalho: em especial Ricardo Teixeira, Beth Lima, Renato Ferracini, Yara Maria, Flavia Liberman, Rogério da Costa, Sabrina Ferigato, Ricardo Pena, Ludimila Palucci, Michele Eichelberg, Bruna Reis, Bruno Mariani e Anderson Martins

Aos parceiros da rede de Campinas que viabilizaram esta pesquisa, em especial aos coordenadores de CAPS AD Clayton, Sandrina e Fabiane e ao apoiador Sander.

Aos trabalhadores da rede de campinas pela generosidade e implicação na participação da pesquisa

A Jô, supervisora dos redutores de danos, por abrir as portas da rede e topar minha participação no espaço de supervisão.

Aos queridos redutores, pelas gargalhadas e alegria com que encaram este trabalho árduo. Em especial Paulinho, Luma e Carol.

Ao Zé, meu sogro militante do SUS, pela revisão cuidadosa da tese.

Ao meu pai pela revisão cuidadosa da tese e pelos ensinamentos que me mantiveram atento aos caminhos e descaminhos das drogas

A minha mãe querida que mesmo na distância sempre se manteve presente e zelosa

A Didi, minha sogra por ter me apoiado na hora da defesa sendo a familiar presente neste rito de passagem

A Luiz Cecílio, Rosana Onocko, Gustavo Tenório e Marcelo Kimati pela participação na banca de defesa e críticas generosas que qualificaram o fechamento deste trabalho

Aos meus filhotes Caetano e Iara

Resumo

Neste trabalho problematizamos o desafio de cumprimento do direito universal ao acesso em saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil. Para isso apresentamos alguns vetores que interferem na produção de saúde para esta população. A análise destes vetores (de ordem política, histórica e subjetiva) nos conduziu a composição de um método de pesquisa situado no encontro entre a genealogia e a cartografia. Analisar os desafios do campo da saúde nos conduziu a necessidade de compreender alguns vetores construídos historicamente e ao mesmo tempo nos conduziu a necessidade de avaliar como estes vetores se atualizam no contemporâneo. Assim, o empreendimento de fazer uma genealogia das drogas nos conduziu a diferentes diagramas de saber-poder construídos historicamente. O empreendimento de fazer uma cartografia das drogas nos aproximou ao mesmo tempo dos movimentos atuais das políticas sobre drogas no cenário brasileiro e das experiências concretas vividas nas redes de saúde. Nesse último caso propomos uma aproximação com as metodologias de avaliação participativa e interventiva no intuito de avaliar a rede de atenção a usuário de álcool e outras drogas do município de Campinas - SP. A trajetória de pesquisa de campo partiu das análises dos agentes redutores de danos, profissionais de saúde que acessam usuários de drogas em situação de rua. Além destes aspectos cabe ressaltar o trabalho conceitual que propôs uma análise histórica do conceito de universalidade e dos diferentes sentidos que ele pode assumir.

Palavras Chave: Abuso de Drogas, Acesso Universal a Serviços de Saúde, Redução do Dano, Equidade em Saúde

Abstract

In this paper we problematize the challenge of fulfilling the right to universal access to health care services by alcohol and other drugs users in Brazil. To do that, we present some factors that interfere with the health status of these persons. The analysis of these factors (of political, historical and subjective order) led us to compose a research method located in the intersection of genealogy and cartography. Analyzing the challenges in the health field led us to the need to understand how these factors were historically constructed and at the same time how they are contemporary updated. Thus, the endeavor of making a genealogy of drugs led us to different knowledge-power diagrams that were historically constructed. At the same time, the endeavor of mapping the drugs brought us together to the current moves of drug policies in the Brazilian scenario as well as to the concrete experiences performed in mental health services. As to these latter, we propose an approach to participatory and intervention evaluation methodologies in order to evaluate the health care services network offered to alcohol and other drugs users in Campinas - SP. The path of this field research departs from the analysis made by some harm-reduction agents or healthcare workers who approach homeless drug users in street outreach practices, as well as the analytical perspective adopted in this paper derives from their experience. Besides these aspects it is worth noting the conceptual work that proposed a historical analysis of the different meanings that the concept of universality can take on.

Key Words: Drugs Abuse, Universal Access To Health Care Services, Harm Reduction, Equity in Health

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO: EXPONDO O CAMPO PROBLEMÁTICO, OS OBJETIVOS E OS CONCEITOS.....	15
Trajetórias e implicações.....	15
Perspectivas da Redução de Danos.....	17
Cenário.....	21
Conceitos.....	28
CAPÍTULO 1 - PROPOSIÇÕES SOBRE UM MÉTODO <i>HÍBRIDO</i>: PERCURSOS ENTRE A GENEALOGIA E A CARTOGRAFIA.....	33
1.1) O método genealógico.....	35
1.2) Genealogia e o atual	40
1.3) Dispositivo: passagem entre genealogia e cartografia... ..	47
1.4) Princípios da genealogia para um trabalho cartográfico: habitando o lado de fora	51
1.5) Cartografar é habitar um “território-entre	56
CAPÍTULO 2: GOVERNAMENTALIDADE DAS DROGAS: PARA ALÉM DO ESTADO REPRESSOR.....	61
2.1) Para além das polaridades.....	61
2.2) Genealogia da abstinência: a arte de governar e o poder pastoral.....	65
2.3) A sexualidade como ponto de passagem de uma pastoral cristã a uma biopolítica das drogas.....	77

2.4)	Biopoder e a emergência do dispositivo drogas.....	88
2.5)	Individualização do fracasso: da abstinência à recaída.....	100
2.6)	Para além de uma teoria repressiva: neoliberalismo e o mercado de drogas.....	106
2.7)	O homem empresa e o consumo de drogas.....	118

CAPÍTULO 3 - DIREITOS UNIVERSAIS, SUS E DROGAS: REDUÇÃO DE DANOS, DIFERENÇA E O COMUM.....129

3.1)	Universalidade: uma breve genealogia de um conceito em crise.....	134
3.2)	O encontro entre universalidade e a singularidade: ou equidade?	145
3.3)	Universalidade imanente a vida.....	155
3.4)	Universalidade e a produção do comum: confrontos e encontros entre redução de danos e abstinência.....	164

CAPÍTULO 4: CARTOGRAFIA DAS POLÍTICAS DE DROGAS NO BRASIL: SUS, MÍDIA E O PODER PSIQUIÁTRICO.....172

4.1)	Crack: reedição do mal.....	172
4.2)	Mídia e psiquiatria: mobilização da opinião pública.....	179
4.3)	Criminalização da pobreza e medicalização da miséria: disputas e composições entre justiça e psiquiatria.....	187
4.4)	Regulamentação das Comunidades terapêuticas: estratégia de resistência ou ambiguidade institucional?.....	192
4.5)	Cartografia da redução de danos no Brasil.....	197

4.5.1) RD em Santos: transgressão em defesa da vida.....	198
4.5.2) AIDS e Redução de Danos.....	200
4.5.3) Saúde Mental e Redução de Danos.....	204
4.5.4) Atenção Básica e Redução de Danos.....	206

CAPÍTULO 5: AVALIAÇÃO CARTOGRÁFICA PARTICIPATIVA:

PROPOSIÇÕES DA CARTOGRAFIA PARA AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....

5.1) Avaliação de processo e cartografia.....	208
5.2) O acompanhamento avaliativo: o encontro entre avaliação em saúde e cartografia.....	211
5.3) Avaliação e apoio institucional: outros vetores que compõe o método do acompanhamento avaliativo.....	214
5.4) Estratégias e espaços de acompanhamento avaliativo: produzindo rizomas.....	215
5.5) Indicadores processuais: o trabalho a partir de analisadores.....	220
5.6) Avaliação em saúde, pesquisa-intervenção e cartografia.....	226
5.7) Avaliação participativa: explorando múltiplas perspectivas.....	230
5.8) Grupos Narrativos e a ampliação da inclusão.....	234
5.9) Diário de campo e a desmontagem do caso.....	236

CAPÍTULO 6: REDES TERRITORIAIS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE: ANÁLISES DE EXPERIÊNCIAS NA REDE DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DE CAMPINAS - SP.....

6.1) Redes territoriais: explorando a perspectiva dos usuários.....	241
---	-----

6.2)	Trajetos e devires: entre entulhos, trilhos e encruzilhadas.....	248
6.3)	Qual o lugar do redutor de danos na rede? Um personagem híbrido.....	253
6.4)	Invertendo sentidos e direções do acesso: como e o que acessar?.....	264
6.5)	Fragmentação, normalização e isolamento: de onde vem a regulação da rede?.....	272
6.6)	Redução de danos nos CAPS AD: a construção de novas regras.....	283
6.7)	Articulação entre Atenção Básica e Redução de Danos: que efeitos se produzem na rede de cuidado?.....	295
6.7.1)	O caso de Constância: articulação do cuidado de uma usuária grave de crack.....	298
6.7.2)	O caso de Sozinha: a função da atenção básico no cuidado de uma usuária moderada de crack.....	312
6.7.3)	Atenção básica e redução de danos: ação de saúde coletiva no território.....	321
6.8)	Considerações sobre apoio matricial e redução de danos.....	325
6.9)	Modos e modelos de internação e a perspectiva da redução de danos.....	328
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....		336
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		340
ANEXO 1: ROTEIRO DOS GRUPOS FOCAIS.....		352
ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....		355

INTRODUÇÃO: EXPONDO O CAMPO PROBLEMÁTICO, OS OBJETIVOS E OS CONCEITOS

Trajetórias e implicações

Vira e mexe me pergunto por que o tema “drogas” me gera tanto envolvimento e ao mesmo tempo indignação. Estamos sempre sujeitos a maus e bons encontros com as drogas. O poetinha Vinícius de Moraes já dizia: “a vida é a arte dos encontros, embora haja tantos desencontros pela vida”. Descrevo abaixo três passagens em que o encontro com as “drogas” marcaram minha trajetória.

Cena 1: *Nasci e cresci no subúrbio carioca ao lado do Morro da Fé, no bairro da Vila da Penha. Desde criança a rua era nossa. Subindo e descendo ladeiras, as partidas de futebol às vezes eram na “pracinha” na rua de baixo ou no campinho da favela, mas sempre de pé descalço em chão de terra batida. Entre bichos soltos e filhinhos de mamãe a gente tinha que aprender a se virar. O trânsito pela favela, mesmo que representasse uma ousadia, fazia parte da nossa vida de moleque. Até que uma cena marcaria pra sempre minha vida e de todos os moradores daquele bairro e certamente, cenas semelhantes estariam marcando a vida de muitos cariocas neste mesmo período. Troca de tiros, rajadas de metralhadora e barulho de helicóptero tiraram muitos moradores da cama assustados naquela manhã de sábado no ano de 1991. O Morro da Fé, como muitas favelas cariocas tem uma pedreira abandonada que forma um grande paredão de pedra. No alto da pedreira uma cruz cravada era o marco do ponto mais alto do morro. Naquela manhã muitos de nós viram pessoas, antigos camaradas de partidas de futebol, serem executados aos pés da cruz e serem lançados do alto da pedreira por policiais encapuzados. O combate ao tráfico de drogas à base de munição pesada seria a nova paisagem do subúrbio carioca. Nunca mais subi na favela e as trocas de tiro se tornaram uma rotina crescente dali em diante. Moleque de rua, me via assim acuado, pois a rua não era mais nossa!*

Cena 2: O subúrbio tinha se tornado pequeno e o Rio de Janeiro era um universo a ser descoberto. Lapa e Santa Tereza durante a noite, cachoeiras na Floresta da Tijuca e praias na zona sul durante o dia se tornaram os destinos na adolescência. Rapidamente meu pai se deu conta de que o universo mudara e que uma nova paisagem subjetiva se configurava : amigos cabeludos, calças rasgadas e maconha na área! Não tardou o coroa me apresentou o livro *Erva do Diabo*. Ao longo da leitura do livro tivemos vários papos abertos sobre drogas: potencialidades e perigos. As experiências místicas de Castañeda e do xamã Dom Juan marcariam expressivamente minhas experiências com a maconha. Acompanhada por uma intensa investigação musical, viagens pro Sana, São Tomé das Letras e Chapada Diamantina, a maconha foi um importante propulsor para uma revolução pessoal. Velhos estilos foram abandonados e como num ritual de passagem, as drogas tiveram um papel muito importante nesta mudança. Durante um ano e meio, o uso moderado da erva foi acompanhado da invenção de um novo mundo, de novos amigos e lugares. Após este tempo, sua função tinha se esgotado. A maconha não me proporcionava nada de novo e seu uso se banalizou. Após alguns tetos-pretos era momento de abandoná-la e seguir por novos rumos e descobrir novas potencias sem precisar das drogas.

Cena 3: Estudante de psicologia da UFF a vida de atravessar a ponte Rio-Niterói todos os dias e de quebra encarar uma Avenida Brasil era dureza. Grana curta e o convite de um amigo para fazer uma entrevista no estágio em que ele trabalhava. Foi assim que no quarto período passei a ser monitor numa instituição para atendimento de crianças e adolescentes “dependentes químicos”. Esta instituição era um projeto da Instituição de Psiquiatria da UFF e funcionava como misto de assistência social e saúde. A maioria das crianças e adolescentes que ali passavam cumpriam medidas sócio-educativas e muitos estavam reclusos em instituições asilares. Após anos trabalhando nesta instituição vimos a maioria destes adolescentes morrerem violentamente. Mas nenhum deles morreu pelo uso de drogas. Foi aí que a ficha caiu: como podia uma política de Estado, criada para proteger as pessoas do suposto dano causado pelas drogas, gerar mais dano do que as drogas? Enquanto profissionais de saúde estávamos convocados a dar resposta para um problema que extrapolava nossos campos formais de atuação. Que lugar ocupava a saúde nesse jogo de poder?

Perspectivas da Redução de Danos

Durante a experiência de trabalho nesta instituição para tratamento de adolescentes usuários de drogas, citada no trecho acima, conheci a proposta da Redução de Danos (RD) e desde então esta vem sendo uma potente lente de análise das políticas de drogas pelos motivos que descrevo abaixo.

Uma importante estratégia de redução de danos surgiu a partir de iniciativas de troca de seringas, realizadas por uma associação de usuários de drogas (a Junkiebonden) no início dos anos 80, na Holanda (Bastos, 2003). Diante das contaminações de hepatites virais causadas pelo compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis, grupos de usuários passaram a criar estratégias para se proteger. Trata-se de um pequeno grupo que conciliou o desejo de continuar a usar drogas com a construção de estratégias de cuidado de si e dos outros. Esta experiência local inaugurou novas possibilidades de se falar sobre as drogas e sobre os usuários de drogas. Usuários que queriam se cuidar para continuar vivos e usando drogas iniciaram a construção de um novo plano discursivo sobre si e suas experiências, antes silenciado e posto na invisibilidade.

Como afirmam Foucault e Deleuze (1986):

Ora o que os intelectuais descobriram recentemente é que as massas não precisam deles para saber; elas sabem perfeitamente, claramente, muito melhor do que eles; e elas o dizem muito bem. Mas existe um sistema de poder que barra, proíbe, invalida esse discurso e esse saber. (pp. 71)

Este tipo de relação com as drogas deveria ficar invisível pelas tecnologias de poder que querem a todo custo associar uso de drogas a desejo de morte, descuido, criminalidade, ruína e doença. Inicia-se, a partir da RD, a possibilidade de construção de um novo campo de enfrentamento da política de guerra às drogas. Como veremos, a política proibicionista

antidrogas inseriu a norma da abstinência como paradigma hegemônico para tratamento de usuários de drogas. Dentro desta lógica usar drogas e se cuidar são atitudes incompatíveis, sendo a abstinência o correlato higienista do ideal de um mundo sem drogas. O que a redução de danos trouxe a contrapelo deste paradigma foi a dimensão singular da experiência do uso das drogas, evidenciando usuários que desejavam continuar a usá-las. Ao possibilitar que os usuários falassem em nome próprio a redução de danos também tornava legítimas estas experiências. O que os usuários de drogas dizem, pensam e sentem em relação ao uso de drogas? E o que dizem, pensam, sentem e fazem quando desejam continuar a usá-las? São questões que foram inspiradoras do movimento da redução de danos e que constitui uma perspectiva de análise sobre o fenômeno das drogas.

No regime de criminalização e condenação moral dos usuários de drogas, estes, quando convocados a falar, são sempre na condição de culpados e arrependidos, sendo o primeiro passo o reconhecimento da doença, e o segundo a busca da cura. São convocados a falar somente na condição de doentes, sejam ex-usuários ou candidatos a ex-usuários. Uma segunda possibilidade seria falar na condição de réu ou criminoso. Não queremos dizer com isso que os usuários de drogas estivessem absolutamente silenciados. Nas pequenas rodas e no íntimo da privacidade ilícita as trocas de experiências sempre correram soltas. Mas esta perspectiva, a dos usuários de drogas que vivem a usá-las, nunca pode ser tomado como um discurso politicamente válido.

A partir da mundialização da epidemia de HIV/AIDS a redução de danos foi inserida num novo circuito institucional. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu as estratégias de redução de danos no repertório de ações de combate a esta epidemia. As orientações da OMS e os financiamentos vindos do Banco Mundial possibilitaram que em muitos países a redução de danos fosse adotada como uma das ações de prevenção (WHO,

1993 apud Wodak). O anteparo institucional criado pelas políticas mundiais de HIV/AIDS possibilitou que questões como direitos dos usuários passassem a ser pautadas localmente. Desse modo as questões trazidas pela RD a respeito das experiências de pessoas que desejam usar drogas, passou a se tornar tema de debate político em torno de busca de garantia de direitos humanos (Domanico, 2006).

A RD passou a ativar um novo movimento, mesmo que minoritário, de defesa pelo direito ao uso de drogas, enquanto um problema não só de ordem pessoal, mas, sobretudo, como uma afirmação política. Usuários de drogas falando e agindo em nome próprio, criando estratégias de cuidado que incluem a possibilidade de usar drogas, produziram um curto-circuito frente às políticas hegemônicas que tendem a por na invisibilidade estas experiências.

A RD se tornou um dispositivo em que os usuários de drogas podem falar em nome próprio. Essa possibilidade inaugurada constituiu uma perspectiva de análise porque através dela podemos nos aproximar dos usuários de drogas e assim acompanhar o que eles dizem, sentem e fazem. Assim a RD vai deixando de ser um conjunto de estratégias e vai se tornando um conceito que abrange diferentes estratégias. A RD vai se tornando um modo de se pensar, falar, sentir e agir sobre as drogas: uma perspectiva. A RD se constitui enquanto uma perspectiva de análise que atravessa toda esta produção, sendo, portanto, um ponto de vista atento às singularidades e as diferentes experiências e necessidades dos usuários de drogas.

A perspectiva da RD nos levou a entender a genealogia de outra perspectiva hegemônica até então: a perspectiva da abstinência. Tal disputa de perspectivas é abordada na construção de uma Política de Álcool e outras Drogas no âmbito do SUS:

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (Brasil, 2003a, pp.10).

Em tal política a RD se constitui enquanto um novo paradigma para se abordar a temática das drogas (Brasil, 2003a). Para a RD a abstinência pode ser uma meta terapêutica, mas não a única. A disputa é, portanto, com o paradigma da abstinência, em que todo tratamento para usuários de drogas deve objetivar igualmente a abstinência. Embora os objetivos éticos e pragmáticos da RD sejam bem apresentados em tal política (Brasil, 2003a) ainda existe muita resistência tanto no campo da saúde quanto no conjunto da sociedade em relação a esta proposta. Os embates e resistências que a RD sofre nos levaram a querer entender como que historicamente a abstinência se constituiu enquanto uma norma moral, médica e jurídica tão significativa para as sociedades atuais quando o tema em questão são as drogas. Este percurso investigativo, dos motivos pelos quais a RD sofre grande resistência nas sociedades atuais, constituiu a genealogia da norma da abstinência (Foucault, 1977, 1986, 2001, 2005, 2006, 2008, 2009). A partir da genealogia da norma da abstinência, que vai desde o nascimento do cristianismo até as sociedades atuais, podemos ir traçando a emergência das drogas enquanto um dispositivo de saber-poder-subjetividade (Foucault, 2001; Deleuze, 1988, 1996). Este processo foi abordado nos capítulos um (1) em que abordo questões do método genealógico e no capítulo dois (2) em que abordo a genealogia das drogas e da norma da abstinência. Além de nos conduzir a

uma genealogia da abstinência, os embates atuais das políticas de drogas exigiram que fôssemos constituindo uma cartografia de como algumas forças históricas mobilizam atualmente a opinião pública e o rumo das políticas públicas sobre drogas no atual cenário brasileiro.

Cenário

A novidade da proposta de CAPS AD é que vem junto com a da RD enquanto orientadora da política AD, pelo menos era em 2004, depois vieram coisas complementares e até contraditórias aí. Há sempre anúncios de Plano de Enfrentamento ao Crack que reforçam a noção de vai se enfrentar a substância. Essas coisas vão reforçando uma lógica muito diferente do que a RD propõe a fazer. É uma perspectiva de tirar a droga da sociedade e junto com a droga se retira o sujeito que usa também. Isso concretiza essa lógica imediatista do próprio usuário, da sociedade, de querer resolver esse problema. Parece que a gente está nadando contra a maré. (narrativa Grupo Focal (GF) trabalhadores CAPS AD)¹

A análise do movimento atual das políticas de drogas no Brasil constitui os capítulos em que trabalhamos com as proposições do método da cartografia (Passos, et. al, 2009). Estas análises estão nos capítulos um (1) em que apresentamos uma proposta híbrida entre os métodos da genealogia e da cartografia, no capítulo quatro (4) em que propomos uma cartografia dos movimentos de interferência das políticas públicas pela articulação da mídia nacional, o poder psiquiátrico nacional com as organizações religiosas, e no capítulo seis (6) em que a pesquisa se direciona para o acompanhamento

¹ No capítulo 5 é apresentada a metodologia de construção de narrativas e no capítulo 6 são feitas as análises das narrativas. Ao longo dos capítulos algumas narrativas foram utilizadas como epígrafes.

dos movimentos da redução de danos na articulação da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas no município de Campinas - SP.

Como veremos, até 2005, os usuários de drogas que necessitassem de cuidado em saúde eram internados em clínicas particulares, instituições nos moldes das comunidades terapêuticas ou em hospitais psiquiátricos. Em todas estas instituições operava-se um modelo de atenção asilar pautado pela lógica da abstinência. Não havia uma proposta institucional de construção de uma rede substitutiva de atenção para usuários de drogas no âmbito do SUS preconizado pelo movimento da Reforma Sanitária, salvo raras exceções construídas a partir de iniciativas municipais.

A partir da elaboração da *Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas* (Brasil, 2003a) esse processo começa a sofrer significativa mudança. Um conjunto de iniciativas vem sendo institucionalizadas com o objetivo de construir redes de atenção para ampliar a cobertura e a qualificação da atenção para usuários de álcool e outras drogas no SUS. Portarias, decretos e novos equipamentos de saúde vêm dando maior complexidade à rede especializada e sua interface com os demais componentes da rede de saúde.

Avaliávamos este movimento político-institucional como uma estratégia para redefinir o modo como eram tradicionalmente abordados os problemas dos usuários de drogas. Essa mudança implicava em tratar a questão das drogas não mais como uma questão exclusivamente da justiça, mas, sobretudo como um desafio para a saúde pública (Souza 2007; Tedesco e Souza 2009, Passos e Souza, 2011). Ao assumir um papel institucional na formulação de uma política de saúde para estes usuários, o Ministério da Saúde criou diferentes dispositivos de articulação com a então Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) propondo mudanças para o paradigma antidrogas vigente. Estes

movimentos criam bases de articulação também com o legislativo que culminou na mudança do nome daquele órgão para Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas a partir da publicação da Lei 11.754 (Brasil, 2008).

Instituiu-se no âmbito do SUS um conjunto de orientações ético-políticas que acenavam para uma direção mais democrática para se abordar o tema drogas. O campo da saúde passou a ser munido de um arsenal político, institucional e legal capaz de produzir embates e mudanças sobre as políticas de drogas hegemônicas no Estado brasileiro.

Entendia-se que a problemática das drogas deveria ser enfrentada com a ampliação da cobertura e a invenção de novos dispositivos de atenção, mas também com uma mudança de olhar sobre este fenômeno de modo a superar a dualidade lícito-ilícito que estigmatiza, principalmente, os usuários de drogas ilícitas. Índice disso foi a denominação da então recente política: ao invés de álcool e drogas, escolheu-se “álcool e outras drogas”. Embora lícita, o álcool é uma das drogas que mais causa danos à saúde. Logo, “álcool” foi assim inserido no início do título da nova política, indicando que o critério de prioridade no âmbito da saúde baseia-se em parâmetros sanitários e epidemiológicos. Além disso, nota-se que a utilização da expressão “e outras” permitiu lançar luz para a diversidade do problema. Evidencia-se que a expressão “álcool e outras drogas” indica a diversidade do campo e ao mesmo tempo demarca que no campo da saúde a categoria “drogas” não está submetida aos critérios da justiça que trata o tema atrelando-o ao crivo da lei. Este processo desencadeou a implementação de serviços substitutivos de atenção e gestão através dos Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS AD). No documento que definiu esta nova política do SUS, a Redução de Danos (RD) comparece como método clínico-político e paradigma norteador desta política de saúde pública (Brasil, 2003a). A partir de 2005, a RD deixou de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de

DST/AIDS e se tornou uma estratégia norteadora da política de Saúde Mental, através da portaria 1.059 de julho de 2005 – que destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPS AD.

Apesar dos incentivos destinados a contratação de agentes redutores de danos, observou-se uma baixa adesão das equipes de CAPS AD. Este fato serviu de índice de que a incorporação da redução de danos nas equipes de CAPS AD não ocorreria de forma simples e direta, o que nos leva a buscar entender estes passos iniciais da construção de uma política integral para usuário de álcool e drogas.

Nestes últimos anos o campo da atenção a usuários de álcool e outras drogas vem se tornando mais complexo, principalmente a partir da disseminação do uso do crack pelas cidades brasileiras. O modo como o problema do crack vem sendo abordado parece reeditar a imagem do mal encarnado em substância química, que tem o poder determinante sobre o corpo e a vida. Sob as afirmações de que o “crack mata rapidamente” e de que “basta usar uma ou duas vezes para ficar dependente da droga” o “fenômeno” do crack vem ganhando tonalidades de pavor social. Quem se atreverá a amenizações frente ao crack? Quem buscará relativizar este fenômeno?

Esse cenário culminou num conjunto de estratégias, diretrizes e recursos organizados através do Decreto Presidencial nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (Brasil 2010); e mais recentemente institui a Portaria/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que institui a *Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS)*, no âmbito do SUS (Brasil, 2010b).

Este novo cenário, ou ciclo atual de construção de políticas de drogas vem agregando novos elementos, ora formulados em função de necessidades assistenciais, ora por reincididas autoritárias. A complexificação do campo vem sendo acompanhada não só pela elaboração de novos equipamentos e dispositivos de saúde, mas também pela reformulação de antigos, no sentido de fortalecer a perspectiva de ação em rede. A ampliação da cobertura das Estratégias de Saúde da Família vem acompanhada do aumento da demanda de cuidado para esta população específica, exigindo que estas equipes sejam qualificadas para lidar com a especificidade da atenção aos usuários de álcool e drogas. A atenção básica, os hospitais gerais, as unidades de pronto-atendimento passam a ocupar funções estratégicas na RAPS. Este investimento institucional traz uma nova relevância para o papel norteador da redução de danos como uma das diretrizes orientadoras desta rede. A necessidade de articulação de redes implica na constituição de fluxos de cuidado em que o vínculo com o usuário depende em grande parte dos modos como eles são acolhidos. Logo, entender as contradições internas das redes de saúde torna-se crucial para que possamos acompanhar o desafio de articulação e gestão do cuidado.

Apesar dos investimentos vive-se no atual momento lacunas no modo como se dará a incorporação da lógica da redução de danos nas redes de atenção. O foco de análise a partir da redução de danos se constituiu como perspectiva para se avaliar os desafios de produção de acesso e cuidado a esta população. Ao longo deste trabalho avaliamos aspectos da construção da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas no município de Campinas - SP e alguns fatores políticos que interferem nesse processo.

O município de Campinas - SP é conhecido no campo da saúde pública pela construção de novos modelos de atenção e gestão em saúde. O processo de construção de uma saúde de qualidade dentro de um cenário de municipalização inseriu este município

como fonte de experiências inovadoras para o fortalecimento do SUS. Ao lado de outros municípios Campinas constitui experiências concretas para a efetivação de um ideário da Reforma Sanitária brasileira. O movimento em Defesa da Vida articulou diversos sanitaristas, formuladores de políticas de saúde, gestores, trabalhadores e usuários que juntos mobilizaram forças para a estruturação de bases empíricas importantes para se pensar um novo modo de fazer clínica e de produzir gestão. Assim, gestores sanitaristas e trabalhadores engajados constituíram as bases para a experimentação do projeto Saúde Paidéia (Campos, 2007b e 2007c). Sob a diretriz ético-política da democracia institucional entendia-se que a Constituição de 1988 significava um passo necessário, mas insuficiente na marcha rumo a uma sociedade mais justa e menos autoritária. Além de uma democracia representativa era necessário avançar para a democratização dos processos de trabalho nas instituições de saúde. A democracia institucional dava liga para que uma diversidade de arranjos, dispositivos e estratégias pudessem atrelar a missão de produzir saúde de qualidade à produção de sujeitos autônomos críticos e com capacidade de análise e decisão sobre seu próprio processo de trabalho.

As inovações da rede básica de saúde com as propostas da clínica ampliada, trabalho em equipe e a estruturação de uma rede de saúde mental através de serviços substitutivos, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residenciais Terapêuticos e Centros de Convivência, Núcleos de Retaguarda e Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral criam um contexto favorável para se avaliar os desafios de ampliação do acesso aos usuários de álcool e outras drogas.

A presente pesquisa se constitui sob a influencia de outras pesquisas avaliativas participativas sobre a rede de saúde e rede de saúde mental no município de Campinas - SP que abordaram diferentes focos de análise (Furtado e Onocko Campos, 2008; Onocko

Campos et al 2009, 2011, Figueiredo e Onocko Campos, 2009; Carvalho, Pena e Souza, 2011). A novidade em relação a pesquisas precedentes foi avaliar a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Diversas questões avaliadas pelas pesquisas precedentes sobre os desafios e impasses para construção de uma rede de saúde mental trazem elementos que nos ajudam a complementar algumas análises acerca da rede de atenção aos usuários a usuário de álcool e outras drogas, e ao mesmo tempo nos permite analisar as especificidades deste campo de produção de saúde.

O histórico de construção do SUS neste município trouxe aspectos estratégicos para se avaliar os desafios de construção de uma rede de atenção para usuário de álcool e outras drogas. As perspectivas da avaliação participativa e da pesquisa-intervenção possibilitaram que a pesquisa se configurasse como um dispositivo produtor de encontros entre diferentes atores da rede. Assim pudemos acompanhar um processo vivo em que a pesquisa possibilitou a problematização de alguns conceitos e estratégias importantes para a consolidação de um modelo e modos de atenção e gestão.

Embora não seja nosso objeto de pesquisa, cabe ressaltar que esta pesquisa se desenvolveu em pleno processo de crise política e intenso retrocesso com desmonte da rede de saúde. É dentro deste contexto que buscamos nos inserir e definir as estratégias de investigação. Esta dimensão será abordada em algumas passagens na análise aos dados coletados.

Ao longo deste trabalho avaliamos diferentes vetores que interferem no cumprimento do direito universal ao acesso em saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil. Essa avaliação foi feita a partir da abordagem de aspectos teóricos, históricos, políticos e empíricos. Aspectos esses analisados na interface entre a política

antidrogas e as proposta de políticas de saúde para esta população do âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conceitos

Os desafios impostos para que usuários de álcool e outras drogas, em especial os que vivem na rua, acessem os serviços de saúde lançam luz sobre os impasses ao exercício do direito universal a saúde. Debater sobre o acesso nos interessa como necessidade e tática para situar esta pesquisa num campo mais amplo de análise sobre alguns desafios do SUS (enquanto projeto ideal e enquanto práticas concretas). Veremos como as disputas em jogo em torno dos modelos de atenção para usuários de drogas pode ser apreendido como uma disputa sobre os sentidos de universalidade.

Como a introdução é sempre a ultima parte redigida de uma tese, nos encontramos na mesma semana redigindo a ultima e a primeira linha de um trabalho que se iniciou pelo meio. Partimos do problema do acesso aos usuários de drogas, e assim nos lançamos na aventura conceitual de discutir os diferentes sentidos de universalidade. Normalmente tomamos como um dado quase natural que só existe um sentido de universalidade: o do direito constitucional. Mas não haveria ao lado deste outros sentidos de universalidade tão ou mais presentes na vida cotidiana de trabalhadores e gestores?

As concepções de universalidade que partem das imagens de pilar ou pedra fundante, acabam por pensar a universalidade como um princípio dado e acabado e que toda a tarefa é pensar o que fazer a partir daí: universalidade como ponto de partida. Quando olhamos para os desafios postos para o acesso às minorias, como usuários de álcool e outras drogas (dentre elas o crack) em situação de rua, nos vemos diante de diferentes concepções e utilizações da universalidade. A perspectiva trazida pelas margens

da saúde possibilita evidenciar que a universalidade não é nem ponto de partida e nem ponto de chegada, mas ponto de disputa. A universalidade não está fora do jogo como uma esfinge enigmática que resiste aos castigos do tempo; ela está em jogo.

Esta disputa em torno do conceito de universalidade foi abordado no capítulo três (3), em que a partir do pensamento de Jullien (2010) verificamos três sentidos de universalidade que se originam de três impulsos da história do Ocidente. O primeiro sentido é originário da filosofia e fundou as bases para o conhecimento científico, enquanto conhecimento universal. O segundo sentido é originário da política e fundou as bases para o direito universal. E o terceiro é originário da religião e fundou as bases para a salvação cristã através do universal da fé. São três sentidos que ora se chocam e ora se compõem.

Destacando o sentido de universalidade do acesso vemos que ele se origina no direito e se formaliza na Constituição brasileira de 1988 enquanto um princípio constitucional. Ao lado de outras políticas de seguridade social a universalidade é um princípio fundante da democracia brasileira. Nesse sentido a universalidade é um **conceito-princípio** que funda a base sobre **o que tem que ser feito** (Brasil, 2008): garantir acesso a todos os que estejam em território nacional independente de cor, raça, credo, nacionalidade, etc.

Entretanto, entre o que deve ser feito e o mundo concreto existe uma distância que, como veremos, exigiu que outros conceitos surgissem, como equidade e jurisprudência. Estes conceitos não dizem só o que deve ser feito, mas principalmente como o direito deve proceder para ser mais justo. Equidade e jurisprudência são modos de aplicação da lei. Na Constituição brasileira estas diretrizes se constituem ao lado de outras, como descentralização, integralidade e participação social, que ditam justamente sobre o modo de organização do Sistema Único de Saúde. São **conceitos-diretrizes** com alto grau de

transversalidade, pois pautam sobre o modo como o povo brasileiro deve ser incluído, como o sistema deve ser integrado e como os recursos devem ser gerenciados entre entes federados autônomos.

Entretanto, quando nos deparamos com o campo concreto de intervenção e construção de redes locais, nos deparamos com um amplo manancial de formulação de conceitos operativos que emergem de experiências concretas. São, portanto, **conceitos-metodológicos** que surgem agenciados a dispositivos e arranjos concretos de produção de saúde. *Redução de Danos, apoio institucional, clínica ampliada* são alguns exemplos de conceitos que emergem de práticas concretas e se destinam a propor metodologias para organização de processos de trabalho em saúde (Brasil, 2008).

Além destes conceitos, vindos do direito e do campo concreto de intervenção, temos também alguns conceitos filosóficos. Partindo dos referenciais filosóficos desta pesquisa vemos que eles emergem a partir do encontro entre filósofos e dispositivos clínico-políticos concretos. Enquanto Foucault desenvolvia seus trabalhos ao lado de Daniel Defert junto a detentos no Grupo de Informação sobre as Prisões, Deleuze produzia a partir do encontro com Guattari uma aproximação com as discussões institucionalistas e clínicas. Sobre o espírito dessas produções Deleuze (2006) comenta:

Que os médicos não tenham o direito de falar em nome dos doentes, e que tenham também o dever de falar, como médicos, sobre problemas políticos, jurídicos, industriais, ecológicos; vai nessa linha, de criar grupos no espírito de 68, unindo, por exemplo, médicos, doentes, enfermeiros. São grupos multivocais. O Grupo de Informação sobre a Prisão organizado por Foucault e Defert foi um desses: é o que Guattari chamava de “transversalidade”, por oposição aos grupos hierarquizados onde qualquer um fala em nome do outro (pp. 110-11)

Esta perspectiva inseriu ao lado de conceitos tradicionais a filosofia como *razão, pensamento, ser, existência, vida, (etc)*, conceitos menos tradicionais a este campo como *sexualidade, clínica, rede, território, dispositivo, instituição, agenciamento, minoria* dentre outros. Trata-se de uma aventura singular da filosofia em que alguns conceitos foram formulados a partir da articulação com campos concretos de intervenção. Esta inflexão na história recente da filosofia a tornou extremamente fértil para o campo de formulação de políticas públicas.

Assim, a partir dos diferentes sentidos de universalidade, fomos estabelecendo conexões com outros conceitos. Como afirma Deleuze (1993) todo conceito é um composto e surge para responder a um problema. O conceito vem acompanhado e agenciado a outros conceitos e estabelece relações de articulação, corte e superposição. Possui, portanto, limites irregulares, com franjas, margens e brechas pelas quais outros conceitos podem se agregar. Sendo assim, um conceito não é definido somente pela sua consistência própria e interna, mas pelo território conceitual e problemático que o cerca.

Nenhum conceito tem um sentido absoluto e único, eles variam de acordo com os agenciamentos que estabelecem. No entanto, estes agenciamentos não ocorrem ao acaso. O problema, ou melhor, o campo problemático em que o conceito se insere gera um tensionamento sobre o próprio conceito. Essa tensão força a construção de redes de conceitos, que uma vez interligados possibilitam um novo modo de abordar o problema. Os conceitos neste sentido operam como ferramentas que produzem cortes, rupturas e linhas de fuga para um dado problema. Todo conceito está atrelado a problemas concretos e é formulado para servir como ferramenta, máquina abstrata que opera realidades.

A histórica exclusão dos usuários de drogas do sistema de saúde colocou no cerne da pesquisa uma problematização em torno dos modos de vida e produção de acesso. Que

modos de vida são acolhidos e atendidos no Sistema Único de Saúde? Que modos de vida sofrem maior resistência e exclusão?

Esta proposição nos ajudou a perguntar que sentidos a universalidade ganha quando articulada a outros conceitos como o de redução de danos, de abstinência, de equidade e de vida. Assim foi possível passar de um conceito a outro e analisar que sentidos passam a ter quando agenciados uns aos outros. Que modos de vida são propostos e moldados pela proposta da abstinência? Em que sentido de universalidade a noção de abstinência se apoia? Passamos a apreender os sentidos de universalidade que estão em jogo a partir das conexões que se estabelecem com este conceito. A tecitura de uma rede conceitual possui fios mais espessos e outros mais finos. **Universalidade, Redução de Danos, Biopolítica** se tornaram os conceitos mais estruturantes da pesquisa. Ao lado destes, **modos de vida, equidade, clínica ampliada, redes, territórios e apoio institucional** foram criando uma malha fina que ajudaram a compor o tecido teórico-experimental deste trabalho.

As questões formuladas a partir do conceito de universalidade nos forçaram a entender que fatores aproximam a universalidade de questões como singularidade, diferença e vida e que fatores afastam este conceito destas dimensões do fazer saúde. Assim fomos conduzidos a analisar, por um lado, como as políticas de drogas se constituíram (o que nos levou a uma abordagem genealógica), e por outro, como estas políticas se atualizam no contemporâneo (o que nos levou a uma abordagem cartográfica). Assim, a partir do capítulo sobre universalidade, fomos tecendo outros dois, um em direção ao passado e outro em direção ao presente/futuro. Esse exercício, que partiu de um problema central, exigiu a constituição de uma metodologia de pesquisa híbrida em que passado e presente se inter cruzaram. Logo, neste trabalho passado e presente não são etapas de uma história, mas dimensões do “dispositivo drogas” que se atualizam na

atualidade. Desse modo cada capítulo pode ser visto como uma dimensão do problema que queremos abordar, sendo perfeitamente possível começar a leitura por qualquer um dos capítulos.

CAPÍTULO 1 - PROPOSIÇÕES SOBRE UM MÉTODO *HÍBRIDO*: PERCURSOS ENTRE A GENEALOGIA E A CARTOGRAFIA

*A prática é um conjunto de revezamentos de uma teoria a outra
E a teoria é um revezamento de uma prática a outra*

(Os intelectuais e o poder - Gilles Deleuze Michael Foucault)

*a minha voz tão fosca
brilha por teus lábios bundos
a malha do teu pêlo
dongo, congo, gê, tupi, batavo,
luso, hebreu e mouro
se espalha pelo mundo
vamos refazer o mundo
teu buço louro
meu canto mestiçoso*

(Musa Híbria, Caetano Veloso)

O método de pesquisa emergiu a partir de um movimento de revezamento entre as arguições que o campo empírico nos impôs e as orientações que o campo teórico nos ofertava. Fomos assim impelidos a definir uma metodologia que foi se delineando durante o ato de pesquisa. Não houve uma fase de leitura teórica para que depois fizéssemos um levantamento de dados e análise de material de campo. Nem o contrário. Essas duas dimensões de um trabalho de pesquisa produziram uma circularidade criativa operada por

movimentos de zigue-zague. Não havia modelo perfeito a ser seguido, mas pistas metodológicas que serviram como guias para que um modo de pesquisar fosse experimentado. A força dos acontecimentos exigiu que as orientações teórico-metodológicas se convergissem, produzindo um híbrido.

A produção de um método híbrido não se propõe a produzir uma linhagem, portanto, não pretende servir de modelo e nem gerar filiações. Assim como não busca copiar modelos e se filiar a nenhuma corrente de modo fixo e fiel. As correntes teóricas são como rios nos quais nos banhamos para que possamos sair deles diferentes do que entramos. Um híbrido evoca necessariamente a produção de novos híbridos. Mesmo que não se pretenda a ser modelo é bem provável que ofereça algumas dicas metodológicas.

Partimos então de experiências que não nos serviram como modelo a ser copiado, mas como referências que nos guiassem por territórios pouco explorados. As referências são fundamentais, pois operam como aliadas e guias. Escolhemos as nossas referências porque elas nos banharam de alegria e força crítica. Dois afetos fundamentais para nossa travessia. Não nos propusemos a um ineditismo, como se fossemos propositores de algo que não partiu de lugar nenhum. Ter referências é poder ser apoiado, é se colocar na posição de quem precisa ser ajudado para trilhar um caminho próprio.

Criamos não porque queríamos, mas porque fomos forçados. As experiências que vivemos, as vidas com as quais nos encontramos e os lugares por onde passamos nos forçaram a propor articulações entre referenciais metodológicos distintos. O empírico nos impulsionava a criar um caminho metodológico singular. A zona de pressão produzida entre o campo teórico e o campo empírico possui pequenas brechas e espaços não explorados que possibilitam alguma margem de invenção. Nesse sentido criar foi o mesmo que produzir um caminho singular. As referências foram fundamentais para que

pudéssemos encontrar saídas para os problemas que se apresentaram. Assim os nossos guias eram tanto teóricos quanto pessoas que encontramos durante esta travessia. O fio de articulação que atravessa os diferentes autores e atores foi certamente um fio ético-político. Alguns autores e algumas obras se constituíram como referências não porque nos deram um caminho a trilhar ou um modelo a seguir, mas porque nos ofertaram um solo para caminhar.

1.1) O método genealógico

Se para efeito de argumentação dizemos que ele está louco, então eu preferia ser louco a ser sensato...gosto de todos os homens que mergulham. Qualquer peixe pode nadar perto da superfície. Mas é preciso ser uma grande baleia para descer a cinco milhas ou mais... Desde o começo, os mergulhadores do pensamento voltam à superfície com os olhos injetados de sangue.

(Deleuze -2006b- usa uma citação de Melville para expressar sua admiração por Foucault

)

Nossa pesquisa parte do entendimento de que as políticas de saúde sobre drogas se encontram inseridas num contexto político amplo, mundialmente conhecido como “guerra às drogas” (Passos e Souza, 2011). Logo, não partimos do pressuposto de que há uma política de saúde sobre drogas. Além das políticas oficiais definidas em portarias, decretos e equipamentos, partimos da hipótese de que existem outras políticas, aquelas que se exercem nos cotidianos dos serviços e que são mobilizadas por diferentes vetores históricos, políticos e subjetivos. Esses vetores, que analisaremos parcialmente, não exercem forças somente nos cotidianos dos serviços do SUS. Eles também interferem nos

rumos nacionais das políticas oficiais do Estado brasileiro. Trata-se, portanto, de um campo difuso, heterogêneo e contraditório.

A política mundial de “guerra às drogas” insere o campo da saúde numa intensa disputa, evidenciando que a produção de acesso e cuidado sofre interferências de diversas ordens. Nesse sentido, entender as diferentes funções que se atualizam no campo da saúde, implica que antes possamos compreender alguns aspectos sobre a consolidação de um projeto mundial antidrogas. Quais são as bases de sustentação deste projeto? Quais tecnologias de saber-poder este projeto concretiza? Quais as funções que o campo da saúde pode assumir neste jogo de forças?

Embora a história das drogas seja fundamental para entender a política de drogas hegemônica não faremos uma abordagem histórica, propriamente dita. Isso já foi muito bem desenvolvido por muitos historiadores e antropólogos (Eschotado, 2005). Como se trata de um campo extenso e muito complexo nossa travessia se propõe a abordar alguns aspectos desta história para propor uma genealogia das drogas. (Foucault, 1977, 1986, , 2001, 2005, 2006, 2008, 2009)

Certamente não pretendemos esgotar aqui as proposições sobre o método genealógico. Nosso intuito é demarcar algumas questões que julgamos estratégicas para introduzir uma discussão metodológica. O objetivo da genealogia é analisar as histórias das relações de saber-poder e das tecnologias de governo das condutas. Nessa perspectiva, os fatos da história interessam na medida em que é possível extrair dele a formação de um regime (ou diagrama) geral de saber-poder. As análises dos diferentes regimes de poder partem, quase que necessariamente, da análise dos dispositivos de saber-poder (Foucault, 1977, 2001, 2008, 2009). Tomemos como exemplo a análise das prisões.

O dispositivo do *panóptico*²², por exemplo, articulou um modelo arquitetônico (formação não discursiva) e um discurso sobre o delinquente (formação discursiva) que tinham objetivos iniciais distintos entre si. Estas duas faces do dispositivo (discursivo e não discursivo) correspondem à dimensão do saber, ou regime de enunciação. O saber (ou o enunciado) é, então, a articulação entre o dito (discurso) e o não dito (visível): entre um regime de luz e um regime discursivo.

A questão central para o método genealógico é entender como estes dois regimes, que possuem genealogias distintas são articulados. Da mesma forma que a reformulação do direito penal no século XVIII não previa a privação de liberdade como medida penal, o projeto de arquitetura projetado em torno de uma torre de observação central não tinha por objetivo ser um estabelecimento para infratores da lei. Mas num certo momento, estes dois regimes se articulam através de um dispositivo específico. Porém, mais do que identificar que num determinado momento da história surge uma nova instituição de cumprimento penal, Foucault (1977) analisa através desta articulação, a formação de uma nova tecnologia geral de governo, a construção de um novo diagrama de saber-poder, definido como diagrama disciplinar. No hiato entre o dito e o não-dito (entre a dizível e o visível) Foucault encontra uma terceira dimensão do dispositivo do *panóptico*: as relações de poder. No limite, quem articula as duas dimensões do saber é o poder. O poder, como terceira dimensão do dispositivo, possibilita a Foucault (1997) traçar um diagrama geral de poder. É nesse sentido que Vigiar e Punir (1977) marca a passagem da fase da arqueologia (do saber) para a fase da genealogia (do poder).

²² O panótico era um projeto de arquitetura que basicamente consiste numa torre central cercada por pavilhões. O dispositivo permite uma visibilidade de todos os espaços desta construção sem que aquele que está dentro da torre possa ser visto.

Através da análise genealógica das prisões Foucault (1977) apreendeu uma estratégia mais ampla de exercício de poder, pois nas prisões ele verificou funções que se exerciam também nas fábricas, nas escolas e nos quartéis. Esquadrinhar os espaços, ordenar os corpos, distribuí-los nos espaços, ordenar o tempo de modo disciplinar eram funções gerais das instituições das sociedades europeias do século XVIII. Os dispositivos de poder atualizam funções necessárias para a sustentação de um novo regime político. A necessidade de disciplinar os corpos criaram as condições para que no agenciamento entre o discurso do direito penal e o prédio da prisão se produzisse uma nova tecnologia de governo, que se tornou modelo e coextensiva a todo corpo social. A docilização dos corpos passa a ser uma tecnologia geral de poder e não simplesmente o modo de funcionamento das prisões.

Nota-se que, além de analisar a formação de discursos e tecnologias de poder, a genealogia analisa a formação de subjetividades. As tecnologias de poder, as práticas discursivas, a conformação de diagramas de saber-poder, tudo isso molda subjetividades e constitui modos distintos de sujeitos. Subjetividade passa a ser a quarta dimensão dos dispositivos, embora isso só vá ficar mais claro a partir do dispositivo da sexualidade. (Foucault, 2001 e Deleuze, 1988)

Propor uma genealogia das drogas é extrair da história das drogas a constituição de um regime de verdade, de práticas e estratégias de governo da conduta dos homens. A história das drogas foi por nós tomada como um feixe de análise sobre os modos de normalizar a vida, de definição sobre o modo como devemos nos conceber enquanto sujeitos, como devemos nos portar a nós mesmos e em que situações devemos ser condenados.

Uma genealogia das drogas não se propõe a entender os diferentes sentidos que as drogas assumem em diferentes culturas e momentos da história. Mas acompanhar por que meios e tecnologias de governo o tema das drogas foi adensado, se tornando uma realidade, um problema de interesse político, uma questão de ameaça à vida e à ordem pública, em suma um dispositivo de poder: drogas como um dispositivo de fazer ver e fazer falar.

Uma pergunta que nos coloca diante do desafio de propor uma genealogia das drogas seria: de que forma o problema posto à vida dos usuários de drogas diz respeito a uma problemática mais geral das tecnologias de governo da vida? Nossa pretensão não é descobrir novos diagramas de poder, nem mesmo novos detalhes sobre a história das drogas. Nos propomos a algo mais simples. Neste sentido nos valem de alguns estudos históricos sobre drogas e da genealogia de alguns diagramas de saber-poder analisados por Foucault. Articulamos, a partir de alguns pontos, aspectos da história das drogas com aspectos de diagramas de saber-poder e a partir destas articulações propusemos uma genealogia das drogas. Dos diagramas de poder estudados por Foucault destacaremos dois em especial: o diagrama pastoral e o diagrama do biopoder. O diagrama pastoral é o mais antigo diagrama de poder analisado por Foucault e certamente o mais longo deles (2006, 2008, 2009). Este diagrama de poder foi constituído a partir da extensa rede institucional inaugurada pelo cristianismo e que como veremos se estende até os dias de hoje, embora sua função não ocupe o mesmo lugar nos diagramas de poder atuais. Os estudos sobre o poder pastoral são fundamentais para entender a emergência da norma da abstinência e como ela se atualiza nas tecnologias de governo na atualidade.

O segundo diagrama em que nos apoiamos, para propor uma genealogia das drogas, apresenta uma modalidade de poder que se exercesse sobre a vida, a vida do homem enquanto indivíduo e do homem enquanto espécie: um biopoder. (Foucault, 2001 e 2005)

As análises sobre o biopoder são extremamente estratégicas para que possamos entender a emergência das drogas (e atualmente o crack) como categorias sociais que ocupam um lugar de ameaça à vida e à espécie humana. No biopoder podemos ver que as funções disciplinares como prender, docilizar os corpos, asilar, não são dispensadas, mas passam a ocupar uma posição específica dentro de uma tecnologia mais ampla e mais complexa de governo. Como que o velho poder soberano de matar poder ser exercido num regime de poder em que a vida deve ser gerida?

Este tipo de questão aproxima a genealogia do mundo atual. Essa aproximação se efetiva ainda mais a partir das últimas pesquisas de Foucault (2008, 2009) sobre as *artes de governar* (ou *governamentalidade*). O diagrama do biopoder lançou as pesquisas de Foucault ao encontro de uma instituição política que ele sempre evitou estudar frontalmente: o Estado.

1.2) Genealogia e o atual

O biopoder, ao lançar luz sobre a vida da população como um problema de ordem política, trouxe para o cerne destas análises o movimento de estatização de certas tecnologias de saber-poder. A genealogia sempre tentou traçar uma linha de pesquisa que abordasse a constituição de regimes de dominação e poder que emergiram a partir de dispositivos locais. Os estudos sobre a loucura e o poder psiquiátrico, sobre a sexualidade e a medicina clínica, sobre a prisão e as práticas do direito penal, criaram um mapa das práticas que normalizam a vida. Práticas estas que não surgem no interior dos aparelhos de Estado. No entanto, a partir da emergência da população como objeto de intervenção estatal, Foucault (2005, 2008, 2009) se vê às voltas com a necessidade de analisar como

estas tecnologias, outrora exteriores aos aparelhos de Estado, vão sendo aos poucos interiorizadas como instituições estatais.

Entretanto, ao fazer estas análises, Foucault (2008, 2009) não se propõe analisar o Estado enquanto uma unidade, ou mesmo propor uma teoria do Estado. Uma genealogia do Estado Moderno é um estudo das racionalidades que criaram as bases de sustentação para que este novo projeto político fosse erguido, um estudo sobre as práticas e verdades que fundaram esta nova instituição. Embora para ele o Estado não seja uma instituição como outra qualquer, porque tende a incluir todas as instituições, os estudos sobre as diferentes racionalidades de governo permitem que ele analise o surgimento do Estado a partir de práticas que emergem no exterior dos próprios aparelhos de Estado.

Os estudos sobre a *governamentalidade* (ou *artes de governar*) analisam não as funções e estruturas do Estado, mas as práticas discursivas e não discursivas que fundaram e depois consolidaram o Estado Moderno europeu. Dentre as diversas racionalidades destacam-se duas: a primeira, definida a partir das teorias sobre a *razão de Estado*, fundam as bases para o surgimento do Estado Moderno, austero, planificado e disciplinar; e depois a racionalidade proposta pela *economia política* consolida o projeto de Estado que passa a ser indexado ao mercado, um Estado Liberal. Na *razão de estado* observa-se um conjunto de racionalidades que defendem a fundação de algo que está em vias de existir, é a defesa de um projeto de Estado. No modelo liberal observa-se a emergência de um conjunto de racionalidades que tentam impor limites ao exercício ilimitado do Estado, defendendo maior liberdade para os indivíduos e para o mercado.

Ao estender estes estudos até o surgimento do Estado Neoliberal, Foucault aponta como a *governamentalidade* se constitui como um conjunto de práticas heterogêneas e contraditórias entre si. Por isso insistimos em afirmar que as últimas proposições acerca das

artes de governar aproximam muito o pensamento de Foucault com questões atuais. Não que os seus estudos precedentes estivessem descolados desta preocupação. Mas quando o tema da vida é colocado no cerne de suas preocupações e análises, a genealogia traça uma linha de conexão entre os diferentes regimes de saber-poder (pastoral, soberano, disciplinar e do biopoder). Cria-se uma espécie de junção entre peças que correspondem a diferentes quebra-cabeças. A junção feita da articulação entre peças de diagramas distintos criou uma moldura feita de práticas governamentais que têm a vida como objeto privilegiado de exercício de poder. A partir dos estudos das *artes de governar* se clarificam pontos de conexão que produzem uma história do governo da vida. É nesse sentido que o poder pastoral passa a ser entendido como o prelúdio de um governo da vida e que a arte de governo neoliberal se torna o auge da estatização do governo da vida (Foucault, 2008). A governamentalidade cria uma linha de análise do governo da vida que vai desde o poder pastoral até o modelo atual de governo. E foi essa linha que nos utilizamos para propor uma genealogia das drogas.

A partir da racionalidade neoliberal, podemos apreender um conjunto de contradições que servem de substrato para que possamos compreender aparentes contradições que moldam as políticas de drogas. Podemos afirmar que as políticas de drogas consolidaram um regime que comporta inúmeras contradições e incongruências internas. Trata-se, no limite, de um governo das contradições. Se na genealogia do poder disciplinar as tecnologias de poder se moldam a partir da junção de dois campos difusos (um saber sobre a delinquência e um projeto arquitetônico), no Estado Neoliberal, as junções de pontos difusos se amplificam de modo muito complexo, verificável, por exemplo, nas políticas de drogas. Mais do que apresentar a constituição de contradições,

queremos evidenciar o que sustenta um projeto político tão contraditório e tão eficaz do ponto de vista da ampliação das tecnologias de governo dos homens.

Evidentemente que um problema tão difuso e contraditório nos força a traçar algumas linhas de análise que nos permitiram lançar luz sobre alguns aspectos. As contradições se configuram como efeito de uma tecnologia de governo que no limite não gerencia contradições, mas governa elementos heterogêneos. A análise de sistemas contraditórios pressupõe a possibilidade de superação dos mesmos numa solução unificadora. Trata-se, portanto, de uma abordagem dialética. Foucault propõe substituir a perspectiva dialética por uma análise heterogenética, a análise de artes de governo que não se propõe a resolver as contradições numa solução final. As contradições são partes da engrenagem, elas são necessárias para o funcionamento de um governo que une elementos díspares, de um governo em que a consistência não passa pela coerência, mas pelo jogo de interesses. Nesse sentido não estaríamos corretos em afirmar que a política de drogas é um governo das contradições. É antes de tudo um governo de elementos heterogêneos movido por jogos de interesses que resultam em sistemas contraditórios.

Como algumas substâncias psicoativas são legalizadas e outras criminalizadas? Como a repressão às drogas e o mercado das drogas se ampliaram tanto no último século? Em que medida essa recíproca ampliação é uma contradição e em que medida diz respeito a um mesmo regime político? Que lugar os aparelhos estatais de repressão e dominação ocupam na tecnologia geral de governo das drogas? Podemos afirmar que vivemos hoje uma política de drogas eminentemente repressiva? Qual a função da repressão numa sociedade dita das liberdades individuais? Que função as políticas de drogas cumprem neste jogo repressão X liberdade?

Como já afirmamos, não vamos fazer um histórico de como algumas drogas se tornaram licitas e outras ilícitas. Nossa aposta é analisar aspectos de uma estratégia de governo, que uma vez estatizada, sustenta medidas contraditórias, que no limite produzem verdades sobre as drogas e seus usuários. Responder a estas perguntas passa pela análise de uma *governamentalidade* das drogas, ou seja, analisar um conjunto de racionalidades e práticas de governo dos homens que não surgem necessariamente do interior dos aparelhos repressivos de Estado. Como veremos uma teoria estatal das drogas nos conduz inevitavelmente a um dos polos destas contradições: a análise histórica da intensificação dos aparelhos repressivos de Estado. Mas como pôde que ao lado de tanta repressão, um mercado de drogas se intensificasse tão ou mais que os aparelhos repressivos? A que tipo de poder político devemos atribuir este fenômeno contemporâneo? Ao mercado enquanto entidade autônoma? Ao tráfico como entidade mais autônoma ainda? Não tem por onde escapar. Pois supor tal autonomia nos leva à pergunta: que tipo de poder político permite tanta autonomia do mercado ou de uma organização criminosa?

Entretanto, analisar este tipo de fenômeno a partir das lentes que o próprio Estado oferece (a partir de suas funções e seus aparelhos) nos conduz a duas vertentes: uma primeira que entende que houve uma intensificação da repressão e que essas estratégias pouco afetaram as organizações criminosas. Nesse caso o mercado internacional de drogas ilícitas é visto como um efeito desta intensificação. A segunda, que entende as organizações criminosas como uma excrescência, como uma anomalia, uma falha política que, uma vez ajustados os mecanismos de repressão, serão extintas e a vida voltará a uma suposta normalidade.

Por isso é necessário olhar para este fenômeno a partir de outras ferramentas conceituais que não partem do Estado. É preciso olhar o Estado de fora, a partir das práticas

que o constituíram. Estas ferramentas nos foram ofertadas pelos estudos da governamentalidade. Assim se tornou possível iniciar um estudo que apreende os jogos de interesses e mecanismos que fazem do tráfico de drogas uma engrenagem do governo neoliberal: lavagem de dinheiro, corrupção, organizações criminosas não como uma exceção, um desvio ou uma anomalia, mas como um motor de sustentação de economias nacionais e de um sistema financeiro mundialmente integrado. Que tipo de relação existe entre Estado e mercado das drogas? Seria mesmo uma relação exclusivamente de combate e repressão?

Podemos dizer que o tráfico de drogas é um crime que se organiza enquanto um mercado mundial. Logo, entender a relação entre Estado e mercado a partir das análises das artes de governar neoliberais, foi muito rico para que pudéssemos entender os limites das tecnologias de Estado frente a um crime que se organiza enquanto um mercado mundial. Além dos limites do Estado frente ao mercado mundial, ou através deles, também podemos extrair algumas indicações de como o próprio Estado fundou este crime e por que meios ele ainda alimenta este crime.

O que tudo isso tem haver com produção de saúde? Cremos que muita coisa, pois partimos da experiência concreta em que usuários adolescentes, atendidos numa instituição de saúde, foram brutalmente mortos por uma política que se propõem a guerrear. As políticas de drogas criaram uma cortina de fumaça tão espessa e difusa, através de circuitos discursivos, institucionais e legais tão contraditórios, que torna muito difícil entender como no meio desse nevoeiro de contradições, a vida da população passa a ser normalizada. As práticas da saúde são, na maioria das vezes, atravessadas por esta extensa rede de contradições de tal modo que tomar decisões se torna algo complexo demais. Não são só as

instituições de saúde voltadas para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas que se encontram no meio deste fogo cruzado.

O papel da saúde, dentro deste jogo heterogêneo e contraditório, encontra-se à deriva, ora com algumas âncoras que permitem atracar este barco próximo aos princípios do SUS, ora se vê arremessado para longe, próximo aos rochedos dos aparelhos autoritários. Avaliar o movimento de deriva do campo da saúde, ora sendo capturada pelo jogo de contradições ora produzindo linhas de resistência, nos lança diante de outra empreitada metodológica. A dinâmica de disseminação do uso do crack, o modo como políticas públicas tornam o crack uma prioridade nacional, os efeitos das políticas de drogas nas cidades do país, a dinâmica institucional que permite ampliar a cobertura em saúde a partir de novos equipamentos, tudo isso nos coloca diante de uma dinâmica em que as relações de saber-poder constituem diagramas atuais.

A pergunta de Foucault era: como a vida dos homens é governada? Entretanto, fica a questão: como estas normas se atualizam no contemporâneo? Como a vida é governada da atualidade? Esse tipo de pergunta não pode ser respondida dentro do método genealógico, pois apreender os movimentos atuais exige outra metodologia de pesquisa que não tem como fonte principal os arquivos históricos, mas as práticas e os discursos que estão sempre em vias de se produzir. O atual é esta relação entre o que fomos e o que estamos deixando de ser, ou seja, entre um regime passado e um regime futuro, uma processualidade, ou um devir da/na história. (Deleuze, 2006b). E essa relação, esse movimento do atual não é possível de ser apreendido pelo método da genealogia, embora ele seja fundamental para que uma cartografia do atual seja feita. A genealogia instrui sobre o presente, mas não nos instrumentaliza. Por isso é tal difícil falar do atual sem ser pela via da representação ou pela análise de fatos. Para escapar ao estado de coisas e não produzir

uma representação do presente a partir de categorias pré-estabelecidas foi necessário olhar para os momentos do presente em termos de forças, de composição de corpos e afetos e de processos de subjetivação. Assim nos aproximamos da cartografia (Deleuze e Guattari, 2009 e Passos et. al. 2009)

1.3) Dispositivo: passagem entre genealogia e cartografia

Deleuze e Guattari (1976, 2009) ao analisar a produção de subjetividades num mundo globalizado produziram uma nova abordagem metodológica para se compreender as tecnologias de governo. Acompanhar os movimentos atuais implica numa metodologia que nos possibilite analisar que tecnologias de poder estão sendo produzidas. Que saberes e práticas estão sendo agenciados em torno de uma política de drogas? Que processos de subjetivação estão sendo mobilizados a partir deste problema? Como estes processos de subjetivação atravessam a dinâmica dos serviços de saúde? Como os diferentes atores estão sendo mobilizados para lidar com o tema das drogas? Como tudo isso interfere no acesso e nos modos de produzir saúde?

A passagem de um método ao outro, da genealogia para a cartografia foi operada pelo conceito de dispositivo (Foucault, 2001; Deleuze, 1988, 1996). Como vimos, a genealogia é um exercício metodológico em que são traçados diagramas de saber-poder que são acionados por diversos dispositivos. Para Foucault (1986) um dispositivo é composto por práticas discursivas e não discursivas, técnicas, normas, relações de poder, que no limite podem ser reunidos em duas categorias: saber e poder. Ao articular estes elementos distintos, o dispositivo opera as funções de um determinado diagrama. Foucault (1986) ainda atenta para o fato de que os dispositivos são operações móveis. Um dispositivo não fica amarrado ao diagrama de poder em que ele surge. A variação do dispositivo

corresponde à variação do próprio diagrama de poder. Assim um dispositivo pode se desprender do conjunto de relações que definem suas funções para assumir uma nova composição. As prisões e a sexualidade são dispositivos que atravessam diferentes diagramas de saber-poder e passam a ocupar na atualidade funções estratégicas distintas das que ocupavam nos diagramas antecedentes.

As passagens operadas pelos dispositivos são, também, um indicativo de que os diagramas podem se sobrepor uns aos outros. O dispositivo carrega consigo funções e matérias do próprio diagrama. Assim podemos ver como no diagrama disciplinar alguns aspectos da soberania se preservaram, embora tenham assumido novas funções estratégicas. Do mesmo modo se pode ver no diagrama do biopoder aspectos da disciplina e da soberania. Uma análise genealógica produz um corte diagonal na história sobre o eixo das práticas de normalização da vida. Assim cada diagrama compõe uma camada sedimentar, mas ao mesmo tempo em cada camada é possível ver aspectos do diagrama anterior e aspectos do diagrama que está em vias de se consolidar. É por isso que os diagramas não formam estruturas universais, são grandes arranjos metaestáveis. No atual, ao invés de um corte diagonal, devemos traçar mapas, fazer cartografias, uma vez que estes sedimentos se encontram justapostos e articulados. Poder pastoral, poder disciplinar, poder sobre a vida, poder soberano são dimensões que se atualizam no *dispositivo drogas*.

Ao passar do método da genealogia para a cartografia, as camadas do diagrama, passam a se mover como linhas que tecem redes de saber-poder-subjetividade. O presente convoca a uma análise das superfícies composto por múltiplas linhas. Deleuze (1988, 1996) propõe uma inflexão na formulação do conceito de dispositivo. Além dos regimes de saber e dos regimes de poder, todo dispositivo é composto por processos de subjetivação. Saber, poder e subjetividade são algumas linhas do dispositivo que se configura como um novo

(Deleuze, 1996). No contemporâneo os regimes de poder ganham a expressão de linhas de saber-poder, linhas de subjetivação, linhas de resistência (ou linhas de fuga), etc (Deleuze, 1993; Deleuze e Guattari, 2009).

O atual é um devir em que as placas sedimentares da história se movem, se chocando, produzindo fissuras. A cartografia se propõe a analisar as linhas que são produzidas por estes choques de sedimentos históricos. Tomemos uma cena do atual: um usuário de crack após ser acompanhado por um agente redutor de danos a uma unidade básica de saúde é parado por policiais que o levam à força para dentro de uma viatura dizendo: “acolhimento compulsório”. Que linhas de saber-poder-subjetividade atravessam esta trajetória? Que placas sedimentares estão se chocando neste breve trajeto? Que linhas são tecidas nestes encontros? Policiais, usuários, agentes de saúde tecem e são tecidos por linhas de poder e linhas de fuga. Ora estendem as malhas do poder até um limite ainda não explorado, ora criam saídas que escapam às malhas de poder, criando novas estratégias de resistência. A tarefa da cartografia das drogas é traçar mapas de lutas e embates que se apoiam em regimes escavados pela genealogia. Lutas e embates que podem levar os regimes de saber-poder a novas fronteiras ou produzir rupturas e desvios.

Os dispositivos se propõem a objetivos distintos quando operados pela genealogia e quando operados pela cartografia. Enquanto para a genealogia os dispositivos permitem traçar **diagramas** (de saber-poder-subjetividade), para a cartografia, o estudo de um dispositivo possibilita traçar **diagnósticos** locais (Deleuze, 1991 e 1996). Abordar as drogas como um dispositivo permite, por um lado, traçar que função as drogas ocupavam em diferentes diagramas de poder e traçar um diagnóstico das funções que este dispositivo passa a assumir nas sociedades atuais.

Nesse passo, a cartografia oferta pistas de um método que foi consolidado na interface com as propostas de pesquisa avaliativa e pesquisa intervenção sobre a rede de saúde de Campinas - SP³. A pesquisa que queremos produzir demarca um território (metodológico e conceitual) híbrido, constituído entre a cartografia e a genealogia, como métodos que criam vizinhanças potentes para resistir aos movimentos que tendem a imprimir uma lógica autoritária sobre os usuários de drogas e sobre a população de um modo geral. Propor uma passagem da genealogia para a cartografia passou pela análise do dispositivo drogas. Um percurso que fizemos desde o diagrama pastoral até os dias de hoje.

A cartografia das redes de atenção aos usuários de drogas foi se fazendo a partir de análises que passavam de um diagrama de poder ao outro. Nas ruas e redes nos esbarrávamos com diferentes diagramas que interferem nos modos de articular o cuidado. Ao mesmo tempo a genealogia das drogas foi um exercício em que a cada diagrama analisado estávamos mobilizados pelos diagnósticos locais do mundo atual. Assim experimentamos estes dois métodos como passagens, em que fazer uma cartografia foi traçar análises que passaram de uma genealogia a outra. E fazer uma genealogia foi traçar análises que passaram de uma cartografia a outra. Uma *geneocartografia* se propõe a traçar diagramas que passam por diagnósticos locais e traçar diagnósticos locais que analisam as formações diagramáticas que neles se expressam. O modo como esta perspectiva híbrida foi acionada por dispositivos concretos de pesquisa será abordado no capítulo 6, onde trabalharemos a dimensão participativa e interventiva da pesquisa de campo.

A produção de uma metodologia híbrida nos conduziu à construção da interface entre um diagrama das drogas e um diagnóstico de como este diagrama se atualiza na sociedade brasileira no contemporâneo. Traçamos assim um mapa que buscou articular uma

³ A discussão sobre pesquisa intervenção e avaliação participativa vai ser trabalhado no capítulo 4

tecnologia geral de governo dos homens com contextos singulares de lutas e resistências. Esta prazerosa aventura metodológica, embora aponte para um cenário muito duro tanto do SUS quanto das políticas de drogas, buscou ser carregada de potência transformadora e indicar caminhos possíveis frente a um contexto tão adverso.

1.4) Princípios da genealogia para um trabalho cartográfico: habitando o lado de fora

A construção de um campo de pesquisa sobre a rede de atenção aos usuários de drogas exigia a participação em alguns espaços e dispositivos desta rede que me possibilitassem compartilhar questões, definir um ponto de vista e criar estratégias de conexão entre diferentes perspectivas.

As exigências do campo empírico foram direcionando nossas ações. Envolto nos problemas a respeito da ampliação do acesso para usuários de drogas queríamos buscar um olhar a partir daqueles que têm muita dificuldade em acessar os serviços de saúde. Queríamos no limite confrontar os princípios do SUS com um campo concreto. Sem muita precisão queríamos avaliar a face empírica da universalidade. As ações em saúde deveriam, por princípio, priorizar estes usuários. Nosso objetivo não era avaliar se os princípios do SUS estão sendo cumpridos ou não. A intenção em jogo era avaliar os caminhos pelos quais a universalidade se exerce quando o que está em questão são vidas moralmente e judicialmente condenáveis. No limite, era uma tentativa de criar um meio de passagem entre o empírico e o plano dos conceitos que norteiam o SUS, que metodologicamente foi se definindo como criar um meio de passagem entre os territórios existências dos usuários de drogas em situação de rua e a rede de saúde. Começamos a entremear orientações

metodológicas distintas que nos serviam como guias desta trajetória. Dentre elas um princípio da genealogia e uma pista da cartografia.

O princípio da genealogia que reverberava com as nossas questões empíricas foi o que indica que para se fazer uma genealogia devemos “passar para o exterior das instituições afim de olhá-las de fora”. (Foucault, 2009, pp.157) Para se avaliar uma determinada instituição é mais indicado evitar uma perspectiva institucional-centrada. Passar para o exterior das instituições é uma orientação geral para a constituição de uma perspectiva da análise. O exterior é, portanto, uma perspectiva produzida a partir de um ponto de vista “difuso, fraco e lacunar”.

Por que atacar o forte e o denso com o fraco, o difuso, o lacunar?(...) Quando nos anos precedentes falávamos das disciplinas, a propósito do exército, dos hospitais, das escolas, das prisões, falar da disciplina, era no fundo, querer efetuar um tríplice deslocamento, passar, por assim dizer, para o exterior, e de três maneiras. (Foucault, 2009, pp. 156)

Entretanto, que orientações nos ajudam a passar para o exterior das instituições? Como fazer para encontrar “o difuso, o fraco, o lacunar”? Foucault (2009) propõe três maneiras de operar este princípio. No limite, trata-se de um princípio que se desdobra em três, a partir de três deslocamentos: i) substituir uma análise das estruturas internas das instituições pelas tecnologias gerais de poder produzidas no exterior das instituições; ii) substituir o ponto de vista interno das análises das funções pelo ponto de vista externo das táticas e das estratégias e iii) descentramento em relação ao objeto no intuito de desnaturalizá-lo. Foucault (2009) propõe, portanto, um descentramento do ponto de vista em relação às *estruturas*, às *funções* e aos *objetos*. Entretanto, pudemos observar que estas pistas se adequavam a objetivos e objetos distintos. Embora o princípio geral nos servisse – “passar para o exterior das instituições”- as orientações específicas possuíam nuances.

A respeito do primeiro princípio, Foucault (2009) utiliza como exemplo o trabalho de Robert Castel, *A ordem psiquiátrica*. Ao invés de analisar a estrutura da instituição hospitalar, Foucault (2009) indica a partir desta obra que só é possível entender o hospital psiquiátrico a partir de uma ordem, uma tecnologia geral e exterior ao hospital. “Enfim, podemos mostrar como esta ordem coordena por si mesma todo um conjunto de técnicas variadas relativas à educação das crianças, à assistência aos pobres, à instituição do patronato operário.” (pp. 157).

Este princípio serviu integralmente para o estudo genealógico e parcialmente como orientação para a pesquisa empírica cartográfica. Para o estudo genealógico ele nos serviu para que através da genealogia da norma da abstinência e do dispositivo drogas pudéssemos traçar um diagrama de poder que se atualiza nas mais diversas instituições: escolas, hospitais, família, etc. Para o trabalho empírico ele nos serviu em relação ao que devemos evitar: uma análise das estruturas. No entanto, em relação ao que ele propõe só pudemos nos valer parcialmente, na medida em que para um trabalho empírico, circunscrito, não nos propusemos traçar uma tecnologia geral de poder, mas traçar um **diagnóstico local**. Assim produzimos o primeiro ponto de conexão entre um princípio genealógico e uma pista cartográfica. Uma cartografia não se propõe a generalizações, mas à constituição de mapas locais (Deleuze e Guattari, 2009).

Assim criamos um primeiro ponto de hidridização: ao invés de seguir à risca a pista foucaultiana de passar para fora das instituições substituindo uma análise das estruturas para constituir um diagrama geral de tecnologias de poder, nos propusemos a passar para fora das instituições substituindo uma análise das estruturas para constituir um diagnóstico das tecnologias locais de saber-poder-subjetividade. Para fazer isso nos utilizamos do

diagrama construído em torno da genealogia da abstinência para avaliar um conjunto de estratégias locais.

Esse aspecto nos conduziu ao segundo princípio: “substituir o ponto de vista interno das funções, pelo ponto de vista externo das táticas e estratégias.” (Foucault, 2009, pp. 158). Como exemplo, Foucault (2009) analisa o caso das prisões, em que uma abordagem centrada nas funções conduziria a um balanço entre o que se alcançou e o que se deixou de alcançar tendo como parâmetro o ideal da reabilitação social, proposta pelos teóricos das prisões. O eixo de uma análise das instituições centrada nos seus objetivos internos seria o balanço entre o sucesso e o fracasso, aproximando ou afastando a instituição do seu propósito funcional.

No caso de uma análise sobre a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, seríamos impelidos a propor uma análise sobre as funções internas dos CAPS AD, analisando o quanto eles se aproximam ou o quanto eles se afastam de suas propostas originais: de ser um equipamento territorial, na lógica da redução de danos, etc. Como já vimos as análises de Foucault (1977) conduzem a algo bem diferente. Os objetivos de uma instituição não são regulados somente pelo que elas estabelecem internamente, mas pelas estratégias que se apoiam tanto nos seus fracassos quanto nos seus sucessos. Nesse caso, ao avaliar o jogo de proximidades que o CAPS AD estabelece com sua proposta original, de ser um equipamento territorial, de garantir acesso universal e de promover reabilitação psicossocial, queremos entender que forças produzem este jogo, de estar mais distante ou próximo de seu objetivo. Trata-se, portanto, de substituir uma análise interna das instituições de saúde por uma análise das estratégias e táticas agenciadas em rede. Caso contrário, acabaríamos fazendo uma avaliação em si dos CAPS AD, tomando-os como o centro do sucesso ou do fracasso. Interessa-nos avaliar, por exemplo, como a partir de um

conjunto difuso de estratégias se definem algumas funções da rede. Nesse sentido as funções são avaliadas enquanto efeitos de relações de força e composição. Um objeto neste caso, seja ele o CAPS AD ou uma Equipe de Saúde da Família deve ser tomado como um ponto de tensão, espaço de atravessamento de forças em disputa. O que importa é entender que tipo de combate se atualiza na rede, pois do contrário cairíamos numa posição de culpabilizar e individualizar um determinado estabelecimento de saúde. Este princípio, embora venha da genealogia, serviu integralmente para uma abordagem cartográfica.

Em relação ao terceiro princípio, desnaturalizar o objeto, Foucault (2009) comenta que o exercício das disciplinas foi desconstruir a sexualidade, a delinquência e a doença mental como um dado pronto. Adotamos essa orientação para a análise do objeto “drogas” e o “dependente químico”. Abordar a “droga” como um dispositivo permitiu evidenciar diferentes campos de saber que a constituem enquanto um objeto de interesse político. Esse caminho desconstrói a noção de que há um objeto drogas enquanto uma realidade natural e dada. O que implica em recusar-se a medir este objeto com a medida ou com a norma dada pelo próprio objeto, ou seja, pelos regimes de verdade que o constituíram enquanto um dispositivo. Ao invés de analisar um caso de uma determinada usuária de drogas pelos critérios da medicina, devemos entender quais as condições de emergência para que a medicina se tornasse o principal campo de saber a dizer a verdade sobre as drogas e que condições sustentam na atualidade esta posição de poder-verdade. Analisar um objeto é desconstruí-lo enquanto um dado natural através da análise dos movimentos de constituição de regimes de verdades que fazem destes objetos, campos de saber-poder. Esta desnaturalização, seja do objeto droga ou do doente dependente químico, foi realizada tanto teoricamente quanto empiricamente. Empiricamente traremos um conjunto de experiências que ajudam a desconstruir diversas pseudoverdades sobre as drogas e seus usuários.

Mas todos estes princípios, embora tenham sido fundamentais para criar uma perspectiva, produzir um deslocamento e indicar direções, ainda precisavam de um ponto de ancoragem com o campo empírico. Nos seus estudos o “lacunar” e o “difuso” que permitiam Foucault passar para o lado de fora das instituições, foram encontrados em arquivos e fontes menores da história do Ocidente. Junto a relatos de experiências de homens infames, de arquivos sobre vidas de homens condenados à morte e em práticas discursivas emergentes.

Fazer a conexão entre a pesquisa bibliográfica e a pesquisa empírica implicou em criar relações de convergência entre os três princípios da genealogia propostas por Foucault (2009) com um determinado território singular, concreto e circunscrito: no nosso caso a rede de saúde de Campinas. E essa conexão foi entendida como um modo de produzir interseções entre o método genealógico e o método cartográfico.

1.5) Cartografar é habitar um “território-entre”

Nesta pesquisa convergiremos os três princípios apresentados por Foucault (2009) à pista do método da cartografia proposta por Alvarez e Passos (2009), que indica que a cartografia pressupõe a habitação de territórios existenciais. Para Deleuze e Guattari (1993, 2009) os territórios são ao mesmo tempo geográficos, subjetivos e sociais. Um determinado território não se define somente pela sua localização geográfica, nem pela situação social em que ele se inscreve. As vidas que se expressam nos territórios constituem uma dimensão existencial do próprio território. As ruas, becos e mocós são territórios existenciais de muitos usuários de drogas que têm grande dificuldade para acessar os serviços de saúde quando necessitam.

Nessa pesquisa trabalhamos especialmente com os desafios de acesso impostos aos usuários de drogas em situação de rua no município de Campinas - SP. Acompanhamos muitos casos em que a rua é um território existencial, embora alguns tenham casas e eventualmente voltem pra elas. Catadores, limpadores de carro, profissionais do sexo dentre outros são pessoas que passam grande parte da vida na rua e ali constituem um território existencial. Além destes, existem também os moradores de rua, pessoas sem domicílio que vivem ininterruptamente nas ruas da cidade. Acompanhar os territórios existenciais destas pessoas permitiu analisar que função o uso de drogas cumpre na relação que o usuário cria com estes territórios.

Nesse sentido foi ficando mais claro que passar para o lado de fora das instituições implicava em constituir um ponto de vista sintonizado com os territórios existenciais dos usuários de drogas. A aproximação com os redutores de danos permitia olhar a rede de saúde de fora, a partir de territórios marginais de produção de saúde. Ao mesmo tempo, fomos nos deparando com o fato de que a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas de Campinas - SP comporta muitos territórios existenciais. São muitas vidas, com inserções sociais e existenciais distintas que se cruzam, se esbarram e se encontram. A análise sobre os desafios de articulação de uma rede de cuidados passou pelo acompanhamento da relação que se estabelece entre os territórios existenciais dos usuários e os movimentos da rede de saúde, exigindo um exercício de composição de territórios existenciais distintos.

A habitação de um território existencial está mais ligada a uma disposição de composição do que à execução de normas técnicas. Não se visa a uma submissão ou um domínio do campo pesquisado, mas a um fazer com, compondo com os elementos envolvidos. Desde o trabalho de campo até a realização dos relatórios, a pesquisa cartográfica vai indicando ao aprendiz cartógrafo certo cuidado de composição. Esse aprender **com** acaba por cultivar no

aprendiz a necessidade e a disposição do engajamento no campo pesquisado. (Alvarez e Passos, 2009, pp. 148)

Pesquisar os movimentos que criam um território existencial implica em uma atitude de abertura e imersão nestes territórios. (Alvarez e Passos 2009). Entretanto, o território existencial que queríamos habitar não estava construído de antemão. Frente aos problemas que queríamos responder foi estratégico habitar um território que se constituiu entre os serviços de saúde e os espaços da rua. Produziu-se, a partir dos diversos dispositivos de pesquisa, um “território-entre”. Os movimentos constituídos entre a rua e a rede de saúde serviram como analisadores para pensarmos a função territorial da rede de saúde, seu grau de abertura e os pontos de estrangulamento para os movimentos do território.

Nesse sentido íamos nos conectando à pista da cartografia e ao mesmo tempo nos diferenciando dela. Habitar os territórios existenciais dos usuários de drogas em situação de rua poderia conferir ao trabalho uma perspectiva mais etnográfica. Embora esta perspectiva tenha sido fundamental, ela não é suficiente quando estamos diante do problema do acesso que inclui processos de atenção e gestão de serviços de saúde. Cria-se, dessa maneira, a necessidade de constituir um território de pesquisa que se encontra na articulação entre diversos territórios.

Nestes movimentos de passagens entre diferentes territórios foi-se constituindo menos um território existencial e mais uma zona em que diferentes territórios existenciais se agenciam (Deleuze e Guattari, 1993). O encontro entre usuários de drogas em situação de rua e profissionais de saúde é desterritorializante para ambos. Profissionais e usuários precisam sair de seus lugares instituídos para constituir uma nova territorialidade. O encontro entre a rede de saúde e a rua produz uma desterritorialização dos lugares

existenciais, seja do excluído ou do incluído. Produzir este encontro no sentido de ampliação do acesso e qualificação do cuidado implica num movimento de reterritorialização, em que os profissionais precisam dar passagem para os códigos e afetos da rua, assim como os usuários da rua precisam se haver com os códigos e normas da rede de saúde. O território-entre é menos um território existencial e mais uma território de passagem em que os territórios existenciais se desterritorializam para se reterritorializarem. Nos propusemos a habitar esta zona territorial que de certa forma coincide com o espaço de atuação dos agentes redutores de danos.

Para habitar este “território-entre”, os agentes redutores de danos foram os guias pelos caminhos de Ariadne a desfiar mistérios de um mundo aterrador, que nos choca, nos desconcerta e nos redireciona. Ao lado deles pude me sentar e conversar com um grupo de ‘craqueiros’ no meio de entulhos e lixos e ao mesmo tempo sentar com uma equipe de saúde para discutir propostas de cuidado. Entre reuniões, supervisões e bocas de fumo, fomos produzindo um território suficientemente potente para deslocar nossos olhares. Sobre este “território-entre”, habitado pelos redutores de danos, destacamos esta passagem narrada pelos trabalhadores de CAPS AD de Campinas:

Isso que eles costumam dizer do “mocó” e da “biqueira”. O redutor aborda nesse fluxo tão louco da biqueira e do mocó, do mocó e da biqueira...Mocó é o ambiente de uso, tem o matagal, debaixo da ponte...e a biqueira é o local de compra. Nesse fluxo não tem água, não tem banheiro, não tem saúde, é só loucura. É aí que entra o redutor de danos, no meio desse fluxo e abre uma escuta. (trabalhadores CAPS AD)

No fluxo “louco” entre “biqueiras” e “mocós” muitos fluxos se convergem: fluxo de dinheiro, de afetos, de drogas, de cuidado e de diferentes modos de vida que ali se expressam. Nos inserimos em meio a estes fluxos para cartografar o desafio de garantir acesso aos serviços de saúde, principalmente para usuários em situação de rua.

Este território-entre constituiu-se enquanto espaço potencial para se analisar os desafios do SUS em produzir acesso, os modos como uma rede se organiza e que efeitos uma governamentalidade das drogas produz sobre a modelagem desta rede. O acompanhamento do trabalho dos redutores de danos se constituiu como este lado de fora ‘difuso’, ‘lacunar’ e ‘fraco’. Por ser uma função pouco instituída e que se volta para o lado de fora dos estabelecimentos, pudemos assim propor uma abordagem que não se voltasse para a análise das estruturas, nem para as funções internas, mas por um jogo estratégico. Assim fomos traçando diagnósticos locais habitando um território de passagem.

CAPÍTULO 2: GOVERNAMENTALIDADE DAS DROGAS: PARA ALÉM DO ESTADO REPRESSOR

2.1) Para além das polaridades

Mas a clínica de álcool e drogas traz essa via de um cuidado mais autoritário, vigilante, mais dualista, que trabalha entre o certo e errado. Usou? Recaiu? tá abstinente? “ah, esse aí está bom”! Sem perceber a gente cai nesses conceitos super do senso comum e ridículos.

(narrativa GF trabalhadores CAPS AD)

Acompanhando um caso em uma unidade de saúde a equipe de saúde da família apresentou o caso de uma senhora de aproximadamente sessenta anos, com diabetes descompensada e que tinha como principal problema de saúde sua relação com o álcool.⁴ Ao fazermos uma visita domiciliar a senhora disse que abandonara o tratamento da diabetes porque toda vez que ia na unidade os profissionais de saúde diziam que ela tinha que “parar de beber”. Essa senhora era arrimo de família (três filhos e cinco netos) e, segundo ela mesma comentou, a bebida não era seu principal problema.

A dificuldade com os filhos e netos era sua principal queixa e apontava para uma difícil situação existencial. Ao ser impelida a parar de usar álcool, essa senhora se sentia pessoalmente discriminada e não acolhida na sua singularidade, na sua história, no seu desejo e nas suas dificuldades. Em nome de uma norma (estar abstinente), outros problemas de saúde não estavam sendo acompanhados. Não desconsiderando as simplificações que

⁴ Este caso foi acompanhado junto a disciplina de saúde coletiva do quinto ano de medicina da Unicamp em que eles, com a supervisão dos professores, tem que elaborar um projeto terapêutico singular, a partir de um caso trazido pela equipe de saúde da família.

essa breve exposição pode produzir, pretendemos com ela apenas extrair aspectos que não se distanciam tanto das nossas realidades em saúde.

A abstinência, como condição para o acesso ao serviço, foi posta pela equipe de saúde da família, de modo muito distinto do modo como ela é posta em clínicas e serviços especializados. Mas em ambos os casos, a abstinência comparece como regra, norma que define uma fronteira entre o dentro e o fora do sistema e ao mesmo tempo um limite entre a cura e a doença, entre o normal e o patológico. São estas imagens polarizadas que vemos começarem a se formar: contra ou a favor; sim ou não; tudo ou nada; abstinente ou drogadito; para no limite nos esbarramos com a dualidade bem e mal. A polarização produzida no campo das drogas reconhece duas posições e possibilidades extremas. É neste jogo de polarizações e antagonismos que a RD acaba muitas vezes confundida com o polo oposto à abstinência. Se a abstinência corresponderia a faceta do “NÃO AS DROGAS”, a RD acabaria sendo arrastada para a faceta oposta, a do “SIM AS DROGAS”. Acusada de incentivar o uso de drogas, a RD se enredada neste esquema binário em que o campo da justiça define o que pode e o que não pode no campo da saúde, especificamente no que diz respeito à atenção aos usuários de álcool e outras drogas. É esse tipo de imagem formatada que faz com que uma parcela da sociedade civil, gestores, juristas, familiares, acreditem que a RD, por não dizer “NÃO AS DROGAS”, estaria inevitavelmente dizendo “SIM AS DROGAS”, associando-a com a imagem de um bando de usuários usando drogas livremente pelos estabelecimentos de saúde. Se por um lado esta operação não passa de um ataque banal à RD, por outro ela revela uma característica emergente que a RD traz para o campo das drogas: fazer surgir novas regras diferentes da regra da abstinência e atrelar a saúde a uma terceira via que possibilite escapar do esquema jurídico do contra ou a favor, do lícito e ilícito.

Quando a abstinência é tomada como regra única e superior, ela acaba por destituir outras possibilidades de regras. Isolada como única regra, torna outras possibilidades de regras em não-regras, logo, num “vale tudo”. Quando um determinado regime de saber-poder erige o “vale nada” como condição, toda e qualquer alternativa a esta proposta hegemônica é taxada como “vale tudo”. Mas é exatamente neste ponto que a RD se ergue como uma alternativa potente a este regime de saber-poder, pois para *reduzir danos* não pode “valer tudo”, não se reduz danos com enunciações que se alinhem com a lógica do “liberou geral”.

Antes de se tornar uma norma médica e jurídica, a abstinência era uma norma religiosa. Esse dualismo maniqueísta antes de ser operado pelo binarismo da lei (lícito e ilícito) ou pela norma médica (normal e patológico) foi operado pelo dualismo religioso (bem e mal). Estes três âmbitos de construção de práticas sobre o corpo e sobre a vida operam por polarizações. O ideal do mundo sem drogas congrega, no contemporâneo, regimes de saber-poder dentro de novas tecnologias de governo das condutas.

A saúde como campo de saber-poder não se encontra fora destas tecnologias de governo, podendo muitas vezes estar a elas submetida, reproduzindo sua lógica. Mas pode também estar traçando linhas de resistência a essa lógica. A RD não contesta a abstinência como meta possível e desejável, mas a abstinência como regra absoluta, evidenciando que entre o “SIM” e o “NÃO” existe uma terceira via: o “COMO”? Arguir *como* podemos em sociedade viver com as drogas não é uma posição a favor ou contra as drogas, mas uma posição que busca apontar para os cuidados que devemos ter em relação às experiências com as drogas. Esse tipo de postura tenta desconstruir a noção de que as drogas são um problema em si, recusando a substancialização de um problema complexo que transforma uma substância em uma entidade quase com vida própria: as drogas!

Certa vez andando de ônibus sentei ao lado de uma senhora e logo vimos um rapaz morador de rua cambaleando e tropeçando numa tentativa de seguir caminhando. A senhora assustada exclamou: “veja o que o crack faz com as pessoas!”. Muitos outros signos, como a miséria, desemprego, desassistência, modos de vida, etc. foram subtraídos por um único signo – o crack – e numa operação cognitiva que permitia tornar localizável um problema complexo, a senhora resumiu um problema multicausal num problema de causa única: as drogas como causa. A pergunta que me ficou foi se esta constatação deixava a senhora perplexa ou se de certa forma a deixava mais aliviada por poder localizar o problema. A eleição das drogas como um grande mal da atualidade permite concentrar esforços na sua eliminação e no seu combate gerando uma polarização entre os que estão a favor e os que estão contra, sendo excluída uma terceira via.

Veremos como a RD ao se opor à alternativa SIM x NÃO (às drogas) recoloca o problema das drogas fora do esquema polarizado e maniqueísta que busca reduzir um campo de múltiplas possibilidades em duas categorias rígidas. No diagrama de poder em que os enunciados de “NÃO ÀS DROGAS” comparecem como oposição aos enunciados de “SIM ÀS DROGAS”, mais do que a formação de posições contrárias evidenciam-se complexas tramas de controle da vida. Nesse sentido o SIM e NÃO como única alternativa possível de apreensão deste fenômeno, que fecham um plano de múltiplas possibilidades num campo antagônico, são códigos de um mesmo regime de saber-poder. Numa primeira mirada mais superficial podemos acabar por concluir que o *vale tudo* e o *vale nada* são posições contrárias, mas precisamos olhar para uma dimensão mais genealógica deste problema e captar o instante em que as aparentes oposições formam um único esquema que captura por contradição, por polarização, por antagonismos. Se não formos capazes de sair dos antagonismos e polarizações, estaremos enredados nas tramas desta forma de controle.

Se não formos capazes de criar caminhos alternativos ao SIM/NÃO estaremos aprisionados em um esquema bipolar.

Quando uma equipe de saúde ou mesmo um profissional de saúde, ao atender uma pessoa usuária de drogas, coloca para si a tensão “sou a favor” ou “contra as drogas”, está formulando o problema da abordagem e acolhimento a este usuário segundo uma perspectiva que o colocará num antagonismo (combate ou simples aceitação) com a experiência de uso de drogas que está em curso na vida deste usuário. Em outras palavras, a clínica será conduzida a partir de um problema que foi mal formulado. O combate ou a simples aceitação são formas de não entrar em contato com a experiência em curso. A direção proposta pela redução de danos, de acolher o outro na sua diferença, atualiza um sentido de universalidade aliado à dimensão singular da experiência com o uso de drogas que cada um pode ter.

2.2) Genealogia da abstinência: a arte de governar e o poder pastoral

O usuário às vezes está correndo algum risco e a gente tenta ajudar e acaba agindo no sentido de livrá-lo desse risco. Mas qual é o limite? Precisa de alguém de fora para lembrar que a gente não pode resolver tudo pela pessoa, que a gente precisa considerar também o desejo dessa pessoa. Não só o nosso desejo enquanto serviço de saúde, mas às vezes a gente entra nessa questão de querer salvar, mas salvar do quê? Salvar para quê?
(narrativa GF trabalhadores CAPS AD)

A genealogia da abstinência como norma de conduta ou de governo dos homens deve ser buscada naquilo que Foucault (2006, 2008, 2009, 2010) denominou de poder pastoral. Os estudos sobre as artes de governar (ou governamentalidade) inauguram novas perspectivas para pensarmos os problemas da vida na atualidade, a partir de um conjunto de

múltiplas matrizes históricas. O poder pastoral cristão, nascido por volta do século III, traz as primeiras experiências disso que Foucault denomina de arte de governar os homens, um governo das condutas que se exercia através da rede institucional religiosa exterior ao aparelho de Estado, fora da soberania, embora mantivesse com o poder político uma aproximação e uma articulação.

Segundo Foucault (2009), a genealogia do poder pastoral se bifurca entre o poder pastoral no Oriente (principalmente entre os hebreus) e o poder pastoral no Ocidente (entre os cristãos), tendo como ponto de bifurcação a Grécia Antiga. A semelhança entre os hebreus e os cristãos é justamente o fato de que nestas duas sociedades é possível encontrar um poder do tipo pastoral. Entretanto a diferença consiste no modo como no cristianismo as características centrais do poder pastoral (relação com a salvação, com a lei e com a verdade) são modificadas, complexificadas a partir de novas tecnologias e de uma densa rede institucional pastoral jamais vista na história.

A Grécia Antiga, no entanto, se coloca como ponto de bifurcação, justamente porque entre os gregos não se experimentou um poder do tipo pastoral. Neste sentido, a Grécia, como campo de análise que se diferencia da moral cristã, opera no pensamento de Foucault (2009) uma espécie de fonte de diferenciação permanente para as análises deste processo histórico.

Segundo Foucault, o poder pastoral cristão se exerce a partir de três eixos fundamentais: a salvação, a lei e a verdade. A salvação, posto que não é uma novidade do cristianismo, encontra uma nova formulação entre os cristãos, quando é direcionada para toda a comunidade, para todo o rebanho e ao mesmo tempo guia cada um em particular. Desta conclusão decorre um conjunto de relações que não julgo necessário aprofundar aqui. O importante é destacar que o poder pastoral desenvolveu uma tecnologia direcionada para

a salvação, cabendo ao pastor fazer um relato detalhado, a partir de uma vigília permanente dos méritos e deméritos de cada pessoa que compõe a sua comunidade: as falhas e as virtudes, as intenções e pensamentos, em suma, um governo detalhado de todos e de cada um de forma a conduzir os homens à salvação e à verdade. Um modo de governo totalizante e individualizante.

A segunda novidade do poder pastoral é o modo específico pelo qual a lei se torna uma “instância de obediência pura”. (Foucault, 2009, pp. 230), ao contrário dos gregos entre os quais, grosso modo, podemos dizer que a categoria geral de obediência não existia. Os meios pelos quais os gregos deixavam-se conduzir por outro eram exclusivamente o respeito à lei, às decisões das assembléias, sendo uma ordem direcionada igualmente a todos, ou para alguns em particular, mas em nome de todos. O segundo meio usado pelos gregos será a retórica, através da qual os gregos se seduziam a fazer algo, a se deixar conduzir para conseguir o domínio de si.

A instauração de um regime de obediência pastoral recoloca a relação com a lei como algo completamente novo. Melhor dizendo, a relação com a lei é substituída por uma relação de obediência, uma vez que os homens devem ser guiados não por uma lei, mas pela vontade de Deus. A lei da *polis* é substituída pela Lei dos céus. Cabe ao pastor saber esta vontade e tratar cada caso como único e singular. Sua função é zelar por cada um e não aplicar uma lei geral para todos os casos. A novidade, segundo Foucault (2009) não consiste nestes termos, mas no fato de que esta relação individual de obediência deve ser estabelecida a partir de uma “dependência integral” (pp. 231).

A “dependência integral” é uma relação de submissão não a uma lei, nem a uma norma, mas submissão de um indivíduo a outro indivíduo. A obediência é uma finalidade em si mesma e o cristão deve obedecer, aceitar e ser dirigido para as coisas espirituais, bem

como para as coisas materiais e para a vida cotidiana. Foucault indica um conjunto de exemplos de boa obediência, que se aplicava mais intensamente aos monges, mas também aos homens comuns. Um exemplo histórico é o caso da prova da ruptura com a lei, também conhecida como a prova de Lúcio, em que este, após perder a mulher, chega ao monastério com seu filho de dez anos. Passando por várias provações impostas pelos monges Lúcio tem como última prova afogar o próprio filho no rio para garantir sua salvação. Este exemplo é emblemático para a descrição de um tipo de poder em que a relação com a lei é substituída por uma relação de obediência integral de um indivíduo a outro indivíduo para se alcançar a salvação, a relação de dependência de cada um com o seu pastor. A obediência a seu mestre é primeira e deve ser seguida de forma incondicional. Além disso, para provar esta relação de obediência plena o indivíduo deve se submeter à prova, mesmo que seja algo absurdo ou contrário a tudo que poderia ser considerado uma lei. A relação com a lei é, portanto, uma relação de quebra com a lei estabelecendo-se uma relação de obediência pura de um indivíduo com outro indivíduo.

Outra característica da relação com a lei no cristianismo é que a obediência integral não é finalizada, leva pura e simplesmente ao estado de obediência. Este estado, também denominado de humildade, implica uma renúncia da vontade própria. “A finalidade da obediência é mortificar sua vontade, é fazer que sua vontade como vontade própria morra, ou seja, que não haja outra vontade a não ser a vontade de não ter vontade.” (Foucault, 2009, pp. 235). Já na Grécia, quando um indivíduo se submetia ao comando de alguém (um mestre, um filósofo, um médico) era para alcançar um objetivo, uma virtude. Os meios indicados pelo mestre deveriam possibilitar ao discípulo alcançar uma situação em que a relação de mestre-discípulo não fosse mais necessária, uma situação em que o discípulo se tornasse senhor de si. Este é o grande rompimento entre a ascese cristã e a

ascese grega. Em ambos os casos a submissão a outro indivíduo, a entrega de um discípulo a um mestre tem como objetivo alcançar um estado de ausência de paixão (*aphatéia*). Mas o sentido de paixão (*phaté*) tem um sentido radicalmente distinto nestas duas culturas. Quando um grego se submetia ao comando de um mestre era para alcançar um estado de ausência de paixão, entendido como ausência de passividade, onde o almejado, tanto pelo discípulo quanto pelo mestre, era o comando de si enquanto um estado ativo, um movimento de se libertar das forças que o tornam escravo de si, dos outros e do mundo. Retomar o poder de si sobre si e se afastar do estado de passividade e escravidão. Já no cristianismo esta ausência de paixão é um estado de ausência de uma vontade própria, entendida enquanto uma eliminação de si, um estado de renúncia de si que se efetiva a partir da obediência permanente a outro. Isso torna a obediência infundável e total.

A terceira novidade do pastorado cristão é a relação com a verdade que implica num exercício constante e minucioso de desvelar uma verdade oculta que se encontra no interior de cada um. A verdade interiorizada que precisa ser permanentemente vasculhada: ao longo de toda a vida se soma a uma obediência integral e a um desvelar que implica em renúncia. Essa descoberta de uma verdade sobre si implica em uma renúncia do que se descobre: os prazeres do corpo e as sensações enganosas da alma.

Quanto a isso, Jullien (2010) aponta no nascedouro do cristianismo um movimento de superação da lei, seja a do jurisdicismo romano ou do legalismo judaico, pela via do universal. O objetivo de superação de todo comunitarismo possibilitado pelo sistema jurídico romano encontrou no universal da salvação uma fórmula de superação das diferenças através de uma igualdade definida pela filiação a Deus e ao cristianismo, em que todo “homem é eternamente essa forma vazia que Deus preenche. Ora, essa entidade

negativa – oca – varre de imediato as diferenças e torna os homens idênticos entre si: não há senão o vazio que seja absolutamente igual (ao vazio)” (Jullien, 2010, pp. 77-78,)

Com o cristianismo, a operatória grega de acesso ao verdadeiro conhecimento (de si e do mundo), ganha novas tonalidades, uma vez que o conhecimento implica na instauração de uma vigília sobre as ilusões da carne. Estas ilusões doravante se encontram internalizadas e individualizadas permitindo dizer novas verdades sobre o sujeito. Logo, a ato de conhecimento implica numa vigilância ininterrupta de uma intencionalidade pecaminosa permanente. Enquanto na Grécia, este ato de “conhecer-te a ti mesmo” como condição de conhecer o mundo e a verdade estava subordinado a uma atitude de “cuidado de si mesmo”, no cristianismo este ato de conhecer-se é subordinado a uma moral da carne e à instauração de uma verdade interiorizada.

O sentido atribuído ao preceito Delfico, no culto a Apolo, “conhece-te a ti mesmo”, foi ganhando ao longo da história uma variação que implicou numa reversão da relação de subordinação entre cuidado e conhecimento. Na sua origem histórica, o conhecimento de si comparece como um caso particular de uma regra mais geral que é o cuidado de si. (Foucault, 2006). No pastorado esta dimensão de cuidado é substituída pela renúncia e o conhecimento universal passa a ser ocupado pelo universal da salvação divina. Portanto, o sujeito ético do cuidado de si é substituído pelo sujeito moral da renúncia de si. Este por sua vez deve delegar a função de cuidado a outro, com quem terá uma relação de obediência integral. É dentro deste regime que a abstinência dos prazeres da carne se torna uma norma, uma virtude e uma verdade do sujeito.

Enquanto na Grécia a instauração de um estado de abstinência dos prazeres da carne correspondia a uma tecnologia de si, no sentido de ser um exercício que levasse a uma finalidade (o domínio de si sobre si mesmo), no cristianismo a instauração de um estado de

abstinência tem a única finalidade de estabelecer uma relação que não leva a outra coisa senão a um estado de vigilância infundável. Os prazeres da carne não são, neste diagrama cristão, um ponto de reflexão ética, eles são um estado permanente e infundável. A associação entre prazer da carne e o “mal” é de tal ordem intrínseca ao sujeito que não é possível escapar desta relação em vida. A salvação só pode ser alcançada em morte, restando em vida delegar a outro a função de desvelar minuciosamente e constantemente os meios pelos quais o estado de abstinência (dos prazeres pecaminosos) está em vias de ser quebrado. A associação intrínseca entre o prazer e o mal, a adoção da abstinência como norma de conduta e a instauração de um estado de vigília e obediência criam as bases de um poder pastoral que será, após séculos do seu surgimento, incorporado por novas tecnologias de poder.

Neste regime de poder, podemos identificar duas importantes características da arte de governar: a primeira é o homem tornado como objeto de governo: não se trata de uma preocupação somente com o território ou com o reinado, mas uma preocupação e um conjunto de estratégias de governo dos homens ou, se preferirem, da alma dos homens. A segunda é que este governo é ao mesmo tempo individualizante e totalizante, universal e singular: cada um do rebanho é tão importante quanto o rebanho inteiro. A terceira é que é um poder que se direciona para as minúcias da vida, para o detalhe, para os pensamentos e sentimentos ao longo de toda a vida. Trata-se, portanto, de um poder que rege a vida na sua intensividade e na sua extensividade, para o homem na sua coletividade e na sua individualidade.

O pastorado no cristianismo deu lugar a toda uma arte de conduzir, de dirigir, de guiar, de controlar, de manipular os homens, uma arte de segui-los e empurrá-los passo a passo, uma arte que a função de encarregar-se dos homens coletiva e

individualmente ao longo de toda a vida deles e a cada passo da sua existência. (pp. 218-219, Foucault, 2009).

Estas novas tecnologias inseridas pela rede institucional cristã que avançou ao longo de toda a Idade Média permitem problematizar o que outrora se anunciava como uma das principais características da arte de governar pastoral: ser um governo de todos os homens e de cada homem em particular; em que o pastor deve ter uma atitude de controle de todo o rebanho e de cada ovelha em especial. Em suma, um governo a um só tempo universal e singular. Entretanto, a relação de obediência e a instauração de um estado de renúncia permite evidenciar que este governo individualizado não se faz na direção do fortalecimento deste indivíduo, de sua emancipação e liberdade individual. É um poder que se exerce sobre o indivíduo com a intenção de anulá-lo e inseri-lo no movimento do rebanho. A relação entre o todo e cada um, entre o universal e o singular é definida por uma operação de uniformização. A renúncia de si é a lei, a forma e objetivo que fazem do cuidado singular com cada indivíduo um projeto de tornar todos igualmente obedientes. Esse exercício de poder singular se exerce na medida em que cada um seja desprovido de uma singularidade e a ausência de lei é na verdade uma máxima regra, a regra da renúncia, “um modo de individualização que não passa pela afirmação do eu, mas ao contrário a sua destruição.” (Foucault, 2009, pp. 237). Renúncia de si, abstinência dos prazeres e das paixões e dependência integral a outro indivíduo caracterizam as matrizes históricas que inserem a abstinência como norma de uma arte de governar.

São estas características que emergem com o poder pastoral que fundarão uma arte de governar os homens. Estas tecnologias serão, ao longo dos séculos, deslocadas e apropriadas por outros regimes de poder constituindo-se como uma importante matriz de um poder sobre a vida, ou de um biopoder. O poder pastoral se estenderá até o limiar do

surgimento dos Estados Modernos, onde novas racionalidades passam a inserir novas tecnologias de governo das condutas.

Parece-me que o pastorado esboça, constitui o prelúdio do que chamei de governamentalidade, tal como esta vai se desenvolver a partir do século XI. Ele preludia a governamentalidade de duas maneiras. Pelos procedimentos próprios do pastorado, por esta maneira, no fundo, de não fazer agir pura e simplesmente o princípio da salvação, o princípio da lei e o princípio da verdade, por todas as espécies de diagonais que instauram sob a lei, sob a salvação e sob a verdade, outros tipos de relações. É por aí, portanto, que o pastorado preludia a governamentalidade. E preludia também a governamentalidade pela constituição tão especial de um sujeito, de um sujeito cujos os méritos são identificados de maneira analítica, de um sujeito que é sujeitado em redes contínuas de obediência, de um sujeito que é subjetivado pela extração da verdade que lhe é imposta. (Foucault, 2009, pp. 244).

Foram estas as principais características que lançaram o poder pastoral como uma primeira forma de governo das condutas dos homens, definida por Foucault como uma arte de governar. A relação com a obediência, com a lei e com a verdade inaugurada pelo cristianismo inseriu a vida dos homens, de cada homem e de todos os homens a um só tempo, como objeto de governo pela primeira vez na história do Ocidente. É neste percurso de constituição histórica que podemos ver que a abstinência, antes de ser uma norma médica e jurídica, é uma norma religiosa.

Encontramo-nos, então, novamente às voltas com a tríade universal, verdade e sujeito, para a qual a abstinência comparece como uma espécie de síntese fértil para ser apropriada pelas tecnologias de governo das condutas na atualidade. Como vimos, a abstinência reveste o sujeito de uma subjetividade esvaziada de vontade própria, portanto, de uma verdade sobre o sujeito. Porém, ao destacar este diagrama de poder pastoral torna-se evidente que sua operacionalidade enquanto tecnologia das condutas não pode ser

transposta de forma simples e direta para a realidade atual. O poder pastoral cristão não tem na atualidade o mesmo estatuto de racionalidade geral das condutas que teve ao longo da Idade Média. Entretanto não se pode falar que tenha sido superado: “houve revolução antifeudal, nunca houve uma revolução antipastoral. O pastorado ainda não passou pela revolução profunda que o teria aposentado definitivamente na história.” (Foucault, pp. 199, 2009).

O peso do cristianismo para a história da subjetividade é diretamente proporcional ao peso do cristianismo para a história das drogas. A instauração da prática confessional como meio para se garantir uma vigília permanente de um indivíduo por outro indivíduo pode ser entendida como uma das vias pelas quais as substâncias alucinógenas foram durante séculos banidas pela igreja católica ao longo da Idade Média. A operação de unificação territorial e religiosa operada pelo cristianismo implicou em uma destruição de tudo que era da ordem da multiplicidade e diversidade religiosa. Os desuses foram transformados em um único Deus, as drogas foram tornadas numa única droga (vinho como sangue de Cristo) e as diversas seitas perseguidas para a oficialização em uma única religião.

Muitos rituais religiosos passaram a ser banidos, principalmente os que utilizavam substâncias que alteravam o estado de percepção. A caça às bruxas se intensificou durante a Inquisição e colocou desde esta época um conjunto heterogêneo de substâncias sob o prisma do mal. A única droga permitida pela igreja tinha função ritualística, tendo mais valor simbólico do que propriamente uma busca por efeitos alterados da consciência. (Escohotado, 2005; Araujo, 2012). Os exames de consciência deveriam ser feitos a partir das práticas confessionais para as quais o vinho não tinha a menor serventia. O governo das condutas desempenhado pelo poder pastoral produziu efeitos específicos sobre o governo

das drogas (embora tais substâncias não fossem nesta época denominadas desta forma) uma vez que elas estavam diretamente atreladas a seitas e rituais de cura, e desempenhavam também uma relação entre estados de loucura e prazer: ambos condenados e perseguidos pelo cristianismo. Mas o alcance em relação às drogas é apenas uma parte deste governo mais amplo das condutas e da construção de uma subjetividade da renúncia e da obediência.

O método genealógico permite evidenciar duas direções amplas do poder pastoral: uma primeira é que o objeto do poder pastoral se tornou um objeto de governo constitutivo de uma arte de governa dos Estados Modernos. A governamentalidade se apropria do objeto do poder pastoral, qual seja, as condutas dos homens, a vida dos homens, a subjetividade dos homens. Um poder que se exerce sobre a vida dos homens, no seu conjunto e na sua singularidade. Isso é preservado pela governamentalidade na modernidade. E sobre isso retornaremos mais adiante. Entretanto, a racionalidade baseada na moral e no universal divino deixa de ocupar um lugar central na medida em que o governo das condutas passa a ser objeto de uma racionalidade de Estado (*razão de Estado*), principalmente a partir do século XVI (Foucault, 2009).

Veremos mais adiante que a racionalidade da renúncia precisa ocupar um lugar preciso em um regime em que a racionalidade do consumo passa a ser a mola propulsora do mercado e de um novo regime de verdade. Apesar de deslocada de um lugar central, a racionalidade pastoral não será dispensada ou destruída. Dirá Foucault (2009) a respeito disso: “e, quando eu me coloco no século XVIII como sendo o fim da era pastoral em sua tipologia, em sua organização, em seu modo de funcionamento, o poder pastoral que se exerceu como poder é sem dúvida algo de que ainda não nos libertamos.” (pp. 197).

Nesse ponto é muito importante nos atermos ao método genealógico. Quando Foucault analisa o poder pastoral ele busca identificar que linhas, eixos e normas do pastorado oriental (mediterrâneo) foram preservadas pelo cristianismo e que tecnologias permitiram que estas mesmas linhas e normas fossem radicalmente modificadas. É um método que não opera uma análise do tipo oposição e superação entre um momento histórico e outro, ou entre um diagrama de poder e outro. Ele opera por preservação-modificação de linhas de saber-poder a partir de constituição de novas tecnologias de governo. Se durante toda a Idade Média foi o poder pastoral, através de uma extensa rede institucional, que definiu as tecnologias de governo das condutas e da vida no seu detalhe, que definiu os regimes de verdade do sujeito moral da falta, da renúncia e da obediência, será necessário ver que lugar passou a caber a este tipo de poder dentro de um regime em que a economia política passa a ter no mercado o campo de produção de verdade e de um novo sujeito.

Por quais redes institucionais o poder pastoral foi absorvido? Que estratégia dentro de um novo regime governamental ele passou a ocupar? Serão estas análises que nos permitirão entender o lugar da abstinência como norma médica e jurídica na atualidade e sua função estratégica no governo da vida dos homens.

Observa-se que a história do cristianismo não se configura como uma história da “caça às drogas”. O foco das perseguições eram as diversas seitas e seus hábitos, que incluíam as drogas. Não havia, portanto, o conceito de drogas como algo dotado de uma realidade e de uma verdade própria. As missões religiosas chegavam às diversas substâncias alucinógenas a partir de um amplo movimento de caça às bruxas e não o contrário. Para que as drogas se tornassem, elas mesmas, algo a ser combatido, seriam necessárias a constituição de um novo tipo de diagrama de poder. O poder pastoral é a

história da consolidação da norma da abstinência enquanto regime de verdade sobre o prazer e o desejo da carne, logo da própria noção de sujeito da renúncia e da falta. Logo, a genealogia do poder pastoral é a história da construção de um regime de verdade sobre o corpo e a subjetividade que serviram de moldura para que novas tecnologias de poder tornassem as drogas um problema político estratégico. Nesse sentido o poder pastoral é ao mesmo o prelúdio de uma arte de governar e um prelúdio do “dispositivo drogas”.

Essa construção será melhor apreendida pela passagem operada pelo dispositivo da sexualidade, em que os prazeres antes regidos pelo signo do mal passam a ser substituídos por uma outra produção de verdade: a doença. Processo este operacionalizado por um conjunto de dispositivos, em que a verdade sobre o corpo passa a ser regulada não só pela religião, mas também pelo saber médico. Dentre um conjunto de práticas, Foucault destaca duas: o confessorário e o exame.

2.3) A sexualidade como ponto de passagem de uma pastoral cristã a uma biopolítica das drogas

Iniciamos nossa trajetória a partir do poder pastoral, como via para se compreender o modo como a abstinência integra um regime global de normatização das condutas. Entretanto será necessário inserir esta linha de análise em circuitos contraditórios e, portanto, mais complexos, pois não se trata de fazer uma simples transposição do poder pastoral medieval para as sociedades atuais, mas de buscar entender como esta norma se agencia com o governo da vida na atualidade.

As análises sobre o nascimento de uma medicina social no século XVIII (Foucault, 2011a e 2011b) e da prática médica do exame no século XIX, em torno do dispositivo da sexualidade (Foucault, 2001) permitem verificar a passagem histórica em que o poder

pastoral foi inserido num novo modo de circulação do poder, em que a produção de uma verdade sobre os prazeres deixava de ser restrita ao exercício da igreja cristã. A emergência da saúde como problema de ordem pública e de utilidade econômica para organização da força de trabalho inseriu o corpo e a sexualidade em um novo diagrama de poder.

Esta passagem ganha mais consistência quando os estudos sobre a biopolítica conduzem o pensamento de Foucault a integrar as análises que partiam de dispositivos específicos para um regime geral de governo que, em última instância, constitui o que esse autor denominou de governamentalidade estatal. Os estudos sobre a governamentalidade, ou genealogia do Estado (moderno), permitem verificar uma articulação mais ampla do poder pastoral num regime governamental. Governamentalidade é antes um índice do método empregado por Foucault para se analisar a formação do Estado. Foucault (2008, 2009) se recusa a pensar o Estado como uma categoria universal, como uma unidade que o levaria a estudar suas estruturas e funções internas e a partir dessas verificar suas variações e formas constituídas. Ele propõe o inverso: analisar o Estado a partir de práticas, de racionalidades, de tecnologias de poder que vão dando ao Estado o estatuto de universal estrutural. Este conjunto de racionalidades, mais ou menos anterior e exterior ao próprio Estado, compõe o problema geral da arte de governar ou governamentalidade.

Esta forma de análise que coloca lado a lado subjetividade e Estado, indivíduo e população, vida e disciplina, se contrapõe ao método dialético que propõe a solução de problemas ou sistemas contraditórios através de uma equação geral que unifica os pontos, que se totaliza numa solução universal. Ela implica numa genealogia de práticas heterogêneas que não se resolvem por uma equação que as unifica e totaliza, mas que ora se conectam, ora se articulam, ora se modificam mutuamente. O Estado não é, portanto, tomado como uma máquina que soluciona na medida em que unifica, mas como uma

prática governamental que mantém atuante diferentes tecnologias que podem operar por composição, e que também podem muito bem se preservar enquanto atuantes na justa medida em que produzem contradição, falhas e disputa. O desdobramento do poder pastoral em um regime de biopoder será inserido num campo de linhas heterogêneas a partir da emergência de um novo objeto de governo: a população.

O grande crescimento populacional vivido pelos Estados Europeus no final do século XVIII fez surgir a “população” como problema, uma vez que fenômenos como doença, natalidade e mortalidade passaram a ter função capital no novo contexto de organização capitalista de produção econômica. O conhecimento sobre a dinâmica populacional, principalmente a partir da estatística e da epidemiologia, ampliou as margens de intervenção sobre os diferentes modos de vida. A população enquanto conjunto de variáveis verificáveis matematicamente colocou a saúde como um campo de saber-poder determinante para o bem-estar social. A emergência da população como finalidade de governo instituiu a saúde e o bem-estar físico como objeto de interesse e intervenção do poder político. Esta nova forma de governo dos homens não se exerce principalmente para castigar e punir, “mas para ajudá-los, se necessário coagi-los, a garantir sua saúde. O imperativo da saúde sendo então: dever de cada um e objetivo geral.” (Foucault, 2011a, pp. 361).

A emergência da população como campo de intervenção estatal, lançou a medicina como importante matriz de normatização social e condução da vida individual e coletiva. “A importância repentina que a medicina ganhou no século XVIII tem seu ponto de origem ali onde se entrecruzaram uma nova economia analítica da assistência e a emergência de uma política geral da saúde.” (Foucault, 2011, pp. 362). Demógrafos e estatísticos começaram a estudar problemas como prostituição, taxa de natalidade, precocidade e

frequência das relações sexuais, incidência das práticas anticoncepcionais, celibato e proibições, etc. A sexualidade surgiu como um elemento-efeito da expansão de um poder em que a saúde e o bem-estar de cada indivíduo e da população tornam-se matérias de novas tecnologias de governo. Identificados “cientificamente” os motivos pelos quais a sexualidade é um perigo para a vida, estavam autorizadas intervenções higienistas de saúde pública sobre o conjunto da população.

O nascimento de uma medicina social (Foucault, 2001b) veio acompanhado de uma sofisticação da prática clínica, para a qual a sexualidade ganhou um papel fundamental no desenvolvimento de um poder que tem como objeto a vida. Observa-se no século XVIII, em alguns estados europeus, uma apropriação do discurso sobre o desejo sexual do campo exclusivamente moral-religioso para o campo de uma produção científica e empírica.

Foucault (2001) busca entender de que modo a sexualidade não foi somente um ponto de interdição moral para a sociedade burguesa emergente. Sua pesquisa se direciona a partir da seguinte questão: como que, a partir de uma suposta repressão, se produziram estudos, análises e discursos sobre a sexualidade nunca antes vistos? A repressão não é a faceta mais importante para se compreender a sutileza do exercício do poder, pois ela só indica a dimensão negativa do poder: poder-repressão, poder-dominação, deixando de fora o que se produziu além da repressão em si. O que Foucault evidencia é que o dispositivo de sexualidade produz uma verdade que passa a ser imposta ao sujeito, uma verdade que precisa ser acessada pela fala. Ou seja, é um dispositivo que se apoia e reintera a noção de uma sexualidade reprimida para dele extrair algo diferente do que a repressão, algo este que Foucault chama de governo das condutas. A repressão moral-religiosa é um componente para a constituição de um dispositivo da sexualidade, mas ela não totaliza e define a política sobre o corpo, sobre os prazeres e sobre a sexualidade. A repressão, ou noção de repressão

é um ponto de apoio para que uma tecnologia de governo, não repressiva, se exerça. A repressão, mais do que reprimir a sexualidade, cria a própria noção de sexualidade, que desde o seu nascedouro é produzida como algo a ser revelado, porque reprimido. Como dirá Foucault (2001): “Nós conhecemos a sexualidade desde o século XVIII e o sexo desde o século XIX. Antes disso, nós tivemos, sem dúvida nenhuma, a carne”.

O dispositivo da sexualidade induz, condiciona, produz o próprio objeto sobre o qual incidirá. A sexualidade, desde o início, é um objeto que é ao mesmo tempo sigiloso e reprimido por um lado e pronto para ser explorado e trabalhado por tecnologias da conduta por outro. Para Foucault, a sexualidade não estava dada antes dos exercícios de poder que a tornaram um problema capital. Ela é produzida enquanto um problema de fato, na medida em que se torna um fator de perigo, de descoberta, de controle e de ameaça para a população. A sexualidade enquanto tal é uma produção histórica e não um componente ou uma verdade da natureza humana que a sociedade se apropriou de tal e qual maneira. A sexualidade, nestes termos, é um objeto construído por tecnologias específicas de saber-poder, que por sua vez constituem um regime de verdade sobre o próprio sujeito. O dispositivo da sexualidade é um objeto através do qual se produzem novas tecnologias de subjetivação. Fazer genealogia nestes termos implica em uma análise dos processos de constituição de objetos de relevância política e social que possibilitam determinar como os sujeitos devem pensar, agir e sentir. Por isso trata-se de um exercício de poder insidioso, porque não se aplica de forma coercitiva diretamente sobre o homem. Ele incide sobre um objeto, no caso, a sexualidade humana. Esse objeto constituiu uma malha fina entre o poder e os sujeitos, pois ele constituiu um campo de saber e intervenção que se estende até o íntimo das relações humanas.

A necessidade de saber mais sobre a sexualidade humana foi apropriada por discursos “pseudocientíficos” que colocaram a sexualidade sob o signo da irracionalidade. A sexualidade foi definida como uma força vital tão poderosa que a condução da vida em sociedade necessitaria da proliferação de meios adequados para melhor conduzir esta força, até então misteriosa. Ao contrário de outros povos, em que a sexualidade foi objeto de uma *arte erótica*, que visava a intensificação do prazer, a moderna sociedade ocidental investiu maciçamente na construção de uma ciência sexual, enquanto tecnologia de governo.

Este novo campo de intervenção inaugurado pelo dispositivo de sexualidade só foi possível em um regime em que a vida se torna objeto de poder e, ao mesmo tempo, foi o que possibilitou que o biopoder se exercesse de forma minuciosa sobre a conduta de cada indivíduo. As análises estatísticas e demográficas sobre os comportamentos sexuais constituem uma malha fina sobre a qual se produziu uma importante modulação. As tecnologias totalizantes que se direcionam sobre o conjunto da população se sofisticam na medida em que a sexualidade passa a ser um dispositivo, um ponto de passagem para uma tecnologia que é também individualizante.

Enquanto o século XVIII é marcado pela emergência de um saber estatístico da sexualidade enquanto fenômeno de ordem populacional, o século XIX é marcado pela emergência da sexualidade enquanto campo de intervenção médico-individualizante. Para os médicos, a sexualidade passa a ser cada vez mais uma espécie de campo a ser desvelado, uma vez que ela é a chave para se entender melhor a saúde, as doenças e as características de cada indivíduo. A questão posta por Foucault (2001) era identificar como o modelo jurídico-religioso da confissão poderia ser moldado e incorporado por um discurso científico, mesmo que bastardo. A primeira exigência para essa produção de saber era a mudança do lugar da confissão. O consultório médico possibilitou que a confissão fosse

sofisticada pela técnica do exame, no qual o conhecimento científico sobre a sexualidade é obtido pela exigência e exercício da fala. Essa intensificação e adensamento da sexualidade enquanto um objeto para a ciência ocorreu a partir da separação entre uma medicina sexual e uma medicina do corpo. A sexualidade foi isolada enquanto um “instinto” que potencialmente é fonte de desvios, anomalias e patologias, mesmo que não haja nenhuma evidência corporal manifesta. O instinto sexual passa a ser entendido como um campo de suscetibilidades e a serem desveladas, mapeadas, acompanhadas e corrigidas.

O sexo é a ficção histórica que fornece o elo entre as ciências biológicas e as práticas normativas do biopoder. Ao ser categorizado como uma função essencialmente natural que podia apresentar uma disfunção, ele foi considerado um impulso que tinha que ser contido, controlado e canalizado. Sendo natural, era supostamente externo ao poder. Porém, Foucault, é exatamente a construção cultural bem sucedida do sexo como uma força biológica que permite ligá-lo as micropráticas do biopoder. (Dreufus e Rabinow, 2010, pp. 234).

O exercício do biopoder que se efetiva a partir do dispositivo da sexualidade é verificado pela ramificação e alcance desta nova produção de verdade sobre o indivíduo e sobre a espécie humana. Essa ramificação é analisada por Foucault (2001) a partir de quatro estratégias: a primeira foi observada pela histerização do corpo da mulher, onde a sexualidade comparece como algo difuso e misterioso, tornando o cuidado com o corpo da mulher e o futuro da saúde populacional unidos numa mesma produção discursiva; a segunda se deu pela pedagogização do sexo infantil através da ampla campanha de erradicação da masturbação, “condenada, desde o início ao fracasso – se o seu objetivo era, de fato, a erradicação da masturbação. Entretanto, se aquela campanha era entendida como produção de poder e não como restrição da sexualidade, nesse caso, foi um sucesso

admirável”. (Dreyfus e Rabinow, 2010, pp. 226). A terceira estratégia foi a responsabilização médica e social do casal pela saúde da população. O cuidado com a procriação e proteção contra as influências de uma sexualidade descuidada, coloca o casal aos olhos do Estado, como célula do sucesso ou fracasso de todo corpo social. A quarta e ultima estratégia é a psiquiatrização dos prazeres perversos. A sexualidade tornada fonte de explicação da perversão e de outros comportamentos humanos abre para um instigante campo de investigação. Os comportamentos em geral passam a ter a perversão sexual como fonte de explicação, em que toda uma escala de normalização e patologização é construída. “ Uma vez estabelecida cientificamente uma diagnose para a perversão, tecnologias corretivas – para o bem do indivíduo e da sociedade – podem e devem ser aplicadas.” (Dreyfus e Rabinow, 2010, pp. 227).

A sexualidade, uma vez constituída como dispositivo de produção de verdade, produziu uma apropriação da prática confessional por novas instituições disciplinares e não religiosas. Esta passagem é operada por uma difusão da prática confessional para outros meios institucionais. Essa difusão da prática confessional entendida como técnica de incitação a falar sobre o sexo se desenvolveu coetaneamente a uma preocupação com o bem-estar da população. A prática do confessionário, em que é necessário falar de si, é uma prática de subjetivação que, mais do que produzir uma verdade sobre o sexo, produz uma verdade sobre o sujeito. O projeto pastoral é, assim, ampliado por novas tecnologias que dão continuidade à produção de uma verdade sobre si a partir de um desejo (sexual) que deve ser desvelado por práticas confessionais.

A sexualidade, uma vez tornada um objeto de análise e intervenção da clínica médica, permite que as análises demográficas sejam acompanhadas de um olhar minucioso dos comportamentos individuais para a delimitação entre o normal e o patológico. A

experiência sexual individual patologizada e ao mesmo tempo tornada um problema de ordem pública constitui a passagem para a emergência da sexualidade como um dispositivo de biopoder, um poder que se exerce sobre a vida, na sua individualidade e da vida da população. O biopoder é marcado pela emergência da vida como ponto de incidência do poder, a vida do homem na dupla acepção: o homem-corpo e o homem-espécie.

A astúcia e o embaraço trazidos por estas análises implicam na exposição de um tipo de poder que é atual e que, portanto, nos implica a todos. Quem não deseja sua própria saúde e a saúde da população? Quem não deseja o bem-estar físico de sua população? As análises sobre a emergência da saúde e o bem-estar da população como campos de intervenção política devem ser entendidas não por um viés coercitivo do exercício do poder político, mas pela explicitação de uma nova arte de governar que põe o homem como objeto integrante de uma racionalidade de Estado.

O corpo individual e o conjunto da população passam a ser problemas governamentais, tendo a saúde e o bem-estar como práticas benfazejas. A tradição do pensamento que toma tanto o Estado quanto o poder como coercitivos e repressivos, encontra uma nova formulação a partir destas perspectivas de análise. Trata-se, portanto, de analisar tecnologias de governo da conduta, que não são prioritariamente repressivas, constituídas sob a égide do bem-estar e da saúde individual e da população. Somos lançados, então, a entender de que modo um poder que busca fazer o bem cria tecnologias que normatizam, delimitam os pontos, os meios e as situações em que é necessário usar a força e a imposição. O poder não pode ser visto somente pela sua dimensão coercitiva e dominadora. O biopoder, um poder sobre a sexualidade é antes de tudo um poder que “faz viver”, um poder insidioso, que conduz e normatiza na medida em que cuida e acolhe.

Porém, em que medida uma história da sexualidade nos ajuda a entender o problema das drogas? O dispositivo da sexualidade carrega uma moldura que serve em grande parte para se entender os problemas atuais sobre as drogas. Apesar das diferenças e especificidades existentes entre “drogas” e “sexo”, podemos extrair efeitos mais gerais sobre um processo de mudança do eixo de produção de saber e de tecnologias de conduta sobre os segredos do corpo e dos prazeres. O problema da interdição moral religiosa é recolocado na medida em que a medicina, assim como outras “pseudo ciências”, passam a ocupar um lugar de produção de verdade sobre os prazeres do corpo, e o que antes estava situado exclusivamente sob o signo do mal e do pecado, agora passa a estar situado também sob o signo da doença.

As práticas de confissão já não eram exclusividade da religião desde o século XVI, na medida em que foram incorporadas pela pedagogia, nas instituições de internamento e prisões e mais tarde pela medicina. Como vimos, esta última possibilitou articular a confissão às técnicas de exame. As práticas confessionais constituídas em torno do dispositivo da sexualidade instauram uma extensa rede institucional que vai da medicina à justiça e que passa a ter a função de regulação e normatização da vida, produzindo um sujeito portador de uma verdade interior.

A sexualidade é um dispositivo privilegiado para se analisar a construção de tecnologias que interpelam e intervêm sobre o desejo e o uso dos prazeres do corpo. O objeto em si (sexualidade) é um meio propício para se analisar a construção de um governo dos homens, de suas condutas, do modo como referem a si próprios, aos seus desejos e pensamentos, ou seja, de uma tecnologia de governo que incide sobre o corpo individual e sobre o corpo da população tendo o desejo como ponto de incidência destas tecnologias confessionais.

Os desejos do corpo desempenham papel central na confissão, desde a época da penitência cristã até nossos dias de hoje. A linguagem e a técnica empregadas na confissão religiosa tiveram início na Idade Média, prosseguiram durante a Reforma até a atualidade, tornando-se mais refinada de alcance cada vez maior. (Dreyfus e Rabinow, 2010, pp. 230-231).

Evidencia-se, então, que o exercício de poder que tem os homens, suas condutas, seus gestos e pensamentos como objetos de intervenção deixa de ser uma exclusividade do poder pastoral cristão. A função de conduzir os homens de forma minuciosa ao longo de toda sua existência passa a ser uma tecnologia de governo político estatizado e não mais de um governo pastoral. Enquanto o tema do prazer era problematizado pela igreja a partir da categoria geral da carne, o biopoder tornou o tema do prazer um campo de investigação científica a partir da categorial geral da sexualidade. O poder pastoral fundou as bases morais e as tecnologias de produção de verdade sobre si. O sujeito moral fundado pela pastoral cristã não desaparece, mas é incrementado, modificado por novas tecnologias do eu, em que “a multiplicação dos objetivos e agentes do poder pastoral enfocava o desenvolvimento do conhecimento sobre o homem em torno de dois polos: um globalizador e quantitativo, concernente à população; o outro analítico, concernente ao indivíduo. (Foucault, 2010, pp. 282).

A salvação, que era alcançada após a morte, passa a ser gradativamente ocupada pelas promessas do aqui e agora: bem-estar, saúde e segurança passam a ser as novas modalidades de salvação ainda em vida. (Foucault, 2010b pp. 281). De modo geral é a noção de segurança que vai aos poucos ocupando o lugar da salvação.

2.4) Biopoder e a emergência do dispositivo “drogas”

No traçado histórico que vimos fazendo até então com a problematização das ciências da sexualidade, podemos acompanhar uma produção de verdade sobre o corpo e uma produção dos meios de intervir e de modificar condutas. É no contexto dessa espécie de “esquadro pré-moldado” que a política proibicionista de drogas vai ser elaborada, tanto pelos dispositivos da sexualidade quanto pelos dispositivos da delinquência de tal modo que os usuários de drogas se encontram entre o delinquente, o louco e o perverso sexual. O usuário de drogas é, assim, um campo de investigação sobre a conexão entre prazer e razão, campo que ainda haveria de ser adensado, investigado e constituído.

As drogas como geradoras de um prazer que enlouquece ou geradoras de uma loucura prazerosa seriam, ao longo do século XX, tomadas como uma categoria não só patológica, como ilegal. Os dispositivos disciplinares: a prisão para o delinquente, o hospício para o louco, e as ciências da sexualidade não visavam diretamente os usuários de drogas. Seria necessário ainda que o tema das drogas fosse construído enquanto um problema de ordem política, econômica e social. Assim, a construção das drogas como um problema que permitiu a junção entre estas duas séries (prazer e delinquência) começou agenciada ao nascimento da biopolítica, por volta do século XVIII.

Desde de antiguidade, a bebedeira de alguns é um comportamento reprovado por seus contemporâneos. Mas só no século 18 é que, pela primeira vez, um país identifica o consumo exagerado de álcool como um problema generalizado, com desdobramentos para a saúde pública. O fenômeno aconteceu da Inglaterra, na mesma época em que a Companhia das Índias começava a traficar ópio para a China, e ficou conhecido como a epidemia do gim. (Araujo⁵, 2012, pp. 55).

⁵ Embora não seja um trabalho acadêmico, *Almanaque das Drogas* é um importante e rigoroso trabalho de pesquisa baseado tanto em textos acadêmicos quanto em matérias jornalísticas. Dentro de uma linguagem

Parece óbvio que o fenômeno da “bebedeira” tenha se tornado problema para a saúde pública neste contexto, pois foi nele que a saúde pública surgiu como uma modalidade de intervenção estatal. O que é menos óbvio é que a saúde pública, entendida como campo exclusivamente médico-epidemiológico, era uma matriz explicativa dos comportamentos e hábitos de vida. É neste âmbito que o problema da bebedeira passa pelo crivo do saber médico se tornando gradativamente uma doença.

O processo de disseminação do consumo de bebidas alcoólicas é acompanhado, a partir de então, por uma disseminação do discurso médico como campo de produção de verdade sobre a relação entre o indivíduo e o álcool e outras drogas. A saúde pública é definida, neste momento da história, como um campo majoritariamente de intervenções sobre o corpo da população a partir de um empreendimento maciço de patologização do *socius* e da *polis*. A “bebedeira” (na Inglaterra) ou mesmo o uso do ópio (na China) como problemas generalizados, ambos no século XVIII, serviram como ponto de construção de uma política de medicalização dos problemas sociais e de avanço para medidas bélicas.

Esse fenômeno ganha uma maior expressão nos Estados Unidos ao longo do século XIX, quando movimentos de organizações religiosas atreladas ao discurso médico começam a ganhar forte expressão política. Diversas associações antiálcool se formam e investem em ações diretas em bares numa cruzada civil-religiosa. Embora as associações religiosas “antibebidas” fundassem seu discurso no combate ao mal e as iniciativas médicas atrelassem o fenômeno ao discurso da doença, ambos os movimentos apontavam desde esta época para a estratégia de internação compulsória em instituições asilares. (Escohotado,

simples e didática Araújo abordou diversos aspectos da temática “drogas” sendo uma referência para o público em geral e para pesquisadores.

2005 e Araujo, 2012). Trata-se, portanto, de um movimento emergente não estatal que foi sendo mobilizado a partir de iniciativas locais da sociedade civil americana e que aos poucos foi se estatizando.

Num regime em que a saúde da população ganha relevância política, não tardou para que médicos passassem a compor os quadros da administração pública. Um exemplo deste movimento foi o americano Benjamin Rush que, além de ser um dos pioneiros da teoria do alcoolismo como doença, era presbiteriano e fundador da Sociedade Bíblica da Filadélfia. (Escohotado, 2005). Esse misto de medicina, protestantismo e direito penal compuseram a rede de saber que dariam maior legitimidade para que ações no campo legislativo fossem atreladas a intervenções autoritárias e higienistas. Em 1855 leis que proibiam o consumo e venda de álcool eram adotadas por 13 estados norte-americanos, com previsão de prisão e multa para os infratores. (Araujo, 2012).

Apesar das iniciativas proibicionistas terem iniciado no século XVIII e avançado no século XIX, principalmente no interior da sociedade americana, foi ao longo do século XX que se deu a construção das drogas como um problema de interesse diplomático e militar. As drogas foram aos poucos substituindo a sexualidade como figura central de ameaça, perigo e risco de degenerescência tanto do corpo individual quanto do corpo populacional. Inseridas desde o mercantilismo em redes internacionais de comércio, possibilitaram que as teorias do desejo como campo de investigação sobre a verdade do sujeito e as ciências da população fossem elevadas ao nível de um problema geopolítico de escala global. O processo político de medicalização e criminalização dos usuários de drogas, ancorado numa moral religiosa, ampliou as redes de biopoder enquanto signo explícito de guerra, resguardando outros interesses menos explícitos.

No campo da macropolítica internacional este movimento pode ser verificado a partir da emergência dos Estados Unidos como potência econômica mundial. O desenvolvimento da política de drogas norte-americana permite ser avaliado no contexto geral do desenvolvimento da política econômica neoliberal. Sob esta ótica é possível evidenciar como o modelo neoliberal associou um discurso de não intervenção estatal sobre o mercado com intensificação da intervenção estatal sobre as condutas e hábitos dos indivíduos.

A mudança de eixo da análise que definimos fazer passa pela sustentação de nossas hipóteses em uma teoria que não se reduz às práticas estatais e sua dimensão repressiva (repressão às drogas), mas afirma a governamentalidade das drogas. Isso implica em situar a política proibicionista como uma vertente que compõe os interesses e objetivos estratégicos do Estado norte-americano e não a única. Ao buscar inserir a política de guerra às drogas em uma política mais ampla de construção da política econômica norte-americana, poderemos verificar que a dimensão repressiva compõe uma faceta do governo das drogas.

As proposições sobre biopoder permitem entender como as drogas puderam se constituir como um objeto de interesse político: geopolítico (de segurança interna e segurança externa), político-econômico (de mercado) e social (políticas sociais). É sobre o tema da vida que uma política global de drogas pode se apoiar, estender suas redes de controle e expandir as tecnologias de poder. O século XX pode ser narrado pelo processo de intensificação do poder Estatal sobre as drogas. Sob a bandeira de erradicação das drogas, a humanidade vivenciou a um só tempo o fortalecimento de uma extensa rede de repressão e uma intensificação do mercado de drogas, ambos nunca antes vistos na história.

Essa história pode ser dividida entre um período anterior e outro posterior à Segunda Grande Guerra. No campo da geopolítica internacional este movimento pode ser acompanhado pela crescente influência dos Estados Unidos no cenário internacional enquanto uma potência econômica, diplomática e militar. O ponto de partida de um empreendimento geopolítico proibicionista ocorreu em 1902, a partir de uma guerra contra a Espanha em que os norte-americanos conquistaram as Filipinas, local de uso habitual de ópio pela população local. Em 1909 os EUA organizaram a Comissão Internacional do Ópio em Xangai, na qual o eixo “guerra pela comercialização do ópio” seria substituído gradativamente pelo eixo “guerra contra o ópio”. O segundo encontro dessa comissão, em Haia (Holanda), em 1911, indicava as intenções de internacionalização da política proibicionista, ampliando o leque de substâncias a serem combatidas. Na convenção de Genebra (1936) período entre guerras, em que os EUA já figuravam como potência mundial, a penalização do uso e do comércio de drogas significou um divisor de águas e fundou as bases legais a serem intensificadas pela ONU do pós-guerra até os dias de hoje.

A cruzada americana antidrogas iniciada a partir das Conferências do Ópio aponta para uma das dimensões do *modus operandi* da política antidrogas. Mas dificilmente essa guerra diplomática teria se transformado num interesse político de Estado se suas bases fossem somente morais e religiosas. A produção da papoula e a comercialização do ópio foram monopólio da Índia do século XVI ao século XVIII. Com a conquista da Índia pela Inglaterra, a Companhia Inglesa das Índias Orientais, passa a ter como principal produto o ópio comercializado para a China. As duas tentativas frustradas do governo chinês em proibir a comercialização do ópio deram origem às duas Guerras do Ópio (no final do século XIX) que resultaram no domínio inglês sobre o porto de Hong Kong e a liberação da importação do ópio. (Eschotado, 2005, Labrousse, 2010, Araújo, 2012).

A política de criminalização do ópio foi uma das importantes estratégias que os EUA utilizaram para enfraquecer o forte domínio econômico que a Inglaterra exercia sobre o Oriente e ampliar sua base de influência. (Labrousse, 2010). Não se trata de concluir que o discurso moral e racista encobria os verdadeiros interesses econômicos da política antidrogas, mas de dizer que estes interesses, igualmente vitais para o fortalecimento da política neoliberal norte-americana, se agenciaram, se apoiaram e se fortaleceram mutuamente. Os interesses morais-repressivos não são menos reais do que os interesses econômicos e diplomáticos. Ambos são vitais para a construção de uma geopolítica das drogas e trazem de forma muito evidente o quanto uma política econômica de *laissez-faire* pode combinar e se fortalecer com uma política intervencionista e repressiva quando o interesse em questão é a organização social.

O que observamos ao longo do século XX foi que a base de sustentação biopolítica proibicionista serviu como uma matriz potencial para a construção de diferentes estratégias de intervenção que aliam poder de repressão com interesses econômicos diversos. A política de criminalização das drogas é um capítulo de um processo mundial de legislação internacional que, mais do que legislar valores morais mundialmente válidos, foi um processo de organização do mercado.

Tomemos, por exemplo, a história do direito marítimo no século XVIII, a maneira como, em torno de direito internacional, procurou-se pensar o mundo, ou pelo menos o mar, como espaço de livre concorrência, de livre circulação marítima e, por conseguinte, como uma das condições necessárias para a organização do mercado mundial. (...) Digamos que houve uma juridicação do mundo que deve ser pensada em termos de uma organização de um mercado. (Foucault, 2008, pp. 77)

O que deve ser lícito e ilícito dentro do jogo internacional deve-se a interesses de mercado. Mas como poderia num mundo definido pela lógica da livre circulação, as drogas, que eram um mercado em expansão, serem criminalizadas? Só na medida em que as drogas pudessem servir de modelo de ameaça à espécie humana.

As primeiras iniciativas antidrogas de interesse internacional foram capitaneadas pelo bispo e advogado Charles Brent após sua chegada na Filipinas. Tido como um dos principais articuladores da Comissão Internacional do Ópio, se vê em seu discurso oficial a articulação entre moral religiosa e racismo, verificado na carta enviada ao presidente Roosevelt em que condenava um “governo cúmplice da busca de ópio por raças degeneradas”. (Escotado, 2005 e Araujo 2012). O problema geral do racismo e das raças degeneradas foi o alicerce biopolítico que sustentou a associação entre drogas e ameaça à espécie humana. O Estado Moderno não inventou o racismo, mas seu uso dentro do regime biopolítico ganhou contornos inovadores. A associação entre hábito cultural (de “raças inferiores”) e ameaça geral à vida foi a matriz discursiva para que diversas tecnologias de poder fossem agregando volume e adensando uma verdade sobre as drogas. Numa sociedade em que a vida é objeto de intervenção política, o direito à morte e à restrição da vida só pode ser atribuído a alguma coisa que ameaça a própria vida, a vida da espécie humana. A noção de raça estabelece um corte no contínuo biológico da espécie humana, uma diferenciação que se hierarquiza entre as raças inferiores e as raças superiores, entre as raças que devem viver e as raças que devem morrer. “Isso vai permitir ao poder tratar uma população como uma mistura de raças ou, mais exatamente, tratar a espécie, subdividir a espécie de que ele se incumbiu em subgrupos que serão, precisamente, as raças” (Foucault, 2005, pp. 395).

Ao subdividir a espécie em raças, a teoria da degenerescência complementa a matriz teórica para se classificar as raças inferiores. Segundo esta teoria, elaborada pelos alienistas para se classificar o fenômeno da loucura, as doenças eram transmitidas hereditariamente de gerações em gerações e isso serviu de base para diversas práticas eugênicas. A junção entre a noção de raças com a teoria da degenerescência resultou na fórmula proferida pelo então bispo missioneiro da cruzada internacional antidrogas: as “raças degeneradas” que utilizam o ópio podem contaminar a população branca que veio colonizar a Ásia. O papel do bispo e advogado norte-americano Charles Brent foi o de ser um dos precursores da junção entre o discurso racista e o fenômeno das drogas e se tornou uma fórmula mundialmente cambiável e eficiente. Foi necessário somente que o fenômeno das drogas fosse estrategicamente atrelado aos hábitos de determinados grupos populacionais conforme os interesses políticos e econômicos de dominação. Como veremos, esse mesmo eixo discursivo vem sendo utilizado atualmente para caracterizar o fenômeno do crack como algo proveniente do submundo que invade e ameaça as famílias das classes médias.

Vocês compreendem, em consequência, a importância – eu ia dizer a importância vital – do racismo no exercício de um poder assim: é a condição para que se possa exercer o direito de matar. Se o poder de normalização quer exercer o velho direito soberano de matar, ele tem que passar pelo racismo. E se, inversamente, um poder de soberania, ou seja, um poder que tem direito de vida e de morte, quer funcionar com os instrumentos, com os mecanismos, com as tecnologias de normalização, ele tem que passar pelo racismo. É claro, por tirar a vida, não entendo simplesmente o assassinio direto, mas também tudo o que pode ser assassinio indireto: o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente a morte política, a expulsão, a rejeição, etc. (Foucault, 2005, pp. 306)

Na sociedade americana, a criminalização da maconha, da cocaína e do ópio ganhou forte apelo social a partir da associação entre estas drogas e os mexicanos, os negros e os

chineses respectivamente. O proibicionismo aliou interesses geopolíticos globais com o aumento das possibilidades de intervenção na vida das populações. As drogas se tornaram um novo eixo de normalização, de esquadramento, de subdivisões que permite estabelecer distinções estratégicas sobre o conjunto da população. Os dispositivos de poder analisados por Foucault permitiram que as teorias de lutas de classe fossem sofisticadas, evidenciando que os problemas sociais gerados pelo capitalismo eram perpassados por tecnologias de normalização. A partir do eixo da normalização podemos evidenciar como a população não se encontra subdividida pura e simplesmente entre classes. Os micropoderes criam subdivisões mais específicas que não respeitam de forma absoluta as divisões de classe, podendo ora apoiar e reforçá-las, ora ultrapassá-las e inserir um novo contínuo para o exercício do poder. No caso das drogas observamos esse processo micropolítico no processo de criminalização que surge a partir de movimentos civil-religiosos organizados. Ao mesmo tempo, ao se apoiar sobre o racismo, essa normalização não deixa de reforçar as iniquidades entre classe sociais, já que negros e imigrantes passam a ser o alvo predileto desta estratégia discursiva.

A política interna de drogas norte-americana serviu de modelo para todo mundo, e se fundou no mesmo discurso que a política externa: segurança. Seguranças internas e externas passaram a compor campos indiscerníveis e contínuos, em que a soberania entre povos se exerce dentro, fora e principalmente nas fronteiras entre Estados Nacionais. Imigração, xenofobia, racismo, desigualdades sociais são atravessadas pelo signo das drogas como um vetor que legitima a guerra, o autoritarismo e as práticas de extermínio e exclusão. A construção da noção de segurança interna, ao se direcionar para as drogas, amplia as forças de repressão sobre o eixo raça-pobreza e ao mesmo tempo não se limita ao recorte de classes. Políticas de extermínio passam a ser legitimadas sob o novo e crescente

dispositivo “drogas” em que a morte passa a ser justificada em nome da vida. No cenário internacional, as drogas e posteriormente o terrorismo, passaram gradativamente a substituir o comunismo como figura ideológica de ameaça à democracia mundial. (Batista, 2001; Negri e Cocco, 2005). A emergência da política global de “guerra às drogas”, liderada pelos EUA, ampliou e fortaleceu a economia bélica, fomentando práticas totalitárias em diferentes pontos do planeta, criando no cerne da biopolítica, políticas de extermínio.

Como bem nos atenta Foucault (2005), a morte nestes termos não significa assassinio, mas a construção de estados de morte em vida, situações de privação total de liberdade, situação de exclusão, situações de exposição à morte: seja exposição ao fogo cruzado entre traficantes e policiais, seja a imposição de situações de reclusão e internação compulsória. Em todos os casos é o momento em que a população, objeto privilegiado de governo, se encontra com a soberania e o despotismo estatal exercido em nome da vida e bem-estar da própria população.

A opção de tentar resolver os problemas sociais a partir de práticas bélicas tornou a guerra às drogas uma guerra interminável, tanto enquanto política de segurança interna, quanto de segurança externa. (Negri e Hardt, 2005). Mesmo que o discurso que constitua uma especificidade sobre o usuário seja médico, numa tendência atual de dividir usuários e traficantes, as práticas voltadas para parcela dos usuários de drogas continuam a ser repressivas e associadas à ação policial, principalmente no Brasil.

As estratégias de intervenção ou não-intervenção se apoiam em regimes de verdade. Assim, a política das drogas e os interesses econômicos que a movimentam devem estar inseridos num regime de verdade. A medicina, o direito penal e o cristianismo são campos de produção de verdade que têm forte validade num regime em que a proteção da

vida é um objetivo essencial. Logo, a regulação dos indivíduos dentro de um regime que prega as liberdades individuais teve que se fazer a partir das noções de perigo e segurança.

Com isso embora esse liberalismo não seja tanto o imperativo da liberdade, mas a gestão e a organização das condições graças às quais podemos ser livres, vocês veem que se instaura, no cerne dessa prática liberal, uma relação problemática, sempre diferente, sempre móvel, entre a produção da liberdade e aquilo que, produzindo-a, pode vir a limitá-la e a destruí-la. (...) É necessário produzir a liberdade, mas esse gesto mesmo implica que, de outro lado, se estabeleçam limitações, controles, coerções, obrigações, apoiadas em ameaças, etc. (Foucault, 2008, pp. 87).

Um sistema que se alimenta da produção de liberdades individuais deve vir sempre acompanhado de estratégias de controle que se exercem a partir da pergunta: o que põe em perigo o interesse ou a liberdade de cada um e de um coletivo? Fazer a gestão da liberdade, em outros termos é fazer a gestão dos perigos, gestão dos meios de produzi-los, de preveni-los e de exterminá-los. Em nome da segurança, a partir dos perigos politicamente construídos, a liberdade poderá ser limitada, controlada e abolida. As drogas permitem ampliar as bases de um poder biopolítico e servir aos interesses de uma lógica liberal: “degeneração do indivíduo, da família, da raça, da espécie humana. Enfim, por toda parte vocês vêm este incentivo ao medo do perigo que é de certo modo a condição, o correlato psicológico e cultural do liberalismo. Não há liberalismo sem a cultura do perigo.” (Foucault, 2008, pp. 91) A arte liberal de governar faz das drogas um manancial infindável de exploração de verdades sobre perigo e ameaça: do indivíduo com ele mesmo, de um indivíduo com outro e de um coletivo com o indivíduo. A expansão das redes de controle e coerção, dentro da qual as drogas ocupam um lugar estratégico, vão ser a contrapartida e o contrapeso das liberdades.

Dentro deste eixo político-estratégico das artes de governar a população se vê enredada e tomada por reflexões que giram em torno do eixo moral-saúde como ponto para se avaliar os perigos que os usuários de drogas representam para a sociedade, enquanto outros interesses passam despercebidos. Essa cena atravessou todo o século XX e desembocou no século XXI através da eterna reedição de figuras monstruosas e socialmente perigosas. Enquanto no início do século XX vimos o discurso moralista recobrir os interesses econômicos em torno da proibição do comércio oriental do ópio, no contexto atual brasileiro assistimos às crescentes intervenções nas cracolândias que atualizam esse *mix* de ampliação de um poder repressivo aliado a interesses econômicos.

Segundo Teles (2012) a região da cracolândia no centro de São Paulo, que sofreu intervenção policial no início de 2012, havia sido escolhida pela Prefeitura para a realização do projeto “Nova Luz”. “Em tal projeto higienista, a Prefeitura pretende vender ao sistema privado o direito sobre a desapropriação no bairro, além de sobre o estabelecimento de prioridades nesse processo, sempre de acordo com interesses particulares, em detrimento do bem público.” (pp. 78).

A especulação imobiliária, em marcha acelerada no Brasil, coloca o espaço urbano sobre uma nova perspectiva econômica. Centros urbanos, principalmente Rio de Janeiro e São Paulo, muito embora não seja uma novidade dos dias de hoje, se tornam foco de intervenção policial sobre os que eram outrora indigentes vítimas da miséria: os craqueiros, causadores da desordem e da pecha social.

2.5) Individualização do fracasso: da abstinência à recaída

A abstinência traz junto a idéia da recaída: o sujeito recaiu e tem que recomeçar do zero. Quando um usuário recai começam os questionamentos: o que será que esse cara está vendo fazer aqui? não está sendo bem atendido? a gente não está conseguindo ajudá-lo? Essa expectativa, de que encaminhando para um serviço especializado o sujeito nunca mais vai usar droga, vem também da rede de saúde. Aí vale qualquer recurso, desde ir para o Caps todo dia, tomar remédio, ser internado, o que importa é o cara não usar mais a droga. Isso é o mais difícil, a idéia de cura, a idéia de que tem que se retirar a droga. (narrativa GF trabalhadores CAPS AD)

Atualmente há um movimento de denúncia e análises do fracasso da guerra às drogas. Autoridades como Bill Clinton e Fernando Henrique Cardoso⁶, dentre outros, avaliam que a guerra às drogas não alcançou seu objetivo inicial e que por isso é preciso revê-la. A que outros objetivos, que não o fim das drogas, a política de guerra às drogas se destina? Como vimos, a finalidade da guerra às drogas não era simplesmente o extermínio do consumo e da produção de drogas no planeta. Como uma estratégia inviável de saída se fortaleceu e ganhou mais consistência na justa medida em que seus objetivos expressos fracassavam?

Apontar as contradições dessa guerra não é nada mais do que identificar um estado de coisas, não podendo ser o fim de uma análise crítica, sobretudo numa modalidade de governo em que contradição não é sinônimo de fraqueza, nem mesmo de fracasso. Não se trata de abordar a história a partir dos erros e contradições, mas de buscar identificar que regimes de verdade dão sustentação às falhas e às contradições. É nesse sentido, que, como já dissemos anteriormente, Foucault (2008) propõe substituir a lógica da dialética pela da estratégia. A lógica da dialética é uma lógica que põe os termos contraditórios para definir

⁶ Este movimento fica bem descrito no filme “Quebrando Tabu: um filme que busca soluções para o fracasso da guerra as drogas” Direção: Fernando Gronstein Andrades. Spray Filmes. 2010

uma solução unificadora, que supera as contradições e formam uma unidade. A lógica das estratégias é uma lógica que permite analisar os meios pelos quais termos heterogêneos são conectados e que mesmo conectados não deixarão de ser díspares entre si. “A lógica da estratégia é a lógica da conexão do heterogêneo e não a lógica da homogeneização do contraditório.” (pp. 58).

Como também vimos, o racismo e a teoria da degenerescência foram as bases conceituais para que a medicina impusesse desde o século XVIII a internação compulsória como meio para tratamento. Apesar de séculos de ineficiência e fracasso, a proposta de internação compulsória continua a ressurgir nos corredores que ligam o poder legislativo ao poder executivo, inclusive na atual cena da política brasileira. Por um lado isso torna evidente que é em nome da vida que o Estado revigora o poder soberano de sequestro e morte de parcelas específicas da população. Por outro lado isso permite avançar no entendimento da função estratégia que a norma geral da abstinência cumpre para a biopolítica das drogas.

Se novamente a internação compulsória nos conduz para uma estratégia que fracassa em seus objetivos, precisamos entender sua função estratégica para além dos interesses explícitos. Se uma estratégia fracassa há séculos e ainda mantém um valor de uso para a sociedade é porque cumpre uma função que se ajusta e se potencializa no próprio fracasso.

Teremos que identificar como as falhas, as contradições e as fissuras são os meios pelos quais se governa. Dito de outra forma, será preciso apresentar estas falhas não como ponto fraco do atual sistema de governo das condutas, mas como o ponto forte, o meio pelo qual o governo dos homens aumenta o poder de definir condutas e normalizar a vida.

Quando Foucault (1977), por exemplo, extrai da suposta falha das prisões não uma análise da sua função específica, mas uma análise da sua posição estratégica dentro de um regime de poder, ele extrapola uma análise das falhas e das contradições como dados finais, tomando-a como meios para buscar outras finalidades que se operacionalizam além do discurso criminológico, ou seja, além do “cientificamente” dito. Numa análise sobre o regime disciplinar, Dreyfus e Rabinow (2010) trazem a seguinte análise do pensamento foucaultiano a respeito do fracasso das prisões:

A questão não é: porque as prisões fracassaram? Ao contrário, a que outros objetivos serviram seu fracasso, que talvez não seja um fracasso? A resposta de Foucault é direta: “Seria necessário então supor que a prisão e, de um modo geral, sem dúvida os castigos, não fossem destinados a suprimir as infrações, mas, antes, a distingui-las, distribuí-las, utiliza-las; que eles visem não tanto a tornar dóceis aqueles que estão prontos para transgredir as leis, mas que tendam a organizar as transgressões às leis em uma tática geral das sujeições.”⁷ As penitenciárias, e talvez todo poder normalizador funcionaram onde eram apenas parcialmente bem sucedidos. (pp. 256-257).

Mesmo que somente 2% das pessoas que se internam continuem abstinentes após este processo, continuam havendo propostas de internação compulsória para usuários de drogas.⁸ Para que esse processo seja eficiente em seu poder discursivo de produção de subjetividade, esta maquinaria do fracasso precisa se apoiar na gravidade do caso para o qual a noção de *recaída* cumpre um papel fundamental. A recaída comparece como medida não do fracasso da instituição, mas como medida da fraqueza individual e gravidade da doença, reforçando a necessidade de um exercício de poder que exclui a opção, opinião e desejo do sujeito doente. O que seria a recaída? Ao ser individualizada e tomada como

⁷ Foucault, M. Vigiar e Punir, apud Dreyfus e Rabinow

⁸ www.cfp.org.br. Acessado em julho de 2012. Vídeo sobre internação compulsória.

índice de gravidade da doença, a recaída ganha estatuto de uma verdade sobre a natureza deste indivíduo. A recaída só se coloca num sistema de signos e valores governados pela lógica de que o objetivo final desta estratégia é a vida livre de drogas.

Por que o retorno ao uso de drogas após um período de abstinência tem que ser significado como uma queda? Não poderia este movimento ser significado como um retorno? A noção de queda tem, assim como a noção de abstinência, um fundamento religioso. Recair é, antes de tudo, uma queda da alma que se deixou levar pelas tentações pecaminosas. Quando a saúde adota estes termos como signos que dão sentido às suas práticas, entre as instituições de saúde e as instituições religiosas passa a haver uma contiguidade. A composição de uma rede pastoral-médica conecta uma infinidade de termos heterogêneos que definem uma rede de governamentalidade da população. A recaída se torna o próprio motor de um círculo vicioso, de um sistema que se alimenta da falha na medida em que individualiza. A dependência química, como doença crônica incurável, recoloca nas mãos da medicina o poder de dependência infindável, antes realizada pelo poder pastoral religioso. Ao definir um diagnóstico que retira do sujeito o poder de decisão sobre si, a medicina define uma linha de conexão com a segurança e com o poder de polícia: a abstinência deve continuar a ser uma busca, mesmo que para isso se use a força. Se do ponto de vista de efetivação da cura a internação compulsória é um fracasso, do ponto de vista do esquadramento e da normalização do *socius* esta medida continua a ser potente, servindo como regime de visibilidade e dizibilidade sobre as experiências com as drogas.

Numa sociedade que produziu as drogas como figura de ameaça da segurança individual e das famílias, o fracasso da medida repressiva será apenas índice de que esta repressão não está sendo suficientemente repressiva. O fracasso não gera um recuo da

medida adotada, mas sim uma intensificação da mesma. A abstinência tem sua sustentação não na sua efetividade, mas no seu poder simbólico do ideal de uma sociedade livre desta ameaça. A internação compulsória, sendo um *mix* de punição e medida de tratamento, mantém provisoriamente este ideal. A recaída é um ponto fundamental deste circuito que se fortalece na medida em que fracassa. É sob o signo da doença, e de sua gravidade que o fracasso será creditado, sendo a recaída uma manobra de individualização do fracasso. Passa-se a pensar em adequação do sistema de exclusão, seu aperfeiçoamento, sua sofisticação para que um dia este estado seja permanente para um conjunto maior da população internada. Abstinência como meta, dependente químico como diagnóstico e internação compulsória como medida são acionados como um círculo vicioso que individualiza o fracasso e ao mesmo tempo possibilita uma intervenção de corte populacional.

É preciso então identificar em que medida as contradições e os fracassos indicam estratégias de composição entre elementos heterogêneos. Só assim poderemos identificar em que tipo de projeto global a saúde é inserida, e em que medida ela pode ser uma alternativa ou um reforço da lógica de controle das condutas. Esse tipo de análise já vem sendo bem consolidado como um consenso no campo das investigações acadêmicas. Esse tipo de análise normalmente aponta para a função geopolítica que a criminalização das drogas exerceu para além do objeto drogas em si. O fracasso como ponto de fortalecimento de um Estado repressor vem sendo uma análise emergente no campo das pesquisas sobre políticas de drogas e críticas à política global de guerra às drogas (Labrousse, 2010, Rodrigues, 2008). Entretanto, na maioria dessas teses, a função do fracasso da guerra às drogas é entendida como uma função que gera mais repressão e aumento do poderio bélico,

tanto para reprimir territórios de pobreza quanto para intervenção bélicas de países ditos consumidores sobre países ditos produtores.

No campo da saúde a abstinência e a internação compulsória evidenciam esta estratégia disciplinar que se apoia no fracasso. Mas no campo mais amplo da política repressiva devemos atentar para o fato de que as *críticas do fracasso* não fazem mais do que supor que há em curso uma repressão generalizada às drogas. São análises que ainda se baseiam numa teoria repressiva, deixando de lado toda uma complexidade que tange a dimensão produtiva do poder em que a repressão cumpre um papel específico e não geral. Seria mesmo a política de drogas igualmente repressiva para todo o conjunto da sociedade?

Longe de discordar dessas análises, a questão que apontamos é a da necessidade de explorar a complexidade em que se inserem, não esgotando a análise baseados em uma teoria unicamente repressiva. Assim, outras questões se produzem: o que explicaria o aumento do mercado mundial das drogas apesar de um estado repressor? A relação entre Estado e tráfico de drogas seria mesmo somente da ordem da repressão?

A teoria do Estado repressor não explica como o aumento da repressão ocorreu lado a lado com o aumento do poder da rede internacional de tráfico de drogas. Seria correto situar a razão desta estranha coincidência fora da construção histórica de uma lógica neoliberal de governo? Teríamos que buscar esta explicação fora de uma produção estatal? Ou teríamos que buscar o ponto de encontro entre Estado e tráfico de drogas agenciado pela *guerra às drogas*?

Teremos que analisar se *a guerra* se tornou uma estratégias de eliminação ou de construção de um certo modo de produzir o tráfico. Ao fazer essa análise vemos que tornar ilícito nunca foi uma maneira de eliminar o mercado de drogas, mas uma maneira de definir

por quais vias este mercado seria estabelecido, e a partir daí que estratégias, que políticas, que mecanismos seriam geridos.

2.6) Para além de uma teoria repressiva: neoliberalismo e o mercado de drogas

Para Foucault (2010) o Estado é na maioria das vezes analisado como um tipo de poder político que desconsidera os indivíduos, se interessando apenas com a totalidade, com os processos macropolíticos. Ao analisar o governo das condutas (de cada homem e da população) como objetos de interesse político, Foucault permite eliminar uma suposta separação entre a macro e a micropolítica. A pesquisa sobre as artes de governar a vida dos homens nos insere a um só tempo em uma análise micropolítica, ou seja, uma análise da produção de subjetividade, e em uma análise macropolítica, ou seja, da institucionalização e estruturação de mecanismos sociais e econômicos de governo.

Nesta perspectiva, caminhamos desde uma arte de governo pastoral até uma arte de governo neoliberal como duas pontas extremas da governamentalidade do Estado. De um lado temos o prelúdio de uma arte de governar e de outro temos o apogeu de um Estado governamentalizado. Os estudos sobre as artes de governar não incidem diretamente sobre o Estado enquanto uma unidade com organizações internas, mas sobre práticas de governo que influenciam e no limite determinam o modo de funcionamento das políticas de Estado. Essas práticas apontam para processos políticos que não têm o Estado como centro de decisão, mas diferentes racionalidades e estratégias de governo que definem a cada tempo o que é da ordem do público e o que é da ordem do privado, o que deve ser estatizado e o que não deve, o que é objeto de interesse político e o que não é, por quais meios uma parcela da população deve ser excluída e outra deve ser incluída, por quais meios se deve utilizar a força e por quais outros se deve garantir as liberdades individuais.

Apesar de abordarmos o tema do Estado, o estamos fazendo senão de uma forma periférica. O objetivo desta pesquisa não é fazer uma análise das teorias do Estado. O objeto que estamos abordando não seria tanto o Estado, mas as práticas de governo que se estatizam. Segundo Foucault (2008, 2009) a natureza do Estado muda em função das práticas de governo e das racionalidades que as determinam. Estas práticas e racionalidades de governo constituem um campo difuso denominado por Foucault (2008, 2009) de artes de governar ou governamentalidade.

Um estudo da governamentalidade das drogas não deve, portanto, se reduzir às práticas que emanam do Estado, como centro de decisão política. Uma teoria repressiva se concentra e se limita a uma análise dos aparelhos repressivos do Estado. E quando muito, avança para uma compreensão de que estes aparelhos estão a serviço de interesses que não têm por finalidade a eliminação das drogas em si, mas a ampliação do poder repressivo. O proibicionismo é, sem dúvida, uma decisão política que se precipita no interior do Estado, mas esta decisão não é produzida no interior do Estado e nem mesmo esgota ou determina o campo de práticas que compõe uma governamentalidade das drogas.

Um estudo da governamentalidade das drogas exige, também, entendermos por quais meios o Estado é governamentalizado, ou seja, por quais meios o Estado é gerido e limitado. Um estudo sobre a governamentalidade das drogas deve abarcar por um lado o conjunto de medidas repressoras e as racionalidades que sustentam estas medidas e por outro as tecnologias que limitam o poder soberano de repressão. Os limites do poder de repressão do Estado sobre o mercado de drogas devem ser entendidos a partir dos limites que o mercado impôs ao Estado a partir de uma arte de governar neoliberal. Uma governamentalidade das drogas deve se apoiar sobre o eixo Estado-mercado para entender em que momentos e sob quais condições a relação entre Estado e tráfico de drogas delimita

um campo de repressão e em que momentos e sob quais condições essa mesma relação delimita um campo de composição. No limite queremos mostrar que uma arte de governar neoliberal demarcou os limites da repressão. Por outro lado queremos verificar de que modo uma arte de governar neoliberal produziu um forte agenciamento entre drogas e vida. É sob esta ótica que devemos apreender e entender como é possível que repressão e mercado se intensifiquem mutuamente.

Um dos efeitos de se limitar a análise dos aparelhos repressivos do Estado é apreender os fenômenos do tráfico de drogas como algo exterior ao Estado. A impressão de exterioridade se explica pelo fato de que o neoliberalismo se caracteriza, dentre outras coisas, pela emergência de um novo campo de saber, a economia política, que demarca uma posição de exterioridade do mercado em relação ao próprio Estado. Mas essa é uma falsa impressão.

Segundo Foucault (2008), nos séculos XVI e XVII os emergentes Estados Nação tinham como objeto de intervenção as relações comerciais e o mercado a fim de assegurar o preço justo, a ausência de fraude e a qualidade da mercadoria. O objetivo neste caso era fundar o próprio Estado Moderno enquanto unidade legítima do poder soberano. No século XVIII o mercado se põe em relação ao Estado como um processo autônomo sobre o qual o Estado deve intervir o mínimo possível. A função do Estado será observar e aprender como se governa a partir das evidências que o mercado oferta. Para isso é necessário deixá-lo agir naturalmente segundo suas regras e normas próprias. Nesse contexto não se tem como objetivo central a fundação do Estado, mas estabelecer os seus limites. As escolas liberais surgem para delimitar as condições de liberdade, tendo o mercado como campo de visibilidade para a elaboração de uma nova arte de governar. Não se trata, portanto, de dizer que o mercado determina que o Estado não deve intervir sobre a economia, mas sim de

dizer que o mercado define sob quais condições o Estado deve intervir. Em outras palavras, na arte liberal de governo quem dita as regras para o Estado é o mercado. O mercado oferta um campo de inteligibilidade, um campo de produção de verdade sobre técnicas de governo que, uma vez consolidado enquanto um campo de saber através da economia política, se define os meios, as técnicas e as regras pelas quais o Estado deve governar. Para esta corrente de pensamento o mercado, assim como os preços, tem uma natureza própria que não podemos compreender totalmente, e por isso os seus mecanismos espontâneos e naturais devem ser respeitados. Trata-se de um modelo de governo em que o mercado terá um espaço de liberdade delimitado pelo Estado.

Para Foucault (2008), esta escola, fortemente desenvolvida na Inglaterra, encontrou na experiência do nazismo um limite epistemológico e político. As escolas da teoria econômica de Friburgo e Frankfurt, ambas exiladas durante o nazismo, retornam no pós-guerra para definir os rumos da política econômica do país. Isso explica, em parte, o co-desenvolvimento do neoliberalismo no eixo Alemanha-EUA, pois alguns exilados das escolas alemãs permaneceram nos EUA exercendo forte influência neste país. Enquanto a Escola de Frankfurt se propõe a recuperar a racionalidade social que permitiria frear a irracionalidade do capital, a Escola de Friburgo se propõe a recuperar a racionalidade econômica para anular a irracionalidade social do capitalismo. A escola de Friburgo (ou escola dos ordoliberalis) passa a ter um destaque a partir das estratégias que utilizam o exemplo do nazismo como campo de adversidades em torno do qual buscaram um invariante antiliberal. O desafio posto para o Estado Alemão do pós-guerra era a recuperação de sua legitimidade política. A linha adotada pelos ordoliberalis foi fundar uma nova base de legitimidade política a partir de um espaço de liberdade para os parceiros econômicos. Segundo esta corrente, o nazismo representa o limite epistemológico do

próprio liberalismo, uma vez que o liberalismo não foi capaz de impedir o avanço do poder estatal ilimitado que o liberalismo propôs superar. O modelo liberal adotado principalmente pela Inglaterra tinha como “contrapeso” ao sistema selvagem do capital, mecanismos de proteção social que passaram a ser amplamente criticados. Para essa nova corrente de economistas políticos, esse modelo gerava grandes gastos e gerava efeitos contraditórios. Para que estes altos custos fossem garantidos acabava sendo necessário planificar a economia e intervir na definição dos valores dos salários e dos preços. O final do século XIX e início do século XX são marcados por medidas intervencionistas e planificadoras da economia em torno da garantia de políticas sociais.

Ainda segundo Foucault (2008), o golpe dos ordoliberais foi identificar no nazismo um invariante antiliberal, que permitia conectar políticas de cunho estatal de proteção social (como as propostas por Keynes e pelo New Deal americano) ao autoritarismo (como no nazismo). Para os ordoliberais alemães a oposição não estava tanto entre socialistas e capitalistas, mas entre práticas de governo intervencionistas e não intervencionistas.

E, por conseguinte, tentaram encontrar uma espécie de invariante econômico-político que poderia ser encontrado em regimes políticos tão diversos quanto o nazismo e a Inglaterra parlamentar, a União Soviética e a América do New Deal; procuraram encontrar essa invariante relacional nesses diferentes regimes, em diferentes situações políticas, e estabeleceram o princípio de que a diferença essencial não era entre socialismo e capitalismo, a diferença não era tão pouca entre esta estrutura constitucional e aquela outra. O verdadeiro problema era entre uma política liberal e qualquer outra de intervencionismo econômico, quer ele adquira a forma relativamente suave do keynesianismo, quer adote a forma drástica de um plano autárquico como o da Alemanha. Temos, portanto, certo invariante que podemos chamar de antiliberal, que tem sua lógica própria e sua necessidade interna. Foi isso que os ordoliberais identificaram na experiência do nazismo. (Foucault, 2008, pp. 151).

A experiência do nazismo é tomada como um exemplo limite e extremo para o qual convergem todas as economias que se pautam por medidas intervencionistas. O neoliberalismo surge de uma proposta de radicalização do liberalismo como possibilidade de recuperação do Estado alemão a partir de uma outra relação Estado-mercado. Enquanto no liberalismo a liberdade do mercado era regulada pelo Estado, no neoliberalismo é o mercado que deverá regular o Estado. Pede-se que o mercado não seja meramente o princípio de limitação do Estado, mas o princípio de regulação interna do Estado. Ao invés de um mercado sob a vigilância do Estado, prefere-se um Estado sob a vigilância do mercado. Para garantir que o mercado reforme o Estado, os ordoliberais alemães constituem um conjunto de estratégias que transformam as bases do liberalismo. Para essa escola o *laissez-faire* parte de uma “ingenuidade naturalista”, pois pressupõe que o mercado é regulado por mecanismos naturais autônomos. Para os neoliberais a troca e a concorrência não são dados naturais, são fenômenos produzidos por um intenso esforço. “A concorrência é, portanto, um objetivo histórico da arte de governar, não é um dado natural a se respeitar.” (Foucault, 2008, pp. 164). Inverte-se a relação em que o mercado deve agir livremente para que *a posteriori* o Estado seja convocado a intervir. A desigualdade como meio de garantir a concorrência deve ser ativamente produzida por uma arte de governar. É possível identificar nesta nova formulação tantas intervenções quanto em uma política planificadora, mas suas naturezas são bem distintas. Enquanto no liberalismo a ação governamental se definia pela distinção entre agenda e não-agenda, ou seja, no que se deveria mexer e no que não, no neoliberalismo a questão fundamental gira em torno do como intervir, do estilo governamental. Parte-se do princípio de que o mercado é o regulador econômico e social, cabendo a construção de uma moldura institucional que garanta seu bom funcionamento.

Esses fenômenos constituem um campo de intervenção que não são diretamente o mercado, mas que interferem no bom funcionamento do mercado. Não se deve, portanto, agir sobre o desemprego diretamente, mas sim sobre a estabilidade dos preços como condição de retomada da economia. Mas também não se deve agir diretamente sobre o preço, mas sobre um conjunto de variáveis que interferem no preço: como demografia, formação técnica, regime jurídico, clima, qualidade do solo, etc. Para esta corrente não existem desempregados, pois no limite o desempregado é um trabalhador em trânsito, de um emprego para outro. Este trânsito não deve ser diretamente interferido, pois ele vai se regularizar a partir do fortalecimento da economia. Trata-se de adensar uma moldura não mercadológica que garanta bons efeitos econômicos. A intervenção governamental deve ser discreta no nível econômico e intensa no nível dos condicionantes que garantem um alto nível concorrencial (Foucault, 2008).

Outro campo fundamental apontado por Foucault neste estilo governamental é o modo como se concebem as políticas sociais. As políticas de bem-estar social desenvolvidas durante e no pós-guerra têm como objetivo garantir uma maior repartição dos bens de consumo a cada um. São propostas como contrapeso aos processos econômicos selvagens que criam desigualdades sociais. Esta corrente é prontamente questionada pelos ordoliberais, que entendem que a desigualdade é fundamental para garantir um bom funcionamento da economia: uma “política social não pode adotar a igualdade como objetivo. Ao contrário ela deve deixar a desigualdade agir.” (Foucault, 2008, pp. 196). Não se deve, portanto, criar técnicas de transferência de renda de uns para outros ou mesmo socialização dos bens de consumo e acesso universal a serviços básicos. Aposta-se em uma política social, se é que se pode chamar assim, de privatização ou como muito bem definiram os anarcoliberais, de uma “política social individual”. Ao Estado não cabe criar

medidas que protejam os indivíduos dos riscos sociais e econômicos, mas à economia cabe garantir as condições pelas quais cada indivíduo tenha renda suficiente para se proteger a si próprio. Cria-se assim uma individualização das políticas sociais ao invés de uma socialização nas políticas sociais. No limite só há uma política social mercadologicamente viável: o crescimento econômico. Apostar no mercado como indexador das relações sociais não significa que as relações entre os indivíduos deva ser regulada pelas trocas mercantis, mas pela lógica concorrencial.

Esse processo, embora tenha encontrado na tradição alemã limitações para seu pleno desenvolvimento, pôde ser bem experimentado pelos anorcoliberais americanos e serviu de tendência para as demais nações como modelo de um estilo governamental. O modelo de sociedade que se produz e se propaga desde este momento é o de uma trama social que tem como base o modelo da empresa. As famílias, os indivíduos, os bairros devem ser geridos como uma empresa. A influência da economia norte-americana sobre as demais economias do mundo fizeram com que o sonho ordoliberal se difundisse através de mecanismos de desregulamentação do capital financeiro. Não se trata, portanto da construção de uma sociedade das massas uniformizadas, mas ao contrário, “de obter uma sociedade indexada, não na mercadoria e na uniformidade do mercado, mas na multiplicidade e na diferenciação da empresa”. (Foucault, 2008, pp. 204)

Que conclusões tiramos desta análise para pensarmos uma política do tipo repressiva? Uma primeira observação gira em torno do fato que no neoliberalismo as intervenções massivas são direcionadas para estes efeitos de moldura, que são, por exemplo, a população e suas condutas e não diretamente o mercado. E são justamente estes efeitos de moldura que possibilitam um bom funcionamento do mercado. Em outras palavras o que seria uma intervenção do tipo repressiva senão uma modalidade de

intervenção que age diretamente sobre esta moldura e não sobre o mercado das drogas? Dito de outra maneira, as intervenções maciças no campo social tendem a gerar um efeito contrário no âmbito do mercado. Não são diretamente proporcionais, elas tendem a ser inversamente proporcionais. Ou seja, intervenções repressivas e diretas sobre pontos de venda e distribuição de drogas não têm o poder de reprimir o mercado das drogas, muito pelo contrário, tendem a gerar um efeito de sofisticação dos mecanismos de mercado. As tecnologias de repressão intervêm sobre pessoas, grupos e locais específicos. O alcance deste tipo de abordagem, mesmo quando realizado de forma extensiva tende a ser local, se comparado à hiperconectividade do mercado.

O mercado, mesmo nos casos em que ele é tornado ilícito, não tem como ser definitivamente limitado pelos aparelhos repressivos do Estado. São âmbitos de governabilidade muito distintos, com objetos distintos e tecnologias muito distintas. Os aparelhos e tecnologias repressivas que se incrementam a partir da criminalização das drogas têm como objeto de intervenção o corpo populacional e o corpo individual, sendo incapazes de reger ou intervir sobre o mercado, mais especificamente o mercado de drogas. O alcance de tecnologias repressivas é ínfimo em relação ao alcance capilar do mercado. É tecnologicamente e economicamente inviável intervir de forma repressiva sobre mecanismos regulados pelo mercado. Principalmente numa lógica governamental em que o Estado só inventou mecanismos de intervenção para aumentar a concorrência do mercado. Como poderia, para um caso específico, o Estado operar de outra forma? Não poderia e não pode. As estratégias repressivas sobre o mercado fizeram o mercado de drogas se sofisticar ainda mais, pois mesmo sendo ilícito o tráfico de drogas surfa na onda do neoliberalismo e encontra nas redes hiperconectivas do capital milhares de possibilidades de modulação e inovação, tanto de novas substâncias quanto de novas estratégias. O tráfico de drogas é

tendencialmente localizado geograficamente em determinados pontos, como se fosse possível identificar um centro organizador do próprio tráfico. Mas o que podemos apreender é que o principal organizador do tráfico de drogas numa economia concorrencial é o próprio mercado. A governamentalidade ou biopolítica das drogas deve ser entendida, portanto, a partir de um estilo governamental que abriu as portas para que o modelo da empresa fosse o organizador da própria vida social. Logo, a criminalização das drogas não foi um meio para se eliminar um mercado específico, mas uma medida que determinou os meios pelos quais este mercado seria governamentalizado.

Esse tipo de efeito inversamente proporcional entre intervenção repressiva e sofisticação do mercado acompanhou toda a evolução das políticas ditas antidrogas. As intervenções repressivas sobre centros organizadores do tráfico, como no caso da Colômbia (Labrousse, 2011), serviram para que as organizações do tráfico se descentralizassem em pequenos grupos que são organizados por projetos, como células que se organizam para uma finalidade e se desmontam quando a tarefa se conclui. “Os cartéis e as facções de tráfico de drogas são, geralmente, associações de células independentes que atuam em parcerias fluídas e de curta duração, sem competição interna.” (Araújo, 2012, pp. 117). Segundo Araújo (2012) os serviços de inteligência norte-americanos reconhecem que uma célula descoberta a partir de intensas investigações são refeitas em outros moldes em apenas duas semanas. É como se os serviços de inteligência estivessem sempre um passo atrás frente à velocidade que estas redes do tráfico se constituem.

A guerra às drogas não fracassou. Ela não só criou um mercado ilícito poderoso, como colocou frente a frente agentes do Estado com agentes do tráfico de drogas. As redes de negociação entre os agentes da política de guerra às drogas e a rede de tráfico de drogas ampliaram exponencialmente o seu poderio e seu alcance. A força dada ao mercado numa

arte de governar neoliberal criou as condições para que o forte mercado de drogas interferisse na própria organização do Estado. (Larousse, 2011).

A guerra além de se manter de forma permanente, como muito bem analisam diversos autores (Rodrigues, 2008; Vargas, 2008), se tornou um meio eficaz de criação, manutenção e fortalecimento do tráfico de drogas. Apesar de um aparente fracasso, a política bélica continua a mobilizar investimentos de toda ordem, porque a violência e a repressão Estatal mobilizam pensadores, pesquisadores e principalmente a opinião pública, que se divide contra ou a favor das drogas.

A partir de tudo o que vimos até aqui, o funcionamento do tráfico de drogas não pode ter como matriz explicativa a criminalidade e o tráfico de drogas em si, assim como as ações governamentais não podem se limitar ao funcionamento da máquina repressora. Será sob o regimento do mercado que poderemos encontrar o ponto de conexão entre Estado e tráfico de drogas e identificar que uma arte de governar neoliberal inseriu as drogas como campo de interesses múltiplos. O neoliberalismo não só criou o tráfico de drogas como inventou os meios que possibilitaram sua expansão. Os fenômenos de corrupção, entendidos como um desvio inesperado, são parte integrante da própria manutenção da política criminal. Os fenômenos de corrupção não são um desvio, eles são antes de tudo, fenômenos de aliança e cooperação entre agentes do Estado repressor e aqueles que supostamente são reprimidos. O âmbito de governamentalidade estatal deve ser observado pelo modo concreto que ele opera e não a partir das lentes jurídicas que ele mesmo oferece. Dentro de um discurso hegemônico, justifica-se que a corrupção é um processo a ser corrigido e reformulado. Mas enquanto campo estratégico de construção de regimes de ilicitudes o aparelho de Estado fornece diariamente as armas ao inimigo para que a guerra continue. Sem um inimigo à altura, nunca seria possível aumentar a força de repressão. O

que se observou foi um fenômeno de fortalecimento mútuo. De ambos os lados os interesses se multiplicaram e a guerra às drogas se tornou um ótimo negócio. A corrupção, apesar de ilegal, ocupa uma função estratégica central neste regime de ilegalidades, neste jogo entre repressor e reprimido. Saem ganhando o próprio mercado de drogas, a rede de tráfico e a política bélica. Neste jogo quem perde é quem fica no fogo cruzado.

O intenso fluxo de mercadorias em portos e rodovias torna as ações da polícia algo semelhante à procura de agulha em palheiro. “Esse é um dos exemplos vivos de como as ágeis ‘empresas’ do tráfico tiram partido das oportunidades que a globalização cria para o comércio internacional” (Araújo, 2012, pp. 127). O próprio sistema financeiro internacional transforma, através de empresas de fachada e dos paraísos fiscais, o ilícito em lícito. É incompatível com um mundo de circulação de pessoas e mercadorias, uma estratégia intensiva do tipo “blitz”. Políticas de fiscalização de aeroportos, fronteiras e rodovias são limitadas tanto do ponto de vista orçamentário quanto do ponto de vista estratégico, uma vez que a velocidade de circulação de mercadorias é a mola propulsora da eficiência produtiva. Não significa que este tipo de política não tenha uma função repressora, mas sua ineficiência e seu baixo alcance indicam que a repressão tem uma função muito limitada frente à lógica de oferta e procura que operam, mesmo por meios ilícitos, as redes do tráfico. Como vimos os limites da repressão às drogas são definidos pelos próprios mecanismos do Estado quando este passa a ser regulado pelo mercado. A política de repressão às drogas é, doravante, uma política de repressão a determinados grupos como contrapeso necessário à impossibilidade (historicamente construída) de intervir de forma repressiva sobre o mercado de drogas.

2.7) O homem empresa e o consumo de drogas

A racionalidade neoliberal de governo surge de um conjunto de mudanças no campo do direito, mais especificamente no campo dos direitos individuais. Ao mesmo tempo, essas mudanças no campo do direito foram acompanhadas pelo surgimento de uma nova ciência, a economia política, que tem o mercado como novo campo de produção de verdade.

Estes dois campos, direito e economia, tiveram uma função estratégica para o avanço do liberalismo no sentido de definir limites à *razão de Estado*. (Foucault, 2009). A *razão de estado* foi a racionalidade fundadora do próprio Estado moderno num período mercantilista pré-liberalismo. Dentro desta lógica a única finalidade do Estado era o próprio Estado, sendo este o indexador de um poder que tende a ser ilimitado na política interna e limitado na política externa. O Estado moderno surge, dentre outros fatores, das lutas no interior da Europa que culminaram em incessantes acordos diplomáticos que delimitam um limite externo ao exercício do poder de Estado. O Estado, nestes termos é a recusa ao Império unificador de todos os Estados, tendo como exemplos negativos de quebra deste princípio a França de Napoleão e a Alemanha de Hitler. A política externa deve ser definida por mecanismos que garantem a concorrência comercial entre nações. O correlato dessa limitação concorrencial externa se traduzia por práticas de governo que se pretendiam ilimitadas tanto em relação à economia interna, quanto em relação ao governo dos homens. Na política interna imperava a lógica dos métodos definidos como “polícia”⁹, que eram tecnologias de um controle exacerbado sobre o conjunto da população. Os tratados de polícia formulados durante os séculos XVII e XVIII remontam, sobre outra perspectiva, a

⁹ Polícia não deve ser confundida com instituição policial, enquanto corpo organizado da segurança pública, mas como um termo que ao longo dos séculos XVII e XVIII definia a racionalidade de governo dos Estados Modernos.

toda a história do poder disciplinar e à origem da medicina social enquanto práticas exclusivamente higienistas. E no campo econômico o Estado mercantil se caracterizava por um exaustivo controle das relações comerciais (Foucault, 2009).

O liberalismo surge, então, como um efeito da expansão do mercado gerado pela dinâmica concorrencial. Ao se apoiar intensamente sobre as relações comerciais, os emergentes Estados europeus criam uma dependência em relação ao crescente mercado. Por outro lado, as crises econômicas passam a ser entendidas como o efeito da falta de liberdade do mercado em relação aos mecanismos burocráticos do Estado. A economia política emerge como um novo campo de saber que vai ter como objeto a dinâmica do mercado. Para este novo campo de saber o mercado passa a ser um novo campo de produções de verdades, verdades estas que irão impor limites ao exercício do poder de “polícia” (Foucault, 2009).

O mercado como novo campo de organização das práticas de governo irá, a partir da necessidade do liberalismo econômico, fundar uma nova noção de sujeito. O liberalismo econômico fundará pela primeira vez na história a noção de sujeitos de interesse. De acordo com John Locke, fundador do liberalismo, o Estado nasce do contrato firmado entre indivíduos autônomos e, portanto, tem a função de proteger os direitos naturais e garantir os interesses dos indivíduos. Ao Estado não cabia mais intervir sobre a vida particular de cada indivíduo, mas apenas sobre as relações entre eles para que os direitos individuais não fossem violados pelos demais.

As análises de Foucault (2008) sobre o liberalismo de Locke conduzem a história da subjetividade e do direito a um ponto em que a noção de sujeito não é mais marcada pela sua liberdade, nem por um desejo originalmente marcado pela queda e pelo pecado, mas de um sujeito que tem direitos na medida em que tem interesses. Enquanto o sujeito de direito

estabelece contrato social por uma dialética da renúncia, para então se unir ao conjunto de sujeitos de direito, os sujeitos de interesse se unem ao seu conjunto (sujeitos econômicos) não por uma renúncia, mas por uma multiplicação dos seus interesses. A multiplicação de interesses é uma mola propulsora da economia de mercado, é o correlato subjetivo necessário do desenvolvimento do liberalismo. Ao invés de renunciar os seus interesses, será persistindo em seu interesse egoísta que as necessidades de todos serão garantidas. A competição deve ser estimulada, pois será ela que garantirá que os interesses individuais se expressem e permitam inserir o sujeito na mecânica do mercado.

No campo da subjetivação emerge um novo modelo de sujeito que impõe limitações ao exercício indiscriminado do poder de polícia. O homem liberal não pode ser incessantemente coagido em seus interesses. Para que seus interesses se multipliquem e para que esta multiplicidade se transforme em concorrência é necessário um modelo de gestão da vida que não seja exclusivamente repressivo. A repressão para ser exercida precisa de um novo campo de saber que possibilite discriminar quem e sob quais condições deve ser reprimido. Os campos de saber produzidos com os dispositivos disciplinares precisam se adaptar a essa nova realidade, uma vez que o sujeito liberal precisa gozar de certa liberdade. E o que servirá de modelo para que a discriminação no campo social seja feita? Será o próprio mercado que passará a disponibilizar regras e objetivos que permitirão no contínuo do *socius* estabelecer distinções. Essas regras são, portanto, regras matemáticas e não morais. As regras definidas pelo mercado permitem que nossas ações sejam calculáveis em termos de investimento e risco, sendo as regras morais uma espécie de variável desta equação. Para que este sujeito esteja suficientemente ajustado para agir livremente, são necessários mecanismos de adequação permanente das liberdades. O liberalismo não define, portanto, uma modalidade de governo em que a liberdade do

indivíduo deve ser exaltada, mas sim gerida. O liberalismo é um consumidor de liberdades, na medida em que delimita os modos de liberdade e os meios para geri-las.

Dessa forma o Estado passa a ser limitado não só pelos direitos individuais, mas pela própria dinâmica do mercado como novo campo de produção de verdade. Enquanto que para os ordoliberalis alemães a lógica concorrencial deve ser aplicada ao exercício da economia, os anarcoliberais norte americanos estendem a lógica concorrencial da empresa para campos não econômicos. (Foucault, 2008). Surge no interior dos processos jurídicos e econômicos não mais um “*homo legalis*” fundado pelo direito, mas um “*homo oeconomicus*” fundado pelo mercado. “O *homo oeconomicus* que se quer reconstruir não é o homem da troca, não é o homem consumidor, é o homem da empresa e da produção.” (pp. 201). As relações familiares são atravessadas por um modo de organização em que cálculos de risco devem ser aplicados sobre os sujeitos que passam a ser entendidos como investimentos. O “*homo oeconomicus*” é sofisticado pela noção de “*capital humano*” em que as famílias passam a ser organizadas a partir do modelo empresarial. No limite o próprio sujeito econômico é uma empresa de si mesmo que deve ser investida, sendo ele próprio seu capital, seu produtor e sua fonte de renda. O imperativo *Você S/A* se torna o modelo de sujeito para a economia de mercado neoliberal (Oliveira, 2008). O sujeito do consumo não é uma realidade absoluta, pois o consumo é valorado na medida em que, ao consumir, ele produz. O próprio consumo é a produção da satisfação do homem empresa. “E deve considerar o consumo como uma atividade empresarial pela qual o indivíduo, a partir de certo capital de que dispõe, vai produzir uma coisa que vai ser sua própria satisfação.” (Foucault, 2008, pp. 311).

O homem empresa não é uma unidade fixa indivisível, ele é uma multiplicidade móvel que oferta um modelo de subjetividade individualizada e que defende seus interesses

particulares e goza de liberdades na medida em que produz seu próprio capital, se gere e se produz enquanto capital de si mesmo. O consumo é incentivado na medida em que ele entra na cadeia de produção do homem empresa. Não se trata de um consumo desenfreado, mas sim de incentivar linhas de crédito em que a gestão das dívidas penetre o nível das relações humanas. O sujeito neoliberal goza de uma liberdade suficiente e eficientemente administrada por si mesmo.

É nesse ponto que podemos demarcar um campo heterogêneo que determina regimes distintos de governo dos homens e as variáveis inseridas pelo uso de drogas nesse campo. As drogas são inseridas nessa equação dos comportamentos socialmente aceitos como uma variável dentre outras. O peso que as regras morais produzem sobre a vida será redefinido pela equação em que o peso da concorrência e da produtividade são fundamentais para a gestão de si. O uso de drogas é inserido numa equação permanente dos comportamentos e da gestão da vida, em que seus efeitos são calculados em termos de riscos e investimento. Pode ser que o uso de drogas seja tomado como uma variável de risco, mas pode ser também que ela entre como uma variável que aumente a capacidade produtiva. O homem empresa não pode ser exaustivamente regulado por medidas impositivas. Ele deve gozar de certa liberdade para que de forma sistemática o regime de mercado o insira num jogo de relações em que ele mesmo se governa e delimita para si as condições sobre as quais irá prosperar enquanto um capital. As regras do mercado ditarão para ele o que deve ser feito, em que medida e de que modo. Por outro lado o homem que não se torna um capital de si e que determina práticas de liberdade fora do esquema empresarial, passa a ser exposto a medidas impositivas.

O uso de drogas deve ser observado à luz do modelo econômico de sujeito, para que possamos ver que há uma grande parcialidade no modelo repressivo. O homem que faz a

gestão de si, que se administra como uma empresa tem uma margem de liberdade sobre o uso do próprio corpo diferente do homem que se põe fora do jogo e do modelo do homem empresa. Para o homem empresa o consumo de drogas é aceitável na justa medida em que esse consumo entrar na lógica de funcionamento desta empresa, como meio para garantir o bom funcionamento de si.

Antropologicamente o uso de drogas é classificado em três níveis: místico, medicinal e recreativo. (Escohotado, 2005) A partir do modelo empresa essa classificação precisa ser modulada, pois no mundo da empresa o uso de drogas se articula à lógica da produtividade e da concorrência. Usam-se drogas para acordar, para ir trabalhar, no *happy hour*, para dormir, em suma, para se viver num sistema de maximização da eficiência e de incentivo à competição. Cria-se uma zona cinzenta e imprecisa entre o mundo da produção, o mundo “recreativo” e o uso medicinal. As drogas se encaixam perfeitamente no modo de vida impulsionado pelo modelo neoliberal. Embora continue sendo moralmente condenável por certos campos discursivos, seu uso está disseminado, incorporado e agenciado à vida na contemporaneidade. Se os lucros estiverem bons, se o rendimento estiver alto e se o risco estiver sob controle, o homem empresa não será reprimido, coagido pelo fato de usar drogas. Só em raras exceções. Mas se a vida produtiva entrar em colapso e os rendimentos começarem a baixar, entrando em zona de risco ou falência, o uso de drogas passa a ser condenável. O homem empresa, quando decreta falência de si mesmo, perdendo o estatuto de investimento, produtor e administrador de si, também se expõe ao poder de sequestro do Estado, podendo qualquer um de sua própria família ter poder para intervir de forma autoritária sobre sua vida. Assim como o homem miserável, morador de rua ou o pobre das favelas, todos classificados como baixos investidores estão diretamente expostos à política

bélica, ao poder soberano de morte de forma permanente e infundável. O racismo, como vimos, terá um papel fundamental para esse grupo populacional.

Uma terceira categoria que se encontra exposta ao poder de “polícia” que se preserva no interior do liberalismo são os jovens, pois são classificados, de acordo com os parâmetros do mercado, um investimento de risco. O período da juventude é o momento em que todo o investimento econômico e subjetivo feito pela família e pela sociedade se encontram em risco potencial, para o qual as drogas comparecem como uma ameaça permanente. A família enquanto sede de um poder estatal tem o aval para a qualquer momento suspender a liberdade de um indivíduo como meio de proteger e garantir o seu investimento. Em suma, nesse caso as drogas não são abordadas pelas famílias enquanto uma experiência de vida que precisa de cuidados, mas em termos de riscos a serem combatidos.

Na esfera subjetiva e das relações humanas os limites impostos pelo direito individual foram sendo revestidos de novos sentidos que delimitam um campo heterogêneo de intervir nas relações homem-drogas. A repressão não investe de forma igualitária entre todos os indivíduos que incluem o uso de drogas no seu repertório de vida. As políticas repressoras dentro de um regime econômico que se sustenta numa subjetividade do tipo homem-empresa mais do que produzir um estado de repressão generalizado e ostensivo, cria repartições, subdivisões, tipificações e diferentes estratégias de controle que não necessariamente são de fato repressivas. O tráfico de drogas é um crime que se organiza como um mercado na forma de múltiplas empresas.

Ao lado da lógica proibicionista, o mercado insere redes de produção de subjetividade que criam outras políticas para as drogas. Ao lado do discurso direto, explícito e unidirecional do proibicionismo se constituem outros discursos indiretos,

implícitos e multidirecionais que dão sustentabilidade ao próprio mercado das drogas. São produções subjetivas que interferem na oferta e na demanda. Não seria correto afirmar que há em curso uma política deliberada de incentivo ao uso de drogas, mas sim que há em curso uma política deliberada para a qual o uso de drogas se encaixa como uma luva. Esses discursos incidem e constituem o mercado de drogas de forma indireta e insidiosa. Não se fala: “use drogas”; mas se fala: “seja feliz”, “seja viril”, “seja competitivo”, “seja criativo”, “emagreça”. E tudo isso deve ser alcançado no menor período de tempo.

Os imperativos de uma produção de subjetividade empresarial, competitiva e egoísta incidem não sobre objetos, mas sobre condutas que devem ser maximizadas em função do capital. Trata-se aqui, mais uma vez de modalidades de intervenção indireta sobre os mecanismos do mercado. Como vimos anteriormente, são intervenções que agem sobre a moldura do mercado. E, pelo que tudo indica, este tipo de intervenção tem tido um papel na produção de subjetividade muito mais expressivo do que o papel exercido pela lógica repressora. Os imperativos ofertados pelo capital incitam a agir a qualquer preço. A escolha dos objetos, dos meios e das estratégias para se alcançar estes imperativos são postas na esfera individual, em que cada um deve escolher a partir de cálculos de investimento e risco. Enquanto os modelos de conduta veiculados pelo marketing são operam como imperativos sociais, os meios para se alcançar tais imperativos são situados no âmbito da escolha individual. Os meios para o sucesso empresarial são postos à venda como opções e alternativas, cabendo a cada um a responsabilidade por estas escolhas. Socialização dos imperativos e individualização dos atos.

Mas como também vimos, o mercado, ao fazer do homem um capital de si, coloca na base deste processo desenfreado uma matéria somática, corporal e subjetiva que precisará ser incessantemente otimizada. E mais do que isso, estabelece um mecanismo de

alto grau de cobrança e pressão, em que o sujeito passa a ficar endividado consigo mesmo. Abre-se com isso, no processo subjetivo, um plano para que o uso de drogas (sejam na forma de medicação ou não, drogas lícitas ou ilícitas) venha a otimizar esse fluxo produtivo e a quitação das dívidas impagáveis.

O processo de *drogadição da existência* se produz na relação com as redes discursivas que movimentam o mercado. O imperativo ao uso de drogas se produz de forma insidiosa, indireta e difusa e se amplia enquanto um mercado tão poderoso quanto o mercado das empresas farmacológicas. O processo de medicamentação¹⁰ da vida (Amarante, 2007; Faraone et al, 2010; Rosa e Winograd, 2011) e o processo de drogadição da vida não são dois processos distintos. O processo contemporâneo analisado por muitos autores sobre a associação entre vida e medicamentos corresponde a uma faceta deste processo de produção de subjetividade atomizada e capitalizada. Nesse caso o processo de produção de subjetividade se associa com o poderoso mercado farmacológico mediado pelos agentes das corporações médicas. A drogadição da existência implica numa associação em que os objetos escolhidos são ofertados pela rede de tráfico de drogas mediado por facções criminosas. Drogadição e medicamentação correspondem a um mesmo processo, embora sejam operados e geridos por meios distintos. No meio destes pontos extremos e bem demarcados se constitui um campo de ilicitudes que não necessariamente estão relacionadas às drogas ilícitas, mas ao uso ilícito de drogas lícitas. Medicamentos “tarja preta” passam a fazer parte de uma rede informal de trocas, mesmo seu uso sendo permitido somente com prescrição médica. O mesmo ocorre em ambientes

¹⁰ Esse termo vem sendo usado por diferentes autores para se referir ao controle médico da vida das pessoas através do uso de medicamentos.

familiares em que o uso de bebidas alcoólicas, mesmo sendo proibidas para certa faixa etária, faz parte dos hábitos aceitos.

O Estado ao criminalizar uma rede de mercado internacional constituiu uma potente máquina de produzir e gerir o mercado ilícito de drogas e não uma máquina para exterminar o mercado das drogas. Exploramos os campos que definiram o limite do Estado frente ao mercado de drogas. A constituição de um sujeito de interesse, que delimita as liberdades individuais frente a um Estado de polícia, são condições necessárias para o bom funcionamento do mercado. Isso exigiu que o Estado direcionasse seu arsenal repressivo e liberasse determinados campos de produção. Se o sujeito produz para o mercado e faz uso de drogas isso corresponde a um problema parcial para o Estado, mas para o capital isso não é problema nenhum. Toda produção lícita ou ilícita se insere por diversos dispositivos no sistema financeiro internacional. Esse processo associado ao imperativo da eficiência empresarial criou um campo potente para que as drogas se agenciassem à vida de forma íntima e intensa. Cria-se um conjunto de articulações entre variáveis heterogêneas e contraditórias. Por um lado, o *dispositivo drogas* permite que a norma da abstinência se torne uma verdade coextensiva a todo campo social. Enquanto produção de subjetividade a abstinência se torna regra unívoca para praticamente todas as instituições sociais quando o tema é drogas. “Diga não às drogas” se torna uma espécie de monolito inabalável que em raras exceções é oficialmente questionável. É preciso ser ex-presidente ou ex-ministro para se falar francamente sobre as drogas. Por outro lado, a norma da abstinência possibilita que o *dispositivo drogas* seja uma tecnologia de repressão para os casos em que o uso de drogas se tornou contraproducente, contrariando o modelo empresa.

Uma teoria da governamentalidade ou da arte biopolítica de governo insere as drogas num campo de análise que mescla aspectos sociais e econômicos possibilitando

analisar aparentes contradições como um campo estratégico que articula elementos heterogêneos. A governamentalidade do Estado pelo mercado e a noção de sujeito de interesse compõem o campo que dá forte sustentação para o fortalecimento do mercado das drogas, sejam lícitas ou ilícitas. As medidas repressivas encontram-se esquadrihadas e direcionadas para determinados focos e têm alcances limitados frente à política hiperconectiva do mercado de drogas. Neste campo, a saúde e as políticas sociais assumem papéis e funções também díspares quando endereçadas às políticas de drogas. Como a saúde brasileira compõe com este campo estratégico heterogêneo? Como a universalidade do acesso inclui a saúde brasileira como possibilidade de expressar novas fronteiras para se abordar o tema das drogas? Qual a função da redução de danos neste contexto?

CAPÍTULO 3 - DIREITOS UNIVERSAIS, SUS E DROGAS: REDUÇÃO DE DANOS, DIFERANÇA E O COMUM.

*Não que os seus inimigos
Estivessem lutando
Contra as nações terror
Que o comunismo urdia*

*Mas por vãos interesses
De poder e dinheiro
Quase sempre por menos*

*Quase nunca por mais
Os comunistas guardavam
sonhos
Os comunistas! Os comunistas!*

(Caetano Veloso, Um comunista)

No dia 12 de junho de 2012 o Ministério Público de São Paulo entrou com uma ação civil pública contra a intervenção da Polícia Militar na cracolândia, classificada como uma ação que “feriu os direitos humanos e não apresentou resultados efetivos quanto à recuperação dos usuários de drogas e ao combate ao tráfico¹¹”. No dia 31 do mesmo mês, esta ação foi acatada pela justiça que proibiu a Polícia Militar de impedir que os usuários de drogas circulem livremente pela região da cracolândia. Os promotores defendem que é “dever do Estado em prover, por meio do Sistema Único de Saúde, os cuidados aos dependentes químicos”, “sem que se avenge em contradição qualquer violação ao direito de ir e vir do portador de transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas¹²”.

¹¹ (Felipe Tau – O Estado de S.Paulo - (<http://www.estadao.com.br/noticias/cidades,justica-proibe-pm-de-expulsar-usuarios-da-cracolandia,908742,0.htm>). Acesso em agosto de 2012

¹² Idem

No dia seguinte à proibição do Ministério Público de São Paulo o governo estadual declarou que a liminar da justiça não interfere em nada na ação policial. “Se forem necessárias abordagens policiais diante de atitudes suspeitas, a polícia não tem como se furtar dessa atitude. Então não muda a atitude da Polícia Militar” afirmou a então secretária de Estado da Justiça¹³.

A discussão dos problemas envolvendo usuários de drogas a partir da ótica dos direitos universais e humanos vem ganhando cada vez mais espaço e pertinência. Ao mesmo tempo, os direitos universais estão em sério risco no mundo atual, uma vez que os sinais de desgaste das políticas de *bem estar social* começam a alcançar dimensões críticas. Observamos surgir no berço desta tradição um conjunto de medidas que definem limites para as políticas de proteção social historicamente conquistadas.

No pequeno livro *Indignai-vos*, Stéfane Hessel (2011), um dos formuladores da *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, nos convoca a uma atitude de indignação que nos levou a pensar um sentido forte para a noção de direitos universais.

Hoje em dia, ousam nos dizer que o Estado não pode mais garantir o custo destas medidas cidadãs. Mas, como é possível que falte dinheiro para manter e prolongar as conquistas quando a produção de riquezas aumentou consideravelmente, desde a Libertação, período em que a Europa estava arruinada? Só se for porque o poder do dinheiro, combatido pela Resistência, nunca foi tão grande, insolente e egoísta para com seus próprios servidores, até mesmo nas mais altas esferas do Estado. Os bancos, doravante privatizados, mostram-se antes de tudo preocupados com seus dividendos e com os altíssimos salários dos seus dirigentes, não com o interesse geral. A distância entre os mais ricos e os mais pobres nunca foi tão grande, a competição nunca foi tão incentivada. (Hessel, 2011, pp.15-16).

¹³ Idem

O tema do direito universal à saúde garantido constitucionalmente desde 1988 coloca a saúde brasileira como um componente da história moderna por lutas e garantias de direitos universais que dignificam a vida. Por mais que o Brasil nunca tenha figurado entre os ditos *Estados de Bem-Estar-Social*, as bases universais da nossa constituição apontam para a definição de bases legais que fundam a intenção de assim sê-lo. Na contramarche da onda neoliberal, o SUS se constituiu enquanto um projeto utópico que cria bases concretas para efetivação de alguns sonhos. A saúde se encontra ao lado da previdência e da assistência social como o conjunto de políticas que compõe as seguridades sociais e, portanto, como dever do Estado e direito de todos os cidadãos brasileiros.

O parágrafo da Constituição destinado à saúde define que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Art. 196). Entretanto, estamos imersos numa realidade política e econômica que define sérias restrições à plena efetivação dos direitos universais e no, caso da saúde brasileira, isso não é diferente. Diversos autores destacam os desafios macropolíticos de sustentação do projeto universal do SUS dentro das restrições impostas pela lógica economicista neoliberal. O conflito entre direitos universais e ordem econômica implica em limites crescentes para o ideário animado pela Reforma Sanitária brasileira. Segundo Santos e Odorico de Andrade (2009), o que orientou a organização do SUS ao longo destes anos “foi muito mais o financiamento do que os ditames das leis que o regulamentam, os resultados pretendidos ou as necessidades do sistema” (pp.27). A essa citação se somariam muitas outras que tratam não só do aspecto economicista que na maioria das vezes determina o modo de alocação de recursos na construção de um sistema de saúde subfinanciado com sérias consequências para a

execução de seu ideário civilizatório e universal. Além disso, podemos agregar as interferências partidárias/eleitoreiras e corporativas sobre o modo de distribuição dos escassos recursos da saúde e a crescente interferência do setor privado sobre o sistema público. (Campos, 2007; Bahia, 2008; Paim 2008; Fleury, 2009; Cohn 2009; Santos 2009 e Silva 2009).

Entretanto, quando saímos dos aspectos macroeconômicos que interferem sobre a gestão da saúde pública e nos deslocamos para objetos mais específicos, podemos ver que existem outros fatores, não menos importantes que determinam o modo de construção de políticas de saúde que interferem sobre o direito ao acesso e ao cuidado. Os sinais de crise do conceito de universalidade podem ser abordados tanto em relação às condições materiais de efetivação de direitos universais (o universal submetido a fatores econômicos), quanto na sua utilização enquanto conceito (o universal submetido a diferentes sentidos e usos). Os fatores econômicos impõem limites e desafios para todos os problemas de saúde, inclusive para a construção de uma rede de atenção aos usuários de drogas. Isso não pode ser desconsiderado. Mas, associado a este fenômeno, queremos destacar as diferentes racionalidades que operacionalizam o conceito de universalidade, para nos aproximar mais do objeto “drogas” e extrair consequências mais precisas ao problema. O tema das drogas nos possibilita pensar os desafios da universalidade do acesso por dois motivos centrais: primeiro porque a experiência com as drogas é uma prática social estigmatizada: os preconceitos, a discriminação e a criminalização criam verdadeiras barreiras ao acesso. (Tedesco e Souza, 2009) O uso de drogas diz respeito a um campo de experiências muito diversas, múltiplas e singulares e o acesso universal se depara com um campo de diversidades de escolhas, desejos e modos de vida que não se enquadram nas normas morais da sociedade.

É comum diferentes autores debaterem sobre diversos princípios e diretrizes do SUS destacando os diversos sentidos que eles podem assumir como os sentidos de integralidade, de equidade, de participação social, etc. No entanto, universalidade comparece como uma “pedra fundamental” preta de sentido.

Este capítulo tinha o objetivo inicial de pensar os conceitos de redução de danos e abstinência à luz do princípio de universalidade. Assim traçaríamos pontos de aproximação e afastamento entre a universalidade e as duas diretrizes que disputam sobre o modo de atenção aos usuários de drogas (redução de danos e abstinência). Partindo da universalidade como pilar inabalável, apontaríamos qual das duas diretrizes (redução de danos e abstinência) corresponde mais ao ideário que rege a Constituição brasileira. Entretanto ao fazer esta pesquisa descobrimos que os princípios do SUS não são tão unívocos assim. Na verdade veremos que essa suposta univocidade de sentido corresponde a uma faceta bem controvertida do princípio da universalidade. Ao confrontar as noções de abstinência e redução de danos aos princípios do SUS, foram estes que também foram equivocados.

Os sentidos e as direções atribuídos à universalidade podem variar e servir a diferentes interesses. Mas até que ponto estes interesses são contrários e impeditivos à universalidade e até que ponto eles se apoiam na própria noção de universalidade? Será que o conceito de universalidade só se presta ao direito universal, ou ao lado desta garantia legal podemos ver se erguer outras noções de universalidade que normatizam e restringem a vida?

Jullien, (2010), ao fazer uma genealogia do conceito de universalidade, nos conduz a caminhos instigantes para se pensar a diversidade de sentidos que o conceito de universalidade possui. Veremos a partir da história do conceito de universalidade como o sentido defendido pelo SUS encontra-se lado a lado com outros sentidos não menos fortes

para a nossa organização social. Atentar para os diferentes sentidos é um modo de evidenciar que as tecnologias concretas de governo podem investir em diferentes modos de se operar a noção de universalidade.

A contraface do conceito de universalidade, e pela qual devemos pô-lo a prova, é operacionalizada por noções como singularidade, diferença e alteridade. É na relação com o outro, com o singular e com o que se difere que devemos testar a noção de universalidade. Assim poderemos verificar que sentidos de universalidade se operam nas redes de saúde, nas portas de entrada ao sistema de saúde e nos modos de gerir e cuidar. É a partir do seu oposto que poderemos distinguir os sentidos de universalidade que estão em prática.

3.1) Universalidade: uma breve genealogia de um conceito em crise

Uma pesquisa sobre o universal enquanto conceito filosófico e princípio legal que fundou os chamados direitos universais, dentre eles e que para nós ganha um lugar de destaque, o direito universal à saúde, nos conduz a uma trajetória que vai da sua formulação filosófica ao seu uso político nas sociedades atuais. É evidente que isso em si já constituiria um amplo campo de pesquisa o que nos obriga a definir alguns pontos relevantes desta história que nos permitam pensar o caso do acesso (como direito universal) aos usuários de drogas no Brasil.

Uma possibilidade para se pensar os *sentidos de universalidade* foi aberta pelo eminente filósofo François Jullien (2010) através de estudos em que se arvora a uma árdua genealogia do conceito de universalidade. Sem pretender esgotar a temática, o autor indica três bases constitutivas dos sentidos de universalidade: a filosofia, a política e a religião. Segundo o autor estes três sentidos são frutos de “três impulsos” da história humana que não têm uma relação intrínseca entre si e que, portanto, carregam consigo matérias díspares.

A matéria da filosofia é o conhecimento, sendo sua tarefa a definição de conceitos universais que conduzem ao conhecimento verdadeiro. A matéria da política é a cidadania, sendo sua tarefa a definição legal de direitos universais. E por último, a matéria da religião é a fé, sendo sua tarefa levar à salvação universal.

Uma genealogia não busca identificar uma relação de filiação entre estes três terrenos sob a qual se traçaria uma linearidade do conceito. Trata-se de um percurso nebuloso, feito de zigue-zagues, zonas de vizinhança e arestas intransponíveis. Como em toda boa genealogia são destacados momentos em que terrenos com formações históricas distintas são unidas, não por uma natureza do conceito, mas por relações de poder que produzem agenciamentos entre práticas e regimes de verdade.

Três terrenos do universal, cada qual com sua lógica e pressões próprias: o conceito sob as exigências do *logos* corresponde às exigências próprias da ciência; a constituição da “cidadania universal” corresponde às exigências de expansão do império Romano e a salvação como ponto de ancoragem entre o homem e o universal de Deus. O autor indica que, por estas clivagens, não há mesmo como compor uma “história” do universal, “mas apenas acumulação e concentração de exigências por superposição de camadas e estratificação de impulsos”. Entretanto, estas estratificações, apesar de descontínuas, não deixaram de servir de base sólida para a fundação do universal e sua ampla penetração na formação política e cognitiva do mundo ocidental. Não há porque desconfiar do universal, seja da sua operação para o pensamento, como para o direito, como para a alma. Ele surge como algo pronto e acabado. “Inclusive, apesar de sua composição heterogênea, o universal, vê-se projetado como pedra angular e aspiração única.” (pp. 83). A pretensão de universalização do conhecimento e dos valores pertence ao mundo ocidental, às culturas sob influência da cultura greco-romana cristã.

O primeiro impulso, que constituiu o conceito de universalidade define uma clivagem entre duas escolas do pensamento: os pré e os pós-socráticos. Jullien (2010) analisa como que na história do pensamento, o universal - ou o conceito de universalidade - comparece como uma totalidade finalizada, pronto desde sempre, como Atenas que surge pronta da cabeça de Zeus. O pensamento grego erigiu não só o universal como condição de acesso à verdade, como o fez de um modo que a aparição deste estivesse descolada de uma produção histórica, como um raio que vem das alturas iluminar o pensamento: um *fiat lux*. Para a filosofia, a universalidade surge como uma operação lógica – *logos* - na medida em que o acesso à verdade se dá pela possibilidade de afastamento das experiências como condição de apreensão do todo, de pensar e formular questões “segundo o todo” ou de forma universal. A universalidade convoca um afastamento do caos das sensações como exercício de elevação do pensamento e da razão. A aproximação entre verdade e universal foi a novidade do pensamento grego, mais precisamente a partir de Sócrates, que ao contrário dos seus antecessores, não faz do *todo* uma determinada coisa (água, ar, infinito), mas uma regra que determina a forma superior do pensamento. Ao ponto do acesso à universalidade ser o próprio exercício de elevação do pensamento, possibilitando ao homem passar da diversidade dos fenômenos para a unidade do conceito.

(...) trata-se da mesma operação – da qual nasce prontamente como “milagre”, a filosofia: o status do universal é incluído na produção mesma do conceito. É ao mesmo tempo sua condição e sua consequência: o universal dá a sua forma lógica ao conceito, e este estabiliza o universal e torna-o operatório para o conhecimento. (Jullien, 2010, p.57).

É como se o conceito de universal não correspondesse a uma página da história do pensamento, mas fosse, ele mesmo, a própria condição do pensamento. O universal, como

nos atenta o autor, se institui como o conceito fundador do próprio ato de conhecer. Essa operação tira o pensamento da história e, portanto, o torna, na medida em que se afasta da experiência, universal. A universalidade, enquanto operação lógica se constitui a partir do divórcio e distanciamento com as singularidades dos fenômenos.

Para os pré-socráticos, a relação homem-natureza não era mediada por instâncias invariantes. A célebre aporia de Heráclito, de que *um homem não entra no mesmo rio duas vezes*, traz de forma muito evidente uma outra relação entre pensamento e natureza. Para Heráclito não há “o homem”, enquanto categoria universalmente definida, assim como não há “o rio” enquanto natureza fixa. Homem e rio são devires, são processos em transformação. Com Sócrates inaugura-se uma nova etapa da filosofia, que para alguns é definida como o início propriamente dito da filosofia, caracterizando os movimentos anteriores como pré-filosofia. Será esta tradição que irá fundar as bases para a ciência e para as escolas que buscam estruturas e regras invariantes do pensamento e do mundo. Para a tradição socrática *conhecemos não quando verificamos que o sol nasce todas as manhãs, mas quando julgamos que ele nascerá amanhã*.(Deleuze, 2009). Enquanto que para a tradição pré-socrática julgar que o sol nascerá amanhã é uma faceta do conhecimento que não é superior à experiência singular de assistir cada por do sol.

O segundo impulso do universal é creditado não à Grécia, mas à Roma que gozou de ter inserido no seio do universal o concreto da lei e da cidadania. Mediante a lei que determina a cidadania Romana, o império avança. Por esta via o universal se vê descolado dos ditames da filosofia para os ditames da lei, definindo não uma unidade do pensamento, mas uma unidade de status e de condição política. Em Roma se vê pela primeira vez na história a constituição de uma relação de pertencimento a um povo que não se baseia pela natureza étnica, pela tradição e pela identidade territorial. Encarna um espírito de abertura

que entende ser de bom grado para o desenvolvimento do império a mistura dos povos. Enquanto os gregos se orgulhavam de sua nobre origem nascidos da própria terra, em Roma a mistura entre estrangeiros era um sustentáculo de uma nova sociedade. Com a instituição legal da dupla cidadania, todos os povos de outras cidades eram também considerados romanos, além de preservarem sua cidadania local. “Como consequência dessa casuística, alguém via-se romano ao mesmo tempo em que continuava a pertencer à sua própria pátria (local); e continuava em sua própria pátria quando partia para Roma.” (pp. 67).

A cidadania, enquanto estatuto legal inaugurado por Roma, inseriu no seio do universal uma abertura para as diferenças, as singularidades, as especificidades, uma vez que o signo de pertencimento não é mais da ordem da tradição, do sangue, mas do direito, que funda as bases igualitárias para a convivência entre diferentes. Entretanto, será no mesmo seio de abertura que o universal cristão da salvação irá inserir um novo universal, substituindo a lei pela fé, e “querer derrubar essa universalidade formal, dos cidadãos; e substituí-la por outra universalidade que fosse capaz de alcançar até em seu destino mais singular a vida íntima dos sujeitos” (pp. 69).

O terceiro impulso do universal nos conecta a toda a genealogia feita por Foucault sobre o poder pastoral. Os caminhos percorridos pelos autores se assemelham, e apontam para o universal da salvação que torna todos os homens iguais perante Deus. “Todo homem é eternamente essa mesma forma vazia, que apenas Deus preenche. Ora, essa entidade negativa – oca – varre de imediato as diferenças e torna todos os homens idênticos entre si:

não há senão o vazio que é idêntico (ao vazio)”. (Jullien, 2010, pp. 78).¹⁴ A universalidade da salvação, ao contrário da universalidade da cidadania busca esvaziar politicamente os sujeitos e torná-los idênticos e desprovidos de desejo: como diria Foucault (2009) instaura-se o sujeito da renúncia e da obediência infundável.

Os três terrenos constitutivos do universal fundaram, também, como pudemos verificar, verdades sobre o sujeito: sujeito do conhecimento, sujeito do direito e sujeito da renúncia; todos igualmente modelos universais do homem. Entretanto, em que esta genealogia do universal nos ajuda a entender os problemas relacionados aos usuários de drogas?

Ora, a primeira questão é que não é só o direito à saúde que goza de ser herdeiro direto do sentido de universalidade. O SUS ao abrigar como estatuto jurídico não só os brasileiros, mas todos que aqui estejam, abre-se para um sentido de universal que abarca diferenças e singularidades numa amplitude incondicional. Mas o SUS não é só regulado pelo seu estatuto ético-jurídico. A ciência e a religião também não são igualmente detentoras de sentidos de universalidade, tão ou mais constitutivas da nossa subjetividade? Em que medida a universalidade do direito que se reconcilia com a singularidade é mais forte, do ponto de vista de produção de subjetividade do que a universalidade da verdade da ciência (da medicina) e da religião (de Deus).

Não seria a medicina a herdeira direta de universalizar um saber “científico” sobre os usuários de drogas? Não seriam também as religiões cristãs depositárias de um poder universalmente válido de salvar as almas dos usuários de drogas do pecado e da queda? E por ultimo, não estariam estes sentidos de universalidade igualmente inseridos no Estado,

¹⁴ Este mesmo trecho foi utilizado no tópico 2.2 quando fizemos uma genealogia da abstinência. Aqui retomamos este trecho para aprofundar a relação entre a norma da abstinência e o sentido de universalidade inaugurada pelo cristianismo.

disputando lado a lado com a universalidade do acesso, sentidos e tecnologias de governo? Não teriam estes sentidos de universalidade sustentação estatal, legal e normativa para interferir nos rumos da universalidade do acesso?

A convergência entre os pensadores nos possibilita extrair consequências mais abrangentes entre governo dos homens e universalidade. O primeiro motivo é porque a partir de Jullien podemos retomar a história do poder pastoral sob a ótica da universalidade e aprofundar o debate acerca das disputas em curso sobre os sentidos de universalidade, uma vez que a norma da abstinência repousa em leitos tão universais quanto o direito ao acesso. O segundo motivo é porque a partir de Foucault podemos entender que estes três impulsos da universalidade se reencontram e são inseridos, na modernidade, na máxima institucionalização do universal: o Estado.

Antes de desdobrarmos um pouco mais sobre estes três impulsos constitutivos do universal no interior do Estado, pelo menos o suficiente para dar prosseguimento ao nosso tema central, é importante destacar um instigante ponto de problematização sobre o universal. O ponto em que o universal é confrontado com outras culturas (não ocidentais). O filósofo faz as seguintes perguntas: “a preocupação com o universal, é por sua vez universal? Ou seria uma fantasia teórica, ainda que eminentemente produtiva, forjada de maneira exclusiva pelo Ocidente: logo espantosamente singular?” (Jullien, 2010, pp. 86)

O que pode ser verificado como ponto de convergência entre os três impulsos do universal (filosófico, político e religioso) sobre a história é que eles avançaram de forma missionária sobre o globo com estatuto de verdades incondicionais. Na forma da ciência, como condição máxima do conhecimento, na forma do direito como instituição máxima da relação soberania e sociedade e na forma religiosa como expressão máxima da divindade. O universal como regra para o pensamento desqualifica toda forma de conhecimento sobre o

singular, o local, ou seja, os conhecimentos não universalizáveis; o universal como regra jurídica tende a desqualificar instâncias autônomas e locais capazes de constituir suas próprias regras de convivência; e o universal da salvação desqualifica as experiências que não estão ancoradas pela renúncia e pela fé. Estes pontos são sutilmente provocados por algumas perguntas subsequentes às anteriores: “outras culturas inclusive procuraram projetar seus valores sobre o resto do mundo sustentando sua universalidade, com vistas a convertê-lo? Ou os consideraram, ao contrário, sendo exclusivos delas, seja porque elas não pensam no universal, seja porque se satisfazem com sua singularidade?” (pp. 86)

Parece mesmo haver na história algo que indique que a história do universal se associou, talvez por impulso próprio ou pelas relações de poder que se estabeleceram em torno dela, a uma empreitada globalizante. Como impulso próprio parece meio óbvio que o universal queira se universalizar. E os meios pelos quais os sentidos de universal se espalharam a título de verdade convergem com a genealogia do Estado Moderno. O Estado se beneficiou da universalidade e ao mesmo tempo a universalidade se ancorou na universalização do Estado como meio de propagação. A ciência, o direito e a religião se constituíram como matrizes de produção de verdades sob os quais a própria constituição do Estado se ergueu.

Como vimos em Foucault (2009, 2010) os estudos sobre governamentalidade foram um meio também de situar a formação do Estado na história dos homens, negando e se contrapondo a qualquer formulação que trate o Estado como um universal, como um monstro frio que se instaura na história sem uma construção, como lago que sempre esteve presente na história humana desde tempos imemoráveis. Um dos pontos de clivagem entre o Estado enquanto universal e o Estado enquanto um conjunto de práticas e racionalidades é a análise de um funcionamento em que elementos heterogêneos e aparentemente

contraditórios são inseridos em tecnologias de governo. Não seria, portanto, estranho entender que, apesar de possuírem matrizes distintas, as três concepções de universalidade são postas em relação no interior do Estado, ora se sobrepondo, ora concorrendo, ora se opondo.

A universalidade da lei (como a universalidade do acesso a saúde), embora seja desprovida de conteúdo moral e juízo de valor pode ser por inúmeros dispositivos e tecnologias de governo associada a outros pretensos universais da ciência e da moral religiosa. Noções como HOMEM e SAÚDE são trazidas por diversas ciências (médicas e humanas) como categorias universais. Logo, noções como as de homem saudável, vida saudável, qualidade de vida e hábitos saudáveis vão criando padrões que tendem a se universalizar. Nesse cardápio pseudocientífico que fixa modelos de homem e de saúde as drogas entram na lista negra. O mesmo pode-se dizer da religião cristã. Antes de ser um direito, a saúde foi campo de investimento religioso, por meio de medidas filantrópicas que atrelavam o cuidado do corpo à salvação da alma. Logo, a noção de universalidade do direito é o último dos três sentidos de universal a compor o campo da saúde. O ideal de um homem saudável, salvo das enfermidades da alma coloca para o campo da saúde uma barreira subjetiva em que uso de drogas e práticas de cuidado se tornam dimensões incompatíveis. Uso de drogas e saúde são, portanto, opostos. O homem que usa drogas é, a grosso modo, aquele que a um só tempo se afasta do universal da fé (e da salvação da alma) e dos padrões universais de saúde.

Desde sua gênese, o risco do universal, por se aplicar a “todos” independentemente do contexto, é ser uma possibilidade de instituir-se, ao mesmo tempo, como um direito e como um imperativo. A própria noção de saúde pode se atrelar a uma ideia transcendental, universalmente válida que se constitui enquanto direito e imperativo moral: “todos devem

ser saudáveis”. Trata-se sempre de uma ambiguidade genealógica do conceito, de ser justiça e ao mesmo tempo um imperativo, de ser um direito e uma obrigação. Pois o conceito de universalidade encontra-se inserido num campo político em que as relações de poder definem seus sentidos.

O caminho percorrido em torno do conceito de universal cria uma chave de análise que nos permite compreender conflitos subjetivos, políticos e existenciais que se agenciam nos processos de trabalho em saúde. Tomemos como exemplo o agenciamento entre universalidade e a norma da abstinência. O sentido de saúde universalmente válido, nestes termos, é o de uma vida livre das drogas. A abstinência se tornou uma norma que foi absorvida por diversos dispositivos de governo da vida. Além de ser uma conduta religiosa e uma norma médica, a abstinência foi inscrita, através da política de criminalização das drogas, no campo do direito penal passando a ter força de lei. Observa-se então um forçoso, porém eficiente alinhamento entre a ciência médica, a moral religiosa e o direito penal. Constituiu-se uma tríade que se ancora em preceitos, que são também universais. A abstinência, ao se respaldar em outros pretensos universais (da salvação, da ciência e da lei), se capilariza e penetra as diversas instituições de saúde onde o direito à saúde passa a ser um valor universal dentre outros. O problema que parece conectar todos os sentidos de universalidade numa mesma operação subjetivante antidrogas, é que tanto o sujeito do conhecimento, quanto o sujeito do direito, quanto o sujeito da salvação, se constituem, no limite, numa relação de renúncia aos prazeres. É necessário abrir mão dos sabores para que se torne um homem amigo da *sofria*; é necessário renunciar seus impulsos animais para se tornar um homem que estabelece contratos sociais; e é necessário abster-se dos prazeres da carne para alcançar a graça e a salvação. Esta matriz subjetivante coloca a relação com as drogas como experiência condenável em diversas instâncias em que a saúde se

operacionaliza: o uso das drogas se coloca como uma quebra do contrato social e dos valores morais universais do mundo ocidental.

No cotidiano dos serviços a universalidade do acesso se vê incessantemente ameaçada por outras produções subjetivas que rebatem o acontecimento local a categorias universais, seja de um suposto saber sobre a saúde, seja de uma moral universal da renúncia ao prazer. Embora estes valores morais não sejam uma regra geral nas sociedades neoliberais, no campo da saúde elas permanecem a ter uma força institucional. Conforme vimos no capítulo anterior, a genealogia da saúde pública num regime de biopoder passa a ser a herdeira de um poder pastoral. A norma da abstinência não é, portanto, menos universal do que o direito ao acesso. Ela compete com este por espaços, sentidos e poderes, na medida em que, da mesma forma que a lei, se insere na maquinaria e na racionalidade estatal, como vimos na genealogia do poder pastoral. Os conflitos vividos pelos profissionais da saúde refletem muitas vezes essa dificuldade de saber qual modelo de verdade seguir. É uma disputa cotidiana, em que a universalidade do acesso precisa ser amparada por outros conceitos que determinem uma rede de princípios ético-políticos.

E como já afirmamos, nada como confrontar o conceito de universalidade com outros conceitos que não lhe devem nada em termos de força e consistência, porque ao invés de se situarem num plano abstrato, se encontram ancorados no concreto da experiência. Singularidade, diferença e alteridade são contrapontos ao universal que faz com que pensemos como que o outro na sua especificidade e diferença pode ter seus direitos garantidos?

3.2) O encontro entre universalidade e a singularidade: ou equidade?

Ao traçar a genealogia do universal a atenção para as fissuras entre campos díspares nos servem de estratégias, tanto para evidenciar os pontos de conexão de poder-saber, quanto para destacar possibilidades, brechas e linhas de fuga para o conceito de universalidade. Podemos assim chacoalhar terrenos aparentemente insuspeitos para deles extrair os perigos e as potencialidades do conceito de universalidade. Como estratégia para demarcar o sentido de universalidade que nos interessa, devemos por um lado confrontá-lo e aliá-lo a outros conceitos que o reconectem com a singularidade e por outro lado ligá-lo a uma função radical em nome da vida.

A universalidade precisa ser posta em contato com figuras que nada lhe devem em termos de cobrança e consistência: como singularidade, alteridade e heterogeneidade. Como afirma Jullien (2010):

Há de fato drama no pensamento europeu, uma vez que o universal tem como oposto, no seio do concreto, figuras que nada ficam a lhe dever em matéria de exigência: o *individual* e o *singular*; logo, também é a partir desse contrário que lhe convém interrogá-lo. (2010, pp. 26)

A história do universal, em contradição com a exigência do próprio universal, corresponde a uma aventura *singular* do pensamento que fundou as bases para a modernidade ocidental, como também seus impasses. Uma questão lançada por Jullien (2010) que permite conectarmos com os nossos problemas específicos da saúde se abre quando este questiona se a universalidade teria o mesmo sentido e o mesmo valor quando não aplicada à razão e à ciência, mas sim ao campo das relações humanas e à vida. Trata-se de fazer emergir uma perspectiva do universal que se conecte às singularidades, com as diferenças e com o atual. Um universal que não se esquive das provas inelutáveis do

conhecimento produzido com e a partir das experiências singulares e atento à diversidade de necessidades que o presente comporta. Esta perspectiva é definida por Jullien como uma rebelião contra o universal:

Daí esta terceira cena, atual, de rebelião contra ele, com a defesa da singularidade, não mais da Substância (como na Antiguidade), ou do Sujeito (como na filosofia moderna), mas do Outro das outras culturas (na época “pós-moderna”, da qual este é um dos argumentos. Uma vez que é fácil constatar que as outras culturas passaram longe de abordá-las, que até mesmo, muitas vezes, não a nomearam. Sua rebelião a esse respeito, com efeito, não pode então exprimir-se a não ser precisamente nesse termo europeu que se impôs a elas e que elas foram obrigadas a traduzir: logo mais uma vez pela boca do outro, logo, sempre traindo-se. Nem por isso, doravante, ela deixa de emitir seu rumor assim que nos referimos a ele, aquilo que de efeito de ambiência não poderia escapar: esse universal não consagraria realmente a supremacia exclusiva, hoje vacilante e ainda mais inabordável, da razão ocidental e, sob ela, o imperialismo de uma civilização? (p. 28)

A perspectiva da diferença entre as culturas é um prisma privilegiado para lançar luz ao tema da relação entre o universal e a singularidade. A perspectiva etnográfica trazida por Jullien é uma das possibilidades de ser abordar a tensão entre leis universais socialmente construídas e especificidades culturais. Mas este tema pode ser deslocado do problema da convivência entre culturas para o problema da convivência entre diferentes modos de vida que se expressam no interior de uma mesma cultura: como os casos dos gays, loucos, usuários de drogas, negos, etc. Não seria este o tema das minorias? São movimento que se apropriam do universal (enquanto conceito e lei) para que as diferenças possam se expressar e falar em nome próprio o sentido de universalidade que melhor lhes convém. A crítica de um universal que se constitui a despeito de uma experiência vivida parece mesmo ser o cerne deste debate e das desconfiças que o ameaçam. O autor nos provoca com a

questão: será possível pensarmos um universal à jusante da experiência, ou seja, que navegue de acordo com os movimentos da experiência vivida?

Se de um lado caminhamos por esta breve genealogia, em que o universal se apresenta como um todo pronto estável, e neste monólito buscamos encontrar suas fissuras, é para fazer na atualidade sua cartografia, que implica num exercício de buscar identificar os modos como coletivos singulares se apropriam a seu modo deste conceito e fazem dele uma ferramenta biopolítica, ou seja, a favor da vida.

O caso da saúde brasileira nos permite avançar nas proposições de Jullien e produzir, no encontro com outros pensadores, novas potências para se pensar os casos atuais em que o direito universal se confronta com temas como o direito ao exercício da diferença e da singularidade.

É neste ponto, de uma necessidade de conciliação entre o universal e a singularidade que emerge o conceito de equidade. A equidade surge, portanto, no limiar intransponível da universalidade e encontrará sua potencia não no ato de totalizar, mas no ato de distinguir. É como se o concreto do mundo vivido produzisse uma pressão sobre o mundo transcendental da universalidade e fizesse com que do alto deste conceito precipitasse outro conceito: a equidade. É, também, neste ponto que vemos a proximidade e a distinção entre equidade e igualdade.

O tema da equidade vem sendo tratado no campo da saúde coletiva como sinônimo do conceito de igualdade e veremos em que medida isso é um equívoco. Porém, mais do que demarcar equívocos, queremos explorar outras possibilidades da noção de equidade, que ao se atrelar diretamente ao conceito de igualdade, não são possíveis de serem exploradas.

Uma pesquisa realizada por Campos (2006) indica que na saúde, a equidade é utilizada com dois sentidos principais. Um primeiro sentido geral que tende a confundir equidade com a própria noção de justiça e igualdade e um segundo sentido aristotélico que trata a equidade como uma aplicação singular de uma regra geral. Sendo que há um predomínio do primeiro sentido em que prevalece a preocupação em se estabelecer regras justas para o conjunto da sociedade e não considerar tanto a segunda noção que atenta para as singularidades como campo de construção política. (Campos, 2006)

Verificamos que o conceito de equidade - *epieikeia* - nasce atrelado ao sentido de igualdade – *aequale*-, mas guarda em relação a este uma importante diferença. Como vimos o sentido de igualdade é traduzido em termos jurídicos por *isonomia*: que define que todos são **iguais** perante a lei. No campo das políticas públicas esse termo é incorporado pela noção de universalidade do acesso. Então, a correlação mais correta é entre igualdade e universalidade, pois um sistema universal é um sistema que garante que todos têm direitos iguais de acesso. Mas a aplicação de uma lei universal e geral precisa de mediações tanto operativas quanto conceituais, pois não é possível passar de um plano universal para o plano das singularidades de uma vez por todas. O conceito de universalidade é um princípio que define “o que deve ser feito”, sendo necessário criar outros conceitos que indiquem “como deve ser feito”. O sistema jurídico para que seja justo precisa levar em conta o modo como a regra geral se aplica ao caso singular.

Para Aristóteles (2009) a insuficiência da lei é corrigida pela prática da equidade, uma vez que o caráter universal daquela é adequada pelo exercício particular desta. Podemos afirmar que a equidade encontra-se num campo de práticas dinâmicas e imanentes aos problemas concretos, enquanto a igualdade encontra-se num campo estático e transcendental da lei. Na mitologia grega, *Olimpo* é o lugar em que impera a perfeita

harmonia, igualdade e justiça. Caberá à história e ao tempo incluir uma desestabilização neste plano perfeito, pois caso contrário a vida seria estática e enfadonha. A construção do mundo é feita a partir das forças do caos e das forças do cosmos. Pois sem cosmos a vida seria puro caos, um total desequilíbrio e pura desigualdade. A justiça enquanto instituição tenta então estabelecer um sistema justo, no sentido da justeza que tem como pedra fundamental a busca pela igualdade.

Este sentido apontado por Aristóteles também é de entendimento comum ao campo do Direito, de que a equidade consiste na adaptação da regra existente à situação concreta a fim de deixá-la mais justa, levando-se em conta o sistema jurídico, os princípios gerais do Direito e o regime político e Estatal vigente.

O conceito de equidade nasce, então, ao lado do conceito de igualdade numa busca de tornar a aplicação de leis universalmente válidas, mais justa. Além deste, podemos citar um conjunto de conceitos que surgem ao lado de equidade – justiça, democracia, jurisprudência. Estes conceitos se agregam ao conceito de equidade num plano que denominaremos num primeiro momento de plano jurídico, que em termos mais gerais destina-se a tornar a vida em sociedade mais justa. Mas quando o conceito de equidade é inserido no campo da saúde, por exemplo, outros conceitos lhe acompanham e comparecem com muita frequência – acesso, distribuição, cobertura, recurso, participação, etc. Entre estes dois campos existem muitos elementos para serem explorados que nos exigirão traçar um percurso que de saída não abordará todas estas conexões na sua extensão. Partiremos do problema que cerca o conceito de equidade.

Como vimos, podemos dizer que o problema que cerca o conceito de equidade encontra-se no limiar do conceito de igualdade. A desigualdade está para a igualdade como um oposto a ser superado assim como a diferença está como um oposto a ser incluído.

Vejam que a igualdade se encontra cercada de ambos os lados: de um lado as desigualdades farão da igualdade um princípio necessário e de outro as diferenças farão da igualdade um princípio contingencial, não no sentido negativo, de ora se fazer necessário e ora não, mas no seu sentido positivo, de que ela deve se adequar às singularidades de cada caso, ela deve estar atenta às contingências.

Nesse primeiro momento a equidade é, portanto, o exercício de adequação de uma norma geral a um caso específico. Ou seja, enquanto a igualdade representa o esforço de definir uma referência universal e transcendental a todos os homens, a equidade representa o esforço por diferenciar, distinguir as situações para ser exercida em casos concretos e atuais. A isonomia iguala e a equidade distingue. Se por um lado a igualdade tem como oposto antitético a desigualdade, por outro ela tem como seu polo complementar a diferença, que não lhe deve nada em termos de cobrança de coerência e consistência da sua aplicabilidade. A diferença é a condição da equidade, fazendo da universalidade um conceito forte. É justamente porque há diferença entre os homens e seus contextos que a equidade se faz necessária. E seu exercício não será para anular as diferenças, mas sim para diminuir as desigualdades levando em conta as diferenças.

A equidade indica um modo de fazer valer a universalidade, sendo incorporada na saúde enquanto uma diretriz metodológica. A equidade na saúde se vê descolada dos limites do direito, e estabelece uma ligação mais direta com o tema do acesso. As construções de arcabouços teóricos e técnicos para garantir uma equidade do acesso em saúde tende a levar em conta padrões de desigualdades, sejam desigualdades nas condições de saúde e desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde. Grupos socialmente menos privilegiados são mais vulneráveis e, portanto, correm maior risco de adoecer e morrer. Isso corresponde às iniquidades em relação às condições de saúde que variam de

acordo com a situação socioeconômica da população. As iniquidades de acesso aos serviços de saúde correspondem ao modo como se organiza e se estrutura o sistema de saúde. (Travassos e Castro, 2008)

O sentido de equidade implica na busca pela organização de um sistema que amplie o acesso para os grupos menos favoráveis. Equidade é, portanto uma equalização, um ajuste permanente e infundável. A tendência de análise sobre equidade do acesso tende a ser focada a partir da definição de determinantes sociais de saúde. Longe de negar a importância dessas análises, elas não esgotam a potência do conceito. Este prisma de análise mantém a noção geral de que a equidade é uma aplicação local de uma regra geral: aplicação da regra geral de universalidade em contextos e situações de desigualdade. Por outro lado, a situação concreta, as situações singulares são todas observadas, classificadas e analisadas sob a luz na noção de desigualdade, ficando em segundo plano um olhar para as diferenças e singularidades.

As desigualdades (sociais) são efeitos do modo como são distribuídos e acessados bens e serviços materiais e imateriais de todas as ordens. Num mundo capitalista este tema ganha especial relevância porque neste modo de produção se estabelece um jogo entre as classes sociais que define meios extremamente desiguais de distribuição e acesso a esses bens e serviços. Na sociedade brasileira este tema ganha maior relevância ainda, pois se trata de um país que, apesar das políticas de distribuição de renda dos últimos anos, ainda se destaca no ranking dos países mais desiguais do mundo. Grande parte da riqueza nacional se encontra sob o domínio e posse de um pequeno grupo e a grande maioria da população se encontra em situação de pobreza e dificuldades socioeconômicas: um país de uma minoria muito rica e de uma maioria muito pobre.

O desafio imposto pela diferença é o ponto de inflexão ética, porque exige a constituição de um plano de composição que não passa pela via da regra geral e nem pela via segregação/exclusão. Como incluir a diferença? Como compor com a diferença? Esse é um problema real e forte. Como diminuir a desigualdade e incluir a diferença? As diferenças devem, portanto, ser incluídas e não superadas. A diferença pode se expressar de várias formas e em diversos sentidos através das lutas de minorias que buscam inserir num plano de formas constituídas outras formas de vida, novas posições desejantes.

A equidade pode operar por três vias: a via compensatória quando diante da “inevitável” desigualdade gerada pelo capital, objetiva-se minimizar as desigualdades entre quem tem e quem não tem - uma distribuição compensatória. Embora, neste caso, saiba-se que as políticas sociais não têm o potencial de alterar o padrão econômico e situação de classe. Uma segunda via que mantém vivo o ideal de igualdade, em que a equidade seria uma aplicação da regra geral ao caso singular. Mas podemos inferir que a equidade, entendida como aplicação a um caso singular de uma regra geral terá sempre um limite, uma vez que o caso singular ao qual a regra geral se adéqua tem o potencial de alterar a regra geral. O movimento da atualidade opera forçando que nossas regras sejam revistas, o modo como nos organizamos, por exemplo, enquanto sistema ou rede de saúde, etc. A tentativa de manutenção de uma regra frente ao caráter inédito do atual é uma forma de imposição, de ressentimento e saudade do que já passou. Em suma de tentar parar o tempo e a história. Os efeitos concretos desta política cognitiva têm levado a vida a sérios danos.

Nesse sentido, Campos (2006) nos conduz ao que chamamos de uma terceira via, que defende que a equidade não seja movida somente por forças externas aos processos concretos de produção de saúde. Sua principal questão diz respeito à difícil tarefa de definição de critérios de necessidades, uma vez que estes critérios estão atravessados por

interesses diversos imersos em relações de poder. Quais são as forças políticas que definem o que é prioritário?

Não bastaria, portanto, classificar *a priori* a prioridade ou a essencialidade desses ou daqueles tipos de necessidades, segundo critérios técnicos, políticos ou morais. Seria importante manter a possibilidade de eleição de prioridades mesmo em ato, ou seja, quando a vida mesma se realiza em sua inteireza. Este é o aspecto **utópico** da equidade, já que remete à constituição de uma grande maioria de pessoas propensas a respeitar-se e a respeitar o direito dos outros, evitando, ao máximo, o uso da violência. A identificação da equidade com noções genéricas de justiça ou de direito facilita sua compreensão, mas não necessariamente facilita sua aplicação social (2006, pp. 28-29 [grifo do autor])

A demanda, a necessidade e o desejo não são coisas separadas em absoluto. O desafio proposto por Campos (2007b) é a construção de mecanismos em que os sujeitos possam coletivamente construir suas necessidades, uma vez que na sociedade capitalista a produção de desejos é um dos motores para produzir novas necessidades (Deleuze e Guattari, 1976). Isso implica dizer que a equidade deveria associar o conjunto global de necessidades em saúde com os movimentos que atentem para as singularidades de grupos.

Logo, para organizar sistemas de saúde dentro da perspectiva macropolítica é fundamental trabalhar com a noção de equidade atrelada a determinantes sociais de saúde, entretanto, sabe-se que a micropolítica exercida nos cotidianos dos serviços tem o potencial de contribuir para a equidade, porque são instâncias do campo político que influenciam nos padrões de acesso (Cecílio, 2001).

A iniquidade pode ser enfrentada, com diferentes graus de governabilidade, nesses diferentes espaços. Adoto a idéia de que, se por um lado, há uma forte relação de determinação do espaço geral para o particular e deste para o singular, por outro é importante reconhecer que o espaço singular, aquele dos serviços, pode trabalhar, e trabalha, com alto grau de autonomia, podendo gerar

contra-vetores com capacidade de determinação das políticas definidas nos espaços “superiores”, em particular se for capaz de escutar e fazer ressoar as necessidades trazidas pelos usuários. Mais do que isto, entendo que tanto o tema da equidade como o da integralidade, só poderão ser trabalhados com a necessária radicalidade se forem tomados como tema dos processos de gestão dos espaços singulares, lugares de encontro dos usuários e dos trabalhadores de saúde. (Cecílio, 2001, pp.123)

Essa dimensão da equidade se torna mais possível de ser exercida a partir de medidas que atentem não só para políticas e incentivos que busquem incluir as minorias mais vulneráveis, mas para processos de trabalho que no cotidiano das organizações dos serviços possam incluir e acolher diferentes modos de vida.

O exercício da equidade como condição e meio para produção de saúde implica em não reduzir este exercício a um modelo jurídico, em que um mediador se coloca na posição de definir os modos de aplicação de uma regra geral. A equidade implica na ampliação do grau de autonomia dos grupos envolvidos na construção de critérios e regras sobre o modo de funcionamento de suas práticas que irão interferir diretamente na distribuição de recursos. Nestes termos a equidade se põe como ponto de aproximação entre o universal e o singular a partir da “instituição de mecanismos singulares que permitissem regular e até mesmo alterar a aplicação destas diretrizes coletivas aos casos particulares ou individuais.” (Campos, 2006, pp.26). A possibilidade de se pensar que os casos singulares alteraram diretrizes gerais, é um terceiro sentido de equidade que se anuncia, pois insere a equidade numa circularidade criativa em que a universalidade (todos têm direito) tem que ser rebatida pelas forças do presente, do atual, do inédito. Retoma-se assim a articulação entre universalidade e vida, uma vez que a “justiça social não adviria somente da disponibilidade de bens e serviços, mas também da oportunidade de aceder-lhes e ainda da capacidade dos protagonistas de defenderem sua própria vida.” (Campos 2006, pp. 27)

3.3) Universalidade imanente à vida

Uma potencia para se pensar o conceito de universalidade é conectá-lo à dimensão singular da vida. Cada vida é única, assim como os processos que em cada vida se inauguram e se desencadeiam. Essa dimensão da vida, enquanto processos singulares, deve ser defendida e orientadora da própria noção de universalidade. Essa orientação é proposta por Merhy (2012) a partir da afirmação de que “qualquer vida vale a pena ser vivida”. Sendo este o sustentáculo ético-político que dá base para que “todos tenham direito a vida”.

Nesse sentido, colocar a imagem do “SUS utopia” tem o sentido de mostrar a disputa central que certo modo de fazer o SUS deve carregar dentro de si, com clareza suficiente que lhe abra a possibilidade de que o SUS só se realiza na medida em que se governa pelo lema: a vida de qualquer um vale a pena. E, se a vida de qualquer um vale a pena, isso deve ter a força, tensa é verdade, de que ali no fazer cotidiano do cuidado, não é só a vida de quem se considera socialmente significativa que deve ser valorada, mas de modo fundamental a vida daquele morador de rua, daquele desinvestido socialmente. (Merhy, 2012, pp.269)

Esse encontro entre universalidade e vida é, também, abordado por Jullien a partir da problemática dos *Diretos Universais do Homem*. A potência dos direitos humanos se encontra menos no seu caráter prescritivo e mais nos modos como eles vêm sendo apropriados em diferentes contextos. Segundo o autor a noção de “homem”, enquanto indivíduo, contida nos Direitos Humanos, é inalcançável na cultura indiana e chinesa, por exemplo. Assim como noções como “saúde”, “infância”, “educação” e “trabalho” são intransponíveis de uma cultura a outra. Menos importante do que seu conteúdo, o autor aponta para a sua potência enquanto conceito, numa dupla função: de operatividade e de radicalidade.

Sua *operatividade* enquanto conceito corresponde à possibilidade aberta pelo seu exercício de abstração, que possibilita ser apreendido de modo distinto em outros contextos. Nesse sentido sua função se define não como um conjunto de prescrições, mas como uma regulação lógica, uma vez que esvaziada de conteúdo ela opera como pura forma - um *a priori* lógico - sendo intelectualmente manipulável e funcionando como ferramenta para o diálogo entre as culturas.

A função de *radicalidade* proposta pelo pensador, reside no fato deste, enquanto conceito, se apoderar do humano não enquanto indivíduo, mas do humano enquanto limiar da existência: pelo simples fato de ter *nascido*.

(...) o que entendo por sua capacidade de radicalidade - ou despojamento - conceitual é que ele se apodera do homem no estágio mais elementar, no limiar da existência, considerando o homem sob esta ultima condição, a montante de todas as demais, que vale então como incondicionado: apenas na medida em que é *nascido*. Ora, sob esse ângulo não é tanto o indivíduo que é visado (como construção ideológica acerca do qual poderemos mostrar o que se preserva de arbitrariedade), mas simplesmente o fato de que o homem está envolvido - “do homem” não sendo tanto aqui um genitivo possessivo (no sentido de que: pertence ao homem), mas partitivo: a partir do momento em que o homem está em pauta, surge, um *a priori*, imprescritível. (Jullien, 2010, pp. 148)

O homem aqui em questão não se refere a um certo tipo ideal de homem, ou a uma natureza humana, mas ao homem enquanto limiar da existência, enquanto ponto de conexão com a vida. Trata-se de uma inflexão em que os direitos humanos se tornam uma ferramenta pelo direito à vida. É em nome do ser nascido que os direitos humanos se tornam uma ferramenta fundamental para dizer *não* e dar um basta nos movimentos de aprisionamento da vida. Uma vez que “*não podemos pretender ensinar universalmente como viver, em contrapartida eles são um instrumento insubstituível para dizer não e protestar, para pôr um ponto final no inaceitável, calçar-se com uma resistência*” (p. 148).

Diversos movimentos mundo afora aderem aos direitos humanos sem que para isso conheçam ou adiram à ideologia ocidental, e encontram neste conceito seu último recurso para dizer não e protestar: eis a sua função enquanto conceito/princípio regulador operando numa radicalidade em nome da vida. Enquanto força de protesto, os direitos humanos se tornam uma ferramenta infinitamente reconfigurável e mundialmente cambiável, porque simplesmente se erguem como protesto em nome da vida, enquanto um limiar da existência.

Essa relação entre universalidade e vida enquanto uma ferramenta reconfigurável insere o universal num circuito aberto e criativo, e não como uma linha vertical, fechada e normalizadora. Esta abertura no conceito, a partir de uma perspectiva que entende a vida enquanto expressão de diferenças e singularidades, inaugura um sentido de universal enquanto um movimento *univerzalizante*.

A propósito de *universalizante*, tomo um desvio em nossa palavra com vistas a exprimir ao mesmo tempo duas coisas: (1) em vez de supor nos direitos humanos uma universalidade que eles deteriam desde sempre, por uma espécie de inatismo conceitual, ou transcendentalismo, inspirado naquela da natureza humana, o *universalizante* surge, por seu partícipio presente, que o universal vê-se em curso, em marcha, em processo (não concluído): em via de se realizar; (2) ao mesmo tempo, em vez de se deixar conceber como uma propriedade ou qualidade passivamente possuída, o universalizante sugere que ele é autor, agente e promotor: que é em si mesmo vetor de universal, e não por referência a e dependência de alguma representação instituída; que não deve portanto ser indexado, como se fez comumente sobre a extensão possível de uma verdade. (pp. 150)

Distingue-se um sentido de universal que se pretende *universalizável* de um universal que se reconfigura enquanto um *universalizante*. O universalizável pretende uma extensão universal e unívoca enquanto enunciado de verdade. Institui-se enquanto um

“poder-ser” acusado de fraudulento e excessivo por não ser comprovado. O *universalizante* se vê imune deste problema, pois não se atrela a uma representação fixa, se move e desestabiliza e “medimos o seu valor pela potencia e intensidade desse efeito”. (pp 152). A questão dos direitos humanos não é mais saber se ele é universalizável, ou seja, se ele pode ter valor de enunciado de verdade para todas as culturas. Pois a resposta seria não. Mas sim saber sua potência enquanto univertzalizante, ou seja, o quanto ele pode ser recriado em diferentes contextos em nome da vida.

O mesmo pode ser feito em relação ao *Direito Universal à Saúde*, mas nesse caso devemos nos confrontar com o enunciado de uma verdade sobre a saúde enquanto representação universalmente válida. Saúde neste caso seria um conjunto de prescrições que devem ser adotadas por todas as pessoas, como um estado pré-definido e estático.

Um dos problemas dos sentidos de “universal” é quando em nome da vida, se atribuem valores morais universalmente válidos e a partir deles se definem prescrições universalmente impostas. Neste caso alguns modos de vida teriam mais direitos do que outros, porque se aproximam de valores universais de homem, de saúde, de comportamentos, etc. Enquanto outras formas de vida, por se afastarem ou se contraporem aos sentidos universais de homem, de saúde, perdem gradativamente o seu direito. Por isso, alguns autores, entendem que uma defesa radical da vida implica em identificar a vida numa dimensão ainda não qualificada, como uma essência singular.

O ponto de desestabilização destas duas categorias é demarcar elas como limiares da vida, enquanto expressão da vida na sua dimensão não representativa, vida enquanto potência criadora e não universalizável. E esse é o ponto de encontro entre a potência dos Direitos Humanos e do Direito à Saúde, sendo este um parágrafo daquele. Nos dois casos o ponto em comum não é tanto o Homem enquanto representação universal, nem mesmo a

saúde enquanto um conjunto de prescrições. O ponto em comum é justamente a defesa pelos diferentes modos de vidas que se expressam.

O que o autor quis destacar ao indicar uma relação entre direitos universais e vida, vida entendida enquanto limiar da existência, se aproxima da definição de vida que outros filósofos propõem. São definições que têm por missão evitar cair nas arapucas normalizadoras da própria vida. Vida, aqui, é qualquer vida, qualquer forma de vida, uma vida que não seja moralmente qualificada. O exemplo trazido por Jullien (2010) é o “ser nascido” como um limiar de existência, de uma vida não qualificada, uma vida enquanto potência da vida.

O tema da vida é, também, abordado por Deleuze (1997) numa perspectiva semelhante a essas apontadas até aqui. Deleuze (1997) cita um romance em que um canalha, um homem mau, detestado por todos de sua comunidade se encontra no limiar da vida, afogado e prestes a morrer. As pessoas desta comunidade são tomadas por um afeto de beatitude e amor pelo moribundo, pondo-se a salvá-lo. Quando este se recupera e retoma seus traços de maldade, as pessoas voltam a desprezá-lo e a se afastar dele. A questão posta por Deleuze (1997) é entender o que se passou quando a vida, não mais identificada a um sujeito, mas conectada a uma existência impessoal, porque desprovida dos traços de individualidade, desperta nas outras pessoas uma conexão com aquele que outrora era odiado. Quando o moribundo se recupera e esta vida é retomada por qualidades individuais, logo de maldade e desprezo, o afeto de beatitude que havia tomado a comunidade vai aos poucos desaparecendo.

A experiência vivida por esta comunidade em relação ao acamado no limiar da vida traz os elementos que permitem ao filósofo apresentar o conceito de vida: uma pura imanência, como uma essência singular impessoal. A minha vida, sua vida, a vida daquela

criança é sempre uma vida de alguém, qualificada. Mas UMA VIDA é sempre indefinida (atentemos para a utilização do artigo indefinido) e impessoal. Entretanto esse impessoal dará passagem para experiências singulares de se viver a vida.

Enquanto Jullien (2010) demarca esse limiar da vida na relação entre a defesa dos direitos humanos e o ser nascido, Deleuze busca o outro ponto limiar da vida, um caso de um acamado perto da morte. O que se operou na comunidade em relação ao acamado foi mais uma conexão com a vida na sua dimensão impessoal do que com a vida qualificada de um sujeito específico.

Enquanto Deleuze e Jullien apontam para a vida no seu limiar, Spinoza (2009) e Canguilhem (2011) buscam traçar uma perspectiva semelhante sem que para isso tragam exemplos limites. Para Spinoza (2009), vida é definida como *conatus*, o esforço em se perseverar na existência. Esse esforço implica num movimento permanente de construção de novos modos de vida. Logo vida, tem um duplo sentido: vida enquanto potência e vida enquanto modos de vida. Essa perspectiva foi muito bem explorada por Canguilhem (2011), na medida em que este define a vida não como algo da ordem do invariante, mas como um processo de criação de normas que possibilitem a continuidade da própria vida. O desafio imposto para uma ciência da vida consiste no fato de que o habitual da ciência é buscar regras invariantes e universais. Entretanto, para a vida o que se coloca como da ordem dos invariantes são sintomas e doenças. A doença é uma incapacidade do corpo de criar novas regras, o que coloca o sintoma como uma constante, uma regra que não varia. A vida é, portanto, da ordem da variação, na medida em que é a partir da criação de novas regras (ou novas normas) que o ser vivo resolve os problemas que lhes são impostos. Para Canguilhem (2011) a vida possui duas dimensões: a dimensão da vida vivida, que é a experiência de vida ou numa linguagem spinozana refere-se aos modos de viver a vida; e ao

vívido que há em toda vida. Esse vívido é, portanto uma potência criadora de novas normas, que numa aproximação com Spinoza é o próprio *conatus*. Essa potência de criação de novos modos de vida, o filósofo chamará de normatividade.¹⁵

A vida nestes termos não se refere a uma forma finalizada, tal qual se apresenta no campo empírico ou fenomênico. Ela é o próprio plano de constituição da vida, uma imanência pura: “UMA VIDA”, dirá Deleuze. Vida nestes termos se refere ao plano de constituição da vida, é o vívido de toda vida, uma vida impessoal anterior e coextensiva a toda vida qualificada. Para esta perspectiva, os conceitos, seja o próprio conceito de universalidade ou outro qualquer, se encontram em conexão com essa dimensão da vida, uma vez que eles existem para dar passagem e criar linhas de fuga para os problemas impostos a vida. Criar conceitos é uma estratégia para projetar novos rumos que deem passagem frente aos problemas que despotencializam a vida.

Nesta mesma linha de pensamento é que Jullien (2010), a partir das suas observações do uso transcultural dos direitos humanos, cartografou um uso imanente do conceito de universal a partir do modo específico como em cada cultura este passa a ser um instrumento submetido não mais a princípios lógicos, mas a lutas políticas de diferentes grupos e minorias. A função de radicalidade alia sua função lógico-transcendente com sua função ético-imanente.

Quando retornamos para a experiência de constituição da universalidade enquanto princípio do SUS, nos deparamos com uma aproximação entre a experiência brasileira de luta em defesa da saúde universal e o pensamento de Jullien sobre os direitos humanos. A partir do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, vemos que a função de protesto foi

¹⁵ Verifica-se aqui a importância de nos conectarmos com os filósofos, porque por alguma razão eles permitem irmos mais longe e explorarmos ao máximo a potência do conceito.

uma resposta aos riscos reais impostos à vida, e aqui podemos circunscrever a vida do povo brasileiro, num momento de autoritarismo de governo e apropriação da saúde pela ética do mercado, que um movimento começa a se erigir em nome da vida: da vida dos que nascem, dos diferentes modos vividos e em nome das vidas que se encerram.

Ao atacar a suposta neutralidade da universalidade, ao contrário do que postula o universal, veremos que é justamente seu caráter contingencial e histórico que possibilitará extrair dele sua máxima potência enquanto conceito – diremos *universal imanente à vida*. A sua força está na sua história e no modo como ele foi utilizado em diferentes contextos, cabendo a nós pensar o caso brasileiro de universalização do acesso à saúde. Acessar o universal como um parágrafo da história do pensamento em nada subtrai sua potência, muito pelo contrário, nos atenta para o risco do seu uso despótico e ressitua as acusações para as quais suas defesas são frágeis, de ser fraudulento uma vez que ele não é comprovado na experiência; para tal a universalidade deve ser recoberta por outra problemática uma vez que passa a ser acessada não pela via da *verdade* e do *todo*, mas em termos de um processo de construção histórica.

O universal nestes termos não é da ordem da *verdade*, mas do *recurso*, pois apesar de não ser causa da resistência, ele é um vetor, um ponto de passagem - conceito de universalidade como um *traço intensivo*. É, portanto, uma função constituinte e imanente de construção permanente de novas possibilidades de ampliação do acesso à vida. Partimos do caso dos direitos humanos para o da universalidade do acesso para extrair ganhos que se apliquem à realidade do SUS. A universalidade opera como ferramenta para que diferentes grupos, sujeitos e movimentos, possam em nome da vida, dar um basta e protestar, a seu modo, o direito à saúde e à vida.

Quando no caso do SUS nos deparamos com a forma constituída do “todos têm direito”, esta forma deve ser entendida nesta dupla acepção: enquanto forma constituída e enquanto força constituinte imanente aos problemas da vida. Por isso não importando o credo, o gênero, preferência sexual, estilos de vida. Esse indiferenciado não é uma indiferença, mas um incondicional: não importa quem seja, o SUS deve acolher! O que conecta a universalidade ao campo de imanência é antes de tudo uma conexão afetiva, entendendo o conceito como uma passagem de afetos e afecções. Retomamos a nossa questão inicial, a lei *per si* não é, portanto garantia da efetivação do acesso, mas é uma possibilidade de garantir.

Quando no campo das políticas públicas a universalidade é operada pelo prisma de verdade e representações universais que qualificam todas as vidas, adentramos nas práticas de dominação. Quando as normas (sejam médicas ou jurídicas) se tornam invariantes universais para o conjunto da população, o campo dos direitos universais passa a ser manipulado enquanto imposição que ignora os movimentos singulares da vida.

Existem, portanto, dois riscos para a universalidade: um primeiro é o do esvaziamento; quando se deixa de lutar em nome da vida e do direito à saúde, a universalidade deixa de ser acessada pelas forças constituintes e se esvai de sentido. O segundo é o da má apropriação ou apropriação despótica; quando em virtude do esvaziamento, ou de outras composições de forças a universalidade passa a ser acessada por interesses autoritários. Um exemplo disso é quando o acesso à saúde passa a ser não um direito, mas uma obrigação. A história da saúde pública tem referências dessa forma de apropriação do sentido de universal. Práticas higienistas, práticas de exílio, práticas de imposição ao corpo da população são os índices do autoritarismo sanitário. A consequência imediata disso é o entendimento de que no plano das experiências não existe totalidade, não

podendo haver regras que definem modos de existência universalmente válidos. É neste ponto, de conexão entre universalidade, singularidade e vida que a redução de danos comparece como um conceito-potência para se pensar modos de gestão e atenção a modos de vida que incluem em seu repertório o uso de drogas. Ao mesmo tempo servindo como conceito-político na medida em que resiste às forças autoritárias que a abstinência, como norma de conduta, imprime sobre as ações em saúde.

3.4) Universalidade e a produção do comum: confrontos e encontros entre redução de danos e abstinência

Vimos a partir da genealogia da universalidade que este princípio se configura como um regulador lógico, sendo, portanto, uma referência e norteador sobre **o que deve ser feito**; no caso da saúde **garantir acesso igualmente a todos os cidadãos**. O direito é igual para todos e não o modo como as pessoas devem conduzir suas vidas. Mas pode acontecer da universalidade se tornar um conceito-operador, invertendo seu sentido e sua função, fazendo do igual uma orientação sobre os modos de viver. Nesses casos não se busca mais garantir igualdade de direitos, mas de querer impor, para certas situações, que todos sejam iguais, pensem da mesma forma, se comportem da mesma forma. A universalidade se vê reduzida e submetida a um exercício de uniformização. Criam-se sistemas identitários que operam por homogeneização da vida. É justamente sobre esta distinção que reside o confronto entre os paradigmas da redução de danos e da abstinência.

Ao fazer uma genealogia da universalidade e do poder pastoral vemos o ponto de convergência entre abstinência e o universal da salvação. O paradigma da abstinência antes de operar a universalidade enquanto um **recurso** em nome da vida se aplica enquanto uma **verdade** sobre a vida. Quando se alia à política que presume um mundo livre das drogas, o

paradigma da abstinência se aplica enquanto norma que impõe a todos os usuários de drogas um modo de vida livre das drogas. O sentido de **todos** deixa de ser um exercício de abstração formal e passa a ser levado às últimas consequências práticas. A universalidade da salvação não se reduz a uma referência lógica, ela é um modo *operandi* agenciado na saúde através do paradigma da abstinência.

Ao confrontá-la às noções que propomos, verificamos que o paradigma da abstinência desconsidera o outro, as singularidades e as diferenças enquanto categorias que devam ser incluídas e potencializadas. Quando o desejo do outro confronta com esta diretriz, afirmando outro modo de vida, a via passa a ser a utilização da força e da dominação total sobre o outro. Observa-se que o campo da saúde é posto em contradição, uma vez que exclui as pessoas que não aceitam a abstinência como condição e meta para o seu tratamento; sejam estas pessoas conscientes ou não de sua posição subjetiva e desejante.

O que fazer com estas pessoas? Negá-las cuidado em saúde? Forçá-las ao tratamento? Propor alternativas à abstinência? É o sentido de universal que entra em cena, uma vez que o “todos têm direito” entra em conflito com o “todos devem parar de usar drogas para terem direito”. Os modos de apropriação do princípio de universalidade ganham sentidos distintos a partir das diferentes normas que organizam o acesso e o cuidado em saúde.

Quando as práticas de atenção à saúde são direcionadas pela abstinência, seja como regra, norma ou meta terapêutica, o sentido de universalidade de acesso encontra-se condicionado. Isso em si não é algo exclusivo da abstinência, uma vez que qualquer serviço ou rede de atenção em saúde possui condicionantes, mesmo num sistema universal. Em que medida a abstinência como condição para todos os usuários de drogas gera inevitavelmente

uma limitação de direito e acaba por impor, não somente condições, mas restrições ao acesso?

Em uma suposta reunião entre gestores para definir os caminhos da política de saúde para usuários de drogas num determinado estado brasileiro debateu-se sobre o atual documento de regulação das Redes de Atenção Psicossocial: “como pode constar neste documento que a Redução de Danos será uma diretriz? Quer dizer que os usuários de drogas vão poder circular livremente usando drogas na instituição? Na minha instituição são realizados exames de urina diariamente para impedir que os usuários usem drogas durante o tratamento”. A pergunta que veio desta arguição foi a seguinte: “e o que acontece com os usuários que não aderirem à proposta de abstinência? Voltarão para as ‘cracolândias’ sem nenhum tipo de cuidado em saúde? O SUS como um sistema de saúde universal não pode deixar de prestar atendimento para a parcela da população que não adere à proposta da abstinência”.

A abstinência como regra absoluta insere o sentido de universal proibicionista, operando como um conceito que agencia um conjunto de pretensos universais: uma concepção universal de saúde como sinônimo de vida livre das drogas, o universal de que as drogas fazem necessariamente mal a saúde, um universal de que todos devem parar de usar drogas. A abstinência delimita um campo de práticas totais que fazem do universal uma ancora de produções de verdades sobre o homem, sobre a saúde, sobre a vida e define uma regra única para todos os indivíduos. O sentido de singularidade, neste caso fica subsumido a uma regra maior e primeira, o que implica dizer que a singularidade é um modo específico de se aplicar uma regra geral, mas desde que esta singularidade esteja em adequação a esta regra. Trata-se, portanto, de um sentido fraco de singularidade, pois

neste caso o singular está submetido ao geral: para cada caso um modo específico de se alcançar a abstinência.

A abstinência quando se autointitula como única regra possível torna qualquer outra forma de regra, que não esteja a ela submetida, uma espécie de não regra. Mas ao fazer isso a abstinência compete diretamente com o sentido de universalidade do acesso enquanto um recurso jurídico e estabelece limites ao próprio princípio do SUS. No limite do seu exercício ela buscará incluir a todos, logo para aqueles que não aderem por vontade própria, passam em nome da saúde a serem forçados. A utilização da força se torna uma consequência operatória do próprio princípio de abstinência. Vemos a abstinência ser o operador e o código de conduta que faz o agenciamento entre o campo da saúde e o campo da segurança e da justiça. A abstinência se torna uma espécie de código totalitário que agencia uma rede institucional sob a alegação de estar a serviço do “bem”. A própria regra da abstinência se torna compulsória, na medida em que ela passa a operar no conjunto da sociedade sobre o conjunto da população.

Iniciativas de “internação compulsória” e/ou “acolhimento compulsório” para usuários de crack, álcool e outras drogas, correspondem a esta faceta despótica da utilização perversa da universalidade. O anseio de tornar todos iguais é antes de tudo uma prática autoritária de governo ou de governos *totalitários*. É nesse sentido que apontamos que a universalidade só pode ser um operador lógico e não um operador metodológico. Ele tem uma função de princípio, de ser referência incondicional em vista do que diversos movimentos podem em nome da vida se apoiar e afirmar sua singularidade. Mas o contrário bem que pode acontecer: de ser uma referência para que em nome da vida se apliquem condutas que apaguem as singularidades, uma vez que a elas são alheias. Eis o ponto em que o divórcio entre o universal e o singular se torna uma arma perversa em nome

da vida, da segurança e da saúde da população; um biopoder. O “todos” da lei passa a sofrer uma torção quando operado por tecnologias de governo que definem que “todos” devem ser igualmente: saudáveis, livres das drogas, alocados em lugares protegidos, etc.

O efeito inevitável é uma suspensão dos direitos e liberdades individuais, a instauração de um estado de exceção. Estamos o tempo todo às voltas com esta possibilidade de definir como legítima a instauração, quando não de um governo totalitário, de situações em que o uso da força se justifica. Por isso a defesa da universalidade como função lógica e não prática depende não só de uma compreensão filosófica e epistemológica, mas dos modos como este conceito é acessado por movimentos políticos organizados.

Reduzir dano como objetivo das ações de saúde para usuário de crack, álcool e outras drogas indica que a RD investe sobre as experiências com as drogas que se tornaram danosas. Disso se subtrai três conclusões lógicas: i) a primeira é que a RD parte do fato empírico de que nem todas as experiências com as drogas são danosas; ii) a segunda é que nem todos que tem relações danosas com as drogas desejam parar de usar drogas; iii) que os danos podem ser de diversas ordem, cabendo ações em saúde que atentem para esta diversidade e possam trabalhar com a especificidade de cada caso.

Parar de usar drogas como meta terapêutica, se torna uma possibilidade e não a única meta para *todos* os casos. Identificamos aqui o encontro e o confronto entre redução de danos e abstinência. O encontro é que para a redução de danos, o estado de abstinência é uma possibilidade clínica. Não se trata de um confronto com a abstinência como *meta possível*, mas da abstinência como *regra absoluta*.

Quando a redução de danos propõe um acolhimento às diversidades, invariavelmente ao invés de se trabalhar com a noção de todos, para exprimir a dimensão

coletiva da ação, se inscreve a noção de multiplicidade. No seio do concreto da experiência, o “todos” defendido pela lei, é antes de tudo uma multiplicidade. O comum implica no compartilhamento de multiplicidades de experiências em que as diferentes singularidades possam se expressar.

Normalmente somos guiados por uma racionalidade em que o compartilhamento tende a ser apreendido na forma do conjunto, da identificação e da semelhança. O conceito de produção do comum implica em pensarmos uma forma de compartilhamento e cooperação em que justamente a diferença e a singularidade são ao mesmo tempo um efeito do encontro de corpos e o que se busca produzir neste encontro. Não importando tanto as diferenças em si, mas os processos de diferenciação e de constituição de modos de vida singulares. O sentido de singularidade operado pela redução de danos não pressupõe uma relação transcendental entre a ação e o que norteia essa ação, como uma norma universalmente válida, mas um plano de constituição de coletivos e produção do comum. (Spinoza 2009; Negri e Hardt 2005; Jullien 2010). As referências que orientam nossas ações não se encontram numa regra transcendental à experiência vivida, mas são produzidas pelo próprio compartilhamento de experiências.

A produção do comum implica em processos de construção de referências, direções e normas em que novas sensibilidades possam ser ativadas. Qual o momento para se indicar a um usuário de crack em situação de rua um tratamento específico para o problema de drogas? Quando indicar a um usuário em situação de rua que ele precisa parar de usar drogas?

Um tipo de proposição desta natureza não pode ser uma regra geral, como algo que se imponha a todo momento para todos os casos. Isso seria insuportável e frustrante, para os trabalhadores e para os usuários. A RD aciona um sentido de universalidade enquanto

abertura de possibilidades de garantir o acesso definidas pela qualidade do encontro que se produz entre usuário e redutores de danos, entre redutores de danos e equipes multiprofissionais de saúde, entre trabalhadores e gestores. A metodologia se constitui pelo acúmulo de diversas experiências e pelo compartilhamento delas. Mas a direção passa a ser definida pelo encontro e pela ampliação dos atores envolvidos na construção desta direção.

A emergência da população, ou melhor, da vida da população como objeto de governo (Foucault, 2008 e 2009) trouxe um conjunto de novas relações de poder, que nos ajudam a constituir este complexo mapa definido para as políticas de drogas que têm na abstinência uma norma de conduta. O caminho que traçamos da pastoral cristã até a emergência de um biopoder criou um terreno propício para que entendêssemos como a universalidade pode ser definida. A aproximação entre as análises foucaultianas sobre a vida e as análises sobre os sentidos de universalidade produziu uma cartografia de movimentos em que a saúde é constantemente regulada por normas que redefinem rumos para as práticas universais. Nos utilizamos da genealogia foucaultiana para fazer uma cartografia dos problemas atuais postos para as políticas públicas de drogas (mais especificamente na saúde pública) na atualidade e que recaem sobre os desafios de garantir universalidade do acesso em saúde.

Nesta cartografia a RD comparece como uma forma de ampliar a garantia do acesso, criando uma articulação entre a universalidade e os modos de vida que devem ser apreendidos na sua contingência, na sua multiplicidade, nas diferenças e nas singularidades. Defender o direito à vida passa pela articulações de projetos em defesa do bem comum, em que diferentes movimentos possam se articular. Movimento gay, movimento das travestis, movimento em defesa dos povos indígenas, movimento de usuários de drogas, e tanto outros movimentos, devem se mobilizar enquanto movimentos em defesa de diferentes

modos de vida que tendem a ser exterminados pelas práticas de governo hegemônicas. Ao se colocar entre o universal e o singular a RD se inscreve não só como prática de garantir o direito universal, como o propõe a partir da mobilização de um projeto comum em que as diferenças possam se expressar e se conectar.

Como nos propõem Caetano Veloso, Emerson Merhy (2012) e Gastão Campos (2006) estamos diante da defesa de uma utopia, um sonho que aciona novos possíveis. Nossa tarefa em tempos neoliberais é a de propor novas possibilidades de comum. Uma vez não efetivado o sonho comunista, doravante nos cabe criar novos modos de comunismo e estratégias de conservar sonhos de novos modos de vida. Como afirma Caetano: “vida sem utopia não acredito que exista!”

CAPÍTULO 4: CARTOGRAFIA DAS POLÍTICAS DE DROGAS NO BRASIL: SUS, MÍDIA E O PODER PSIQUIÁTRICO

Todas estas vidas que estavam destinadas a passar por baixo de todo discurso e a desaparecer sem serem ditas não puderam deixar traços – breves, incisivos, frequentemente enigmáticos – senão no ponto de contato instantâneo com o poder.

(Michel Foucault, A vida dos homens infames)

4.1) Crack: reedição do mal

Vem sendo, muitas vezes, difícil pra equipe sustentar um modelo na perspectiva de redução de danos nesses tempos politicamente sombrios.

(gestores da rede de saúde)

Após anos de desconstrução, ainda em curso, da maconha como uma erva do mal, esta estratégia jurídico-moral tem sempre um novo objeto para ser elevado à categoria de “o mal do momento”. O poder pastoral-disciplinar encontra no regime da biopolítica das drogas um diagrama pré-moldado para que estas funções se concretizem e se atualizem: combater, prender, etc. Esse tipo de estratégia, embora não tenha nada de novidade, encontra sempre um meio de ser incrementado. Basta lembrar um acontecimento emblemático dos anos 70 em que o músico e compositor Gilberto Gil foi indiciado criminalmente pelo uso de maconha em que a acusação citou que ele estava sob a posse da “erva maldita”. Para evitar a prisão, o artista foi classificado como dependente e internado

num hospital psiquiátrico dando fim a uma turnê, que foi uma das principais expressões do movimento contra-cultural brasileiro.¹⁶

O amplo movimento pela descriminalização da maconha e evidências científicas que apontam para a desconstrução da maconha como uma erva tão maldita assim, fizeram com a erva perdesse o estatuto de diabólica, lugar este que seria ocupado por uma nova substância: o crack. A maconha passaria a ter um novo lugar na hierarquia das entidades do mal: a de porta de entrada e guia para um mundo realmente sem saída. É sob a alegação de que a maconha é a porta de entrada para outras drogas mais pesadas que ela vai aos poucos passando de diabólica a portal do inferno. Formuladores de opinião em massa jogam com estes signos criando uma paisagem subjetiva com tonalidades alarmistas que mobilizam afetos desesperados no conjunto da sociedade.

Nestes últimos anos o campo da atenção a usuário de álcool e outras drogas vem se tornando mais complexo a partir da disseminação do uso do crack, principalmente junto à população de usuários de drogas em situação de rua. A complexidade dos problemas sociais com os quais o uso do crack tem se agenciado, tais como a miséria, falta de acesso a serviços públicos, violência urbana, etc., vem gerando um grande desafio para as políticas públicas. A gravidade do problema que envolve o contexto de uso do crack não pode ser desconsiderada pelo poder público e pela sociedade brasileira. Frente a esta difícil realidade diferentes campos de força vêm se organizando para criar respostas e mobilizar a opinião do povo brasileiro.

Neste jogo de forças, movimentos com interesses corporativos aliados à mídia nacional jogam pesado, transformando a gravidade do problema em tema de mobilização da opinião pública. O crack se tornou um tema de intenso interesse biopolítico, sendo super

¹⁶ Os doces bárbaros. Filme documentário-1978. Universal Music.

explorado em campanhas eleitorais, em matérias jornalísticas com forte teor sensacionalista e por iniciativas das organizações anti-reforma psiquiátrica.¹⁷ A tônica da abordagem atual do problema por estes setores retoma uma postura de demonização da droga, cultivo do medo e incentivo a medidas autoritárias.

Embora o crack não seja uma novidade para alguns centros urbanos como São Paulo e Salvador, sua disseminação para outros grandes centros urbanos e cidades de médio porte veio acompanhada de uma política midiática que vem trazendo sérios retrocessos frente aos poucos avanços que foram conquistados nos últimos anos. O papel da mídia associada ao poder médico psiquiátrico brasileiro tem sido um componente central para que a proliferação da política do medo venha acompanhada da inflação do mercado da clínica das drogas. Este retrocesso é marcado por uma substancialização do problema em que o crack é posto como uma entidade viva que se espalha rapidamente pelo Brasil. Frases de efeito reforçam essa dimensão do problema reduzindo-o a uma substância ativa: enfrentar, combater, vencer, temer o CRACK. É uma política cognitiva que ao focalizar o problema na substância confere a ela um estatuto de ameaça à vida, como se ela por si só fosse um risco, um perigo para a espécie humana. Todo o contexto de desigualdade social, miséria e problemas urbanos é reduzido a um mero cenário, um pano de fundo que só existe para aqueles que passaram a usar crack, sendo ao mesmo tempo um destino e um efeito do crack. O crack passa a ser o grande agente do mal, causa motriz das mazelas urbanas, ameaça à integridade das famílias e desordem social.

Estudos que investigam a relação entre mídia e o fenômeno do crack apontam para a construção de discursos sensacionalistas que buscam através de frases de efeito gerar uma espécie de pavor social em torno da temática. Segundo Romanini e Roso (2012) uma

¹⁷ O tema crack é abordado em 15 edições da Revista Veja em 2012 e em 15 edições em 2011.

das principais estratégias da mídia é a inversão de papéis, onde a droga é posta no lugar de sujeito ativo e o sujeito no lugar de objeto passivo. Pesquisando uma série jornalística do principal jornal do Rio Grande do Sul, os autores destacam trechos que exemplificam esta estratégia. Nestes trechos o crack é apontado como diabólico, avassalador e dotado de intenções e movimentos próprios. Como exemplo citam trechos em que o crack comparece como “ a droga que invade os lares para destruir as famílias, que escraviza em segundos, que zomba da esperança de recuperação, que mata mais do que qualquer outra droga e que afunda o dependente na degradação moral e no crime” (pp. 86). Ao mesmo tempo observamos que os sujeitos usuários são postos numa conjugação passiva, “foram apresentados a droga”, “foi invadido”, “foi arrastado”, “foi levado”.

Dando seguimento a esta proposta de pesquisa analisei algumas revistas semanais de grande circulação no país. A partir do ponto analisado pelas autoras verificamos o mesmo movimento nestas outras revistas. O interessante foi verificar que os próprios usuários e familiares se colocam no lugar de passividade quando relatam a experiência com as drogas. Narrativas como “não consegui fazer faculdade por causa do crack”, “hoje não sou mais escravo do crack”, “depois de tanto usar crack não conseguia mais trabalhar e nem estudar”, surgiam entre os usuários ¹⁸ E entre as famílias são usadas expressões como “mães refém do crack”, “o crack foi o predador da minha família”. ¹⁹ Não queremos com isso negar os problemas que o crack gera e os outros tantos que a ele se associam, problemas para a vida dos usuários, das famílias e da sociedade, mas analisar a construção em que as narrativas revelam uma posição subjetiva, individual e social que coloca o crack

¹⁸ <http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>. Edição Veja 2253 25 de janeiro de 2012.

¹⁹ <http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx> Edição Veja 2222 22 de junho de 2011.

como causador ativo dos problemas e os sujeitos e a sociedade como vítima e passivos frente à substância.

Quando a droga é elevada à condição de sujeito e ao mesmo tempo o foco é dado à sua faceta fisiológica, ou seja, o poder que a droga exerce sobre o corpo como um agente ativo, some-se de cena o fato de que o problema das drogas é um problema político, antes de ser um problema médico. Os verdadeiros agentes de uma governamentalidade das drogas desaparecem. Os problemas que hoje vivemos em relação às drogas é fruto de decisões políticas, tomadas e construídas segundo racionalidades definidas pelos homens. A entidade “drogas” encobre a um só tempo os reais sujeitos das políticas de drogas e a dimensão social e política em que vivem os usuários de crack, gerando uma medicalização da pobreza e da miséria.

Essa manobra discursiva se apoia numa outra que definimos como uma *análise factual*. Interessam os fatos, a cena em que o adolescente está roubando objetos na própria casa e como num beco sem saída só resta à família uma medida autoritária e definitiva. O processo da drogadição é reduzido a uma simples história de vida marcada pela passagem entre um tipo de droga para outra mais pesada, ou seja em que a droga é o ator principal; se inicia no álcool ou na maconha, depois a cocaína e por fim o crack. Pronto! Em uma ou duas linhas se apresenta uma história de vida. Como era a relação deste filho com seus pais antes do uso das drogas? como foi sua vida? porque o uso de drogas produziu tanto sentido para esta vida? Que outros interesses ele tinha ou tem além da droga? Todas estas questões não factuais, mas que poderiam produzir outras narrativas, em que os lugares de vítimas e culpados poderiam não só se inverter como mudar, não são abordadas. Levantar perguntas para os quais ainda não temos respostas, apontar as incertezas frente à complexidade do problema aparecem como postura vagas e fracas. Frente a uma ameaça social são

necessárias medidas emergenciais e enfáticas. Vendem-se falsas promessas, pacote de verdades, reducionismos e simplificações que têm como objetivo manipular informações e vidas.²⁰

Outra estratégia é a universalização do problema. Como exemplo podemos citar um trecho de uma reportagem analisado neste mesmo artigo. “o crack, ou seja, foi o mundo da favela que invadiu os bairros e lares das classes média e alta, levando o que há de pior no submundo em que os vileiros e marginais vivem”. (Apud, Romanini e Roso, 2012).

As primeiras reportagens sobre o crack datam de 1990 onde a droga era conhecida como a cocaína dos pobres.²¹ Ao longo dos anos 90 e mais intensamente a partir da virada do século o problema passa a ser tratado como um problema que atinge as diversas classes sociais. Além de ser um agente ativo o crack tende a se universalizar. O discurso que reforça a noção de que o crack quebra as barreiras que dividem as classe fortalece a construção do mesmo como um inimigo comum, embora pesquisas mostrem que o uso é mais frequente entre homens de classe baixa e que entre os de classe média a maior prevalência ocorra entre pessoas com histórico de uso compulsivo de cocaína. (Duailib, Ribeiro e Laranjeira, 2008; e Oliveira e Napo, 2008). Antes do uso do crack ser consumido por pessoas de classe média, o crack não era uma prioridade pública e nacional, a partir do momento em que o crack passou a ser usado por pessoas com curso superior e moradores de condomínios de classe alta o crack passa a ser tratado como um problema social. Na pesquisa que realizamos o modo como o problema é abordado segue na mesma lógica de

²⁰ No mar contínuo de matérias que parecem cópias alteradas uma das outras, encontramos uma iguaria, uma peça rara. Na edição da mesma revista a matéria analisa o fracasso da guerra as drogas e as vantagens da descriminalização das drogas. Debate-se a proposta de desarticulação do tráfico de drogas e parte da evidência que os problemas de saúde se tornaram secundário frente aos problemas de violência que articulam drogas a tráfico de armas. <http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx> Edição Veja 1377 de fevereiro de 1995.

²¹ <http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>. Edição 1208. Revista Veja. 13 de novembro de 1991.

significação da apresentada pela referida pesquisa. “A fumaça insidiosa do crack se infiltra pelas frestas das casas da classe média. E, uma vez lá dentro, custa a se dissipar.”²²

Nota-se que a via para a universalização do problema passa pela classe média, com muito mais frequência do que a classe rica. A classe rica não se encontra, nas reportagens como classe ameaçada. A proximidade com as mazelas da pobreza são um perigo para a classe média. A um só tempo cria-se uma mobilização social que atende a interesses corporativos e constrói-se um mundo ameaçador para a nova classe média brasileira. A elevação econômica das classes E e D para a classe C constituiu uma nova classe política que precisa de novos modelos de subjetivação. Mobilizar esta emergente classe política brasileira em torno do medo, da ameaça das mazelas do universo da pobreza, é criar uma zona de aproximação com as condições sociais que essa nova classe deixou recém abandonou. Além de andar de avião, comprar um carro novo, esta nova classe não se vê livre das ameaças da pobreza. Não mais uma ameaça econômica, mas uma ameaça subjetiva que pode a qualquer momento, através de um membro desgarrado, destruir todas as recém-conquistas.

A estas concepções se agregam a de que a vida em sociedade pode ser comparada a um organismo, e que fenômenos desta natureza podem ser comparados a uma espécie de câncer social que pode e deve em nome de todos ser extirpado. A ênfase dada à dimensão fisiológica do problema acaba por desviar o foco na dimensão econômica e social que está atrelada ao fenômeno do crack e busca comparar as intervenções policiais a intervenções cirúrgicas em que problemas sociais são medicalizados.

Ao mesmo tempo a estratégia de universalização vem acompanhada por discursos que tendem a definir relações deterministas de causa e efeito, em que o crack comparece

²² (<http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>; Edição Veja 2253, 25 de janeiro de 2012. pp. 68)

como causa única dos problemas, tais como: “basta usar uma vez para se viciar” ou “a violência é movida a crack no Rio Grande do Sul”. (Apud, Romanini e Roso, 2012). As associações entre drogas e crime, drogas e morte passam a ser um passo dentro destas estratégias midiáticas, em que no contexto atual o crack é o principal vilão. Essa estratégia é um desdobramento da construção do crack enquanto uma entidade viva. Pois não basta ser vivo, o crack é um ser mau, que incita a violência e o crime, em suma uma entidade maléfica. Diabólico, maléfico e epidêmico o crack passa a ser rodeado por significantes que evocam medidas autoritárias em que o poder médico se vê respaldado pelo poder midiático como o salvador das vidas arrastadas pelo crack na atualidade.

Algumas pesquisas de ponta, bem como outras evidências clínicas ficam fora do circuito midiático, como a crescente evidência sobre o uso controlado do crack. Numa pesquisa realizada sobre perfil e padrão de uso do crack Oliveira e Nappo (2008) indicam um crescimento de experiências de pessoas que usam crack de forma moderada, embora a pesquisa aponte para uma maior prevalência do uso compulsivo de crack. No capítulo cinco (5) abordaremos casos clínicos que apontam na mesma direção desta pesquisa e que são evidências que desconstroem essas verdades deterministas sobre o crack, embora sejam uma minoria. Além destas, pesquisas antropológicas que trazem a dimensão existencial e cultural da experiência do crack ficam fora das matérias de revistas, jornais e televisão.

4.2) Mídia e psiquiatria: mobilização da opinião pública

O poder que a mídia exerce sobre a subjetividade da sociedade e sobre a agenda política é impactante, principalmente quando associada a interesses corporativos. Uma série de distorções passa a ser gerada a partir de um bombardeamento de noticiários que não têm compromisso com informações em saúde qualificadas. Esse retrocesso é mais

verificável em algumas experiências municipais em que o autoritarismo e o uso da força passaram a ser estratégias prioritárias de governo no enfrentamento do problema, embora tenha havido substancial investimento para ampliação da rede de atenção em saúde com incorporação de novos equipamentos. Vive-se um momento em que um processo de ampliação de cobertura em saúde com novos equipamentos, pode vir acompanhado por um movimento de recrudescimentos no modo como a sociedade e as diferentes profissões abordam este problema. Pode se construir uma extensa rede de controle e imposição de normas.

O crack passou a ser índice da necessidade de ações mais enfáticas e duras que fazem recuar propostas alternativas às políticas de guerra às drogas e avançar ações que contrariam os direitos humanos e as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nesse contexto de disputa o crack é elevado à condição de causa dos problemas sociais e apaga-se do campo de discussão os motivos que fazem do crack uma droga consumida entre populações em situação de rua e extrema miséria. Quem se atreverá a amenizações frente ao crack? Quem buscará relativizar este fenômeno? A vida posta em cheque de forma determinante parece ser o código para medidas repressivas. A saúde se vê novamente às voltas com os discursos de combate, guerra, contra...

Esse contexto midiático veio acompanhado, senão sustentado e fomentado de uma intensa mobilização de setores conservadores da sociedade brasileira em torno da lógica da abstinência e do ideal de um mundo livre das drogas. A bancada religiosa na Câmara dos Deputados Federais aliada aos interesses de Comunidades Terapêuticas e da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) despontam, ao lado da mídia nativa, como defensores de medidas de internação compulsória e da intensificação do paradigma da abstinência.

Esse movimento marcou o fim do governo Lula com intensos desgastes entre o Ministério da Saúde e a SENAD, que a partir deste cenário midiático de mobilização da opinião pública passou a agregar mais forças para a retomada de medidas antidrogas. Em 2010, o Ministério da Saúde anunciava sua posição contrária à internação compulsória e alertava que, mesmo assim, havia forte pressão para que tal medida fosse adotada pela política interministerial de combate ao crack ainda em fase de formulação.²³ Esse cenário culminou num conjunto de estratégias, diretrizes e recursos organizados através do Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.

Outro importante evento analisador que indica o contexto de endurecimento e que reflete a posição do atual governo em relação a esta temática foi a queda de Pedro Abromovay da frente da Secretaria Nacional Sobre Drogas no início do governo em 2011, por defender penas menores para pequenos traficantes. Abromovay que ocupou a Secretaria Nacional da Justiça no governo Lula, encontrou forte reação do governo resultando na sua saída, antes mesmo de ter oficialmente assumido.²⁴

A constituição de bases aliadas do atual governo federal com partidos religiosos, a construção de uma opinião pública temerosa pela mídia nacional e a complexidade do problema criaram condições favoráveis para que setores antireforma psiquiátrica passassem a exercer influência na pauta drogas e nos caminhos e descaminhos para interferir no rumo da política de drogas no âmbito do SUS.

Esta movimentação política que articula matérias encomendadas em revistas/jornais e interesses corporativos pode ser verificada em matérias on line em diferentes

²³ <http://www.redehumanizaus.net/10107-temporao-internacao-compulsoria-nao-resolve-problema-das-drogas>. Acessado em setembro de 2012

²⁴ (<http://www1.folha.uol.com.br/poder/864121-apos-crise-com-governo-pedro-abramovay-deixa-secretaria-de-politicas-sobre-drogas.shtml>).

sites. Exemplo deste amplo movimento pode se verificar no site do ABP²⁵ em que uma página destaca com letras garrafais o slogan: DROGAS NEM PENSAR. Abaixo do slogan segue o subtítulo *Maconha e Crack: drogas dominam noticiário e assombram a sociedade*. O texto da página faz menção a duas matérias jornalísticas de revistas semanais do mês de novembro, uma da revista Veja que afirma que “a maconha faz mal sim” em que membros da própria ABP são entrevistados:

A revista consultou três psiquiatras que fazem parte do quadro associativo da ABP – Ronaldo Laranjeira, José Alexandre Crippa e Valentim Gentil. Eles foram unânimes em afirmar e demonstrar com pesquisas, dados estatísticos e experiência clínica, que a maconha é a única droga a interferir nas funções cerebrais de forma a causar psicoses definitivas, mesmo com a interrupção do uso, e que os defensores com uso medicinal do cigarro da maconha querem mesmo é obter a liberação da droga. (<http://www.abp.org.br/portal/archive/9396> no dia 13 de novembro de 2012)

A outra matéria aborda o tema do crack em que a ABP elogia as medidas de internação compulsória adotadas pela prefeitura do Rio de Janeiro e diz que o fracasso da ação em São Paulo está associado à falha da saúde em acolher os usuários recolhidos:

A internação compulsória de dependentes de crack também foi aplicada em São Paulo. O psiquiatra Dartiu da Silveira, associado da ABP, afirma que sem o suporte de saúde a operação acarretou a criação de várias mini cracolândias na maior capital do País e ainda um enorme prejuízo ao trabalho de convencimento dos dependentes a procurar ajuda especializada. O presidente da ABP, Antônio Geraldo da Silva, foi consultado pela revista Isto É e voltou a afirmar, como fez para vários veículos de comunicação durante a semana passada, a posição da instituição de apoio à internação compulsória, mas critica a falta de preparo para lidar com a dependência química. Antônio Geraldo ressalta que a qualidade na internação do dependente químico deve ser uma agenda nacional e não apenas do Rio de Janeiro. (<http://www.abp.org.br/portal/archive/9396> no dia 13 de novembro de 2012)

²⁵ (<http://www.abp.org.br/portal/archive/9396> 13 de novembro de 2012)

Observa-se com este processo um aumento volumoso dos preços por tratamentos em clínicas particulares, que chegam até 50 mil reais por mês. Nesse caso a equação é simples: como fazer para que uma proposta de resultados (cura e abstinência) que raramente são alcançados continue a se valorizar exponencialmente? Fazendo da gravidade do problema um motivo de pânico social, desespero e ameaça. A elevação de um problema à categoria de ameaça biopolítica gera, independente dos resultados alcançados, um inflacionamento injustificável.

O circuito vicioso entre mídia e os interesses corporativos da classe médico-psiquiátrica foi exposto no importante depoimento dado pela repórter da Folha de São Paulo, Laura Capriglioni numa palestra sobre a cobertura das matérias em torno da intervenção na crackolândia promovido pela prefeitura de São Paulo no início de 2012.²⁶

Nesta palestra a repórter narra a experiência de mudança de percepção que ela e sua equipe sofreu quando teve que acompanhar de perto a realidade dos usuários de crack. Segundo a jornalista ela entrou em contato com a dimensão “fascista” com que a maioria dos profissionais da mídia aborda o problema, desconsiderando questões como direito à imagem, por acreditarem e pactuarem com o discurso de que os craqueiros perderam sua condição de humanos. Um dos motivos desta posição se dá pelo fato de que os jornalistas naturalizam sua fonte de informação e consultam o saber da classe psiquiátrica que sempre está à disposição para falar dos efeitos devastadores do crack.

(...) Isso foi uma experiência muito rica pros profissionais que estavam ali envolvidos. (...) “os craqueiros são pessoas sem o menor discernimento, estão com o cérebro queimado, a droga

²⁶ (<http://www.youtube.com/watch?v=5iFHdtcWPw4>). Seminário: Mídia, Drogas e HIV: conflitos e possibilidades. Mesa 3: Crackolândia: notícias de uma zona em conflito. Parte 3: Laura Capriglioni, jornalista. 14 de setembro 2012. Org. Centro de Convivência É de Lei.

destruiu qualquer traço de humanidade, generosidade, inteligência”, quem durante muito tempo teve o monopólio da fala sobre os craqueiros foi exatamente a turma dos médicos, a turma dos psiquiatras, a turma das clínicas, essa turma que acabou tendo o monopólio e hoje a gente pode, as pessoas começam a perceber cada vez mais, esse discurso longe de ser científico é um discurso interessado, porque a maior parte dessas pessoas são também donas de clínicas, donas de entidades e são contratadas pelo poder público, são entidades que têm clínicas, convênios com a secretaria da saúde, enfim... só que isso era um pequeno detalhe que passava totalmente despercebido da imprensa, que entrevistava médicos que o tempo inteiro estavam disponíveis pra falar sobre os efeitos devastadores do crack na experiência de um dependente químico.²⁷

Evento marcante deste processo foi a entrevista do Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, em que corrobora o discurso médico-midiático. “Eu estive pessoalmente na Cracolândia de São Paulo no início do ano e observei de perto a deterioração provocada pelo crack. Para mim é evidente que essa droga se tornou uma epidemia, não há outro termo, não há como amenizar.”²⁸ Que tipo de deterioração é possível se observar numa visita a cracolândia? Que conclusões mais afinadas são possíveis de serem tiradas de uma visita? ²⁹ É sabido que toda matéria passa por edições que muitas vezes distorcem o conteúdo da entrevista. Não se trata aqui de verificar se é verdadeiro ou não o conteúdo da entrevista, se ele foi distorcido ou não, mas de indicar a produção de um regime de visibilidade e dizibilidade que de um jeito ou de outro envolve o poder público.

A ampliação e o fortalecimento das bases de formação de opinião pública têm gerado interferência nos diferentes âmbitos de governo, inclusive na esfera nacional. Cria-se uma arena de disputas veladas e ambiguidades aparentes. As disputas veladas são

²⁷ Idem nota 10

²⁸ (<http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx> Edição Veja 2243 16 de novembro de 2011).

²⁹ Toda revista tem sua edição que pode alterar sentidos. Não se trata aqui de fazer uma acusação frontal, mas de indicar que este jogo de força inclui as autoridades políticas, sejam elas coniventes ou não com estas afirmações, numa mesma lógica discursiva.

apreendidas pelos conteúdos dos documentos norteadores da atual política de álcool, crack e outras drogas no âmbito do Ministério da Saúde. Como exemplo disso podemos citar a característica da Portaria/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS) no SUS, que incorpora a redução de danos como diretriz ético-política e agrega novos equipamentos que sofisticam esta rede.

As contradições e ambiguidades são diversas. Uma primeira questão é o grau de priorização que acaba se dando ao crack, em detrimento de outros problemas que do ponto de vista sanitário são mais graves do que o crack, como o álcool e o tabaco. A onda conservadora gera efeitos sobre a agenda do Ministério da Saúde que promove a inclusão de pautas produzidas por outras instâncias de governo, como é o caso das Comunidades Terapêuticas. Dentro da pauta “crack”, quando a saúde comparece ao lado de outras políticas na composição do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e mais recentemente através do Programa *Crack, é possível vencer* a dimensão política do debate acaba por ficar mitigada frente ao teor incremental do programa. Por ser um Programa que se alia à lógica da criminalização e combate às drogas (repressão da oferta e da demanda) a ação em saúde acaba sendo inserida como um elemento desta lógica, pois os pontos de discordância com esta lógica ficam suprimidos e impedidos de ser explicitados.

Na atual lógica de integração de diferentes setores a partir do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, em especial a Segurança (como eixo autoridade), a Justiça através da SENAD (como eixo prevenção) e a Saúde (como eixo cuidado) pode num primeiro plano parecer uma forma de articulação potente. Mas analisando os documentos observa-se que a proposta de integração revela-se uma estratégia de centralização do

comando em torno da SENAD e da Casa Civil que apagam as diferentes posições historicamente defendidas pelos distintos setores. A dimensão de tensionamento próprio de qualquer processo político desaparece. O principal documento público encontra-se na página da internet do programa *Crack, é possível vencer*³⁰ em que põe segurança, assistência social e saúde como segmentos contínuos e harmônicos que se compõe para enfrentar o problema das drogas. A característica centralizadora de forte teor pragmático do atual governo acaba por imprimir uma linha gerencialista em agendas da saúde que são marcas de governo, como, por exemplo, a pauta das drogas.

Uma das principais estratégias de resistência e avanço do Ministério da Saúde tem sido a formulação de portarias que regulam através de normas o processo de ampliação das redes. É possível perceber que as normas técnicas que regulamentam sobre financiamento e estruturação dos equipamentos de saúde contêm implícita uma orientação política clara pró-reforma psiquiátrica. Por outro lado o fato de permanecer implícita indica que o debate político foi reduzido a um debate técnico, que embora tenha o potencial de frear determinados movimentos, como o das Comunidades Terapêuticas, por exemplo, empobrece a arena política e o caráter público dos problemas frente aos quais o campo da saúde, tradicionalmente não se intimida. No conjunto da obra se verifica um estado de ambiguidades que abre as portas para o fortalecimento do movimento em torno de medidas mais repressivas.

Nesse sentido a constituição das redes de atenção aos usuário de álcool e outras drogas, dentre elas o crack, vem sendo impulsionada por maiores investimentos e ampliação de cobertura a partir de novos equipamentos, sem um debate consistente dos

³⁰ <http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/publicacoes/crack-e-possivel-vencer-1>. Acessado em agosto de 2012

efeitos que a política de criminalização gera para a saúde do povo brasileiro, em especial para os marginalizados. O risco incremental e gerencialista assombra o atual contexto da rede de atenção psicossocial. A promessa de uma alteração da realidade do crack a partir de critérios que são constituídos pela mídia e que encontram forte apelo na opinião pública, como cura e abstinência, fragiliza a importante iniciativa institucional, pois outros critérios acabam ficando em segundo plano, como propostas de redução de danos, politização do tema rumo a preceitos mais democráticos.

4.3) Criminalização da pobreza e medicalização da miséria: disputas e composições entre justiça e psiquiatria

Entender o modo como agem os atuais atores políticos que apoiam medidas autoritárias como internação compulsória, implica na exposição de uma breve genealogia da estrita relação que a psiquiatria no Brasil desenvolveu com o Direito Penal. A articulação entre criminologia e psiquiatria no Brasil vem de um diálogo iniciado na segunda metade do século XIX. Embora estas duas disciplinas tenham se articulado ao longo dos séculos XIX e XX no Brasil, as tensões entre as mesmas se deram por duas razões centrais. Enquanto o Direito Penal desponta como campo de práticas de criminalização da pobreza o poder psiquiátrico se destaca pelo exercício de medicalização da pobreza. Uma segunda diferença entre estas duas disciplinas consiste no fato da criminologia surgir no interior do Direito Penal, enquanto a “psiquiatria se insurge do exterior, disputando com o direito penal o papel de gestora do criminoso, através de uma relação, progressivamente mais íntima, entre crime e doença mental” (Rauter, 2003, p. 41).

A produção de uma verdade científica sobre o anormal e o antissocial inseriu não somente o louco, como também o usuário de drogas no regime do saber psiquiátrico. O

arcabouço jurídico e institucional criado para controlar o louco se estendeu a todos os indivíduos cuja conduta fosse identificada pela psiquiatria como desviante, como uma anormalidade, portanto uma incapacidade de participar do contrato social. A relação entre psiquiatria e Direito Penal se estreitou em torno da defesa da sociedade e contra os indivíduos que representavam um perigo para o bem-estar. A legitimação da psiquiatria como ciência que controla a vida dos perigosos e anormais garantiu, a um só tempo, o estigma do usuário de drogas doente mental bem como uma outra instituição de confinamento: o hospício. A psiquiatria garantia, assim, um novo destino aos que fugiam da norma, “eles não serão excluídos por infração a um código de leis explícito, como o criminoso. Mas, ao serem definidos como doentes, sua exclusão justifica-se como tratamento.” (Rauter, 2003, p.43). Enquanto na prisão a pena define o tempo de reclusão, no hospício o objetivo de curar pode estender o asilo até a morte, ou seja, a “psiquiatria dispõe de um poder de sequestro diverso daqueles de que dispõe o Judiciário.” (Rauter, 2003, p. 43).

Ao fazer uma análise das bases políticas e ideológicas que fundaram a psiquiatria no Brasil Jurandir Freire Costa (2006) apresenta as práticas racistas e xenofóbicas da Liga Brasileira de Higiene Mental. Dentro de um ideal higienista, a psiquiatria conferia um novo estatuto para essa população desviante. Ao invés de repressão, a psiquiatria propunha a cura e, com ela, um caráter técnico-científico para suas ações, pautando sua justificativa no campo da saúde pública. O louco passou a ser figura emblemática para qualquer desvio de conduta, numa “tentativa de medicalizar a lei, aproximar crime e doença mental, transferindo para a psiquiatria maior poder.” (Rauter, 2003, p.44). Porém, na história do Brasil, a relação entre criminologia e psiquiatria não é harmônica. Essa ambição da psiquiatria encontrou resistência no interior do próprio Direito Penal, principalmente no

século XX. Apesar de a psiquiatria ter conquistado um espaço dentro do Direito Penal, os juristas determinaram um limite para essa atuação. É dentro desse jogo de poder que o usuário de drogas ora se vê perante o poder da criminologia, ora diante do poder da psiquiatria; ora encarcerado na prisão, ora internado no hospício. O saber psiquiátrico, bem como o saber criminológico definiu uma forma, um enquadre para o usuário de drogas. A produção histórica do estigma do usuário de drogas como uma figura perigosa ou doente nos permite compreender parte dos problemas que as políticas de drogas enfrentam quando inclui as pessoas que usam drogas como cidadão de direitos e sujeitos políticos.

A primeira lei antidrogas do Estado brasileiro foi formulada em 1976, o que evidencia a articulação entre proibicionismo e interesses de um estado ditatorial. Mesmo após 1988, suas bases autoritárias não foram mudadas, indicando a continuidade de estratégias de preservação de medidas ditatoriais em pleno seio da democracia. (Batista, 1998; Souza, 2007; Passos e Souza, 2011).

A implementação da política antidrogas pelo Estado brasileiro foi intensificada a partir de 1980 quando instituiu-se o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, cuja instância administrativa e executiva era o Conselho Nacional de Entorpecentes (COFEN), órgão do Ministério da Justiça. Essa estrutura passou a ser reproduzida nas esferas estaduais e municipais: Conselho Estadual de Entorpecentes (CONEN) e Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN).

Longe da gestão do Ministério da Saúde, esta política é absorvida pela Secretaria de Segurança. Nesta trajetória podemos perceber que o problema da droga permanece refratário à alçada da saúde. É dentro dessa lógica que, em 1998, instituiu-se a “Secretaria Nacional Antidrogas, que, na sua origem, subordinava-se a Casa Militar da Presidência da República, transformada em 1999, sem perder seu caráter militarista, em Gabinete de

Segurança Institucional do Presidente da República.” (Karam, 2003, p.79). A prioridade recai sobre a segurança nacional, com todas as ações de controle e defesa aí envolvidas. A reboque da segurança comparece a clínica, refém desta estranha aliança comprometedora de sua ética.

A Lei 11.343/06 ao definir penas mais duras para traficantes (mesmo para pequenos traficantes) e medidas mais brandas para usuários de drogas cria uma repartição entre os domínios da psiquiatria e da criminalidade. Abre-se para uma tendência maior para o que alguns autores denominaram de “criminalização da pobreza”. Jovens de famílias pobres que fazem pequenas transações para o tráfico varejistas se tornam igualmente grandes traficantes. Ao mesmo tempo usuários de drogas passam a ser mais incisivamente identificados ao domínio da saúde, em especial da psiquiatria.

Entretanto, a partir da disseminação do crack pelas diversas cidades brasileiras se observa uma nova realidade. Crianças e jovens que antes usavam cola de sapateiro e moradores de rua que consumiam principalmente cachaça passam a substituir estas drogas por uma tão barata e tão potente quanto. O crack tem duas diferenças em relação as outras duas: o crack é uma droga ilícita enquanto as outras são substâncias lícitas e é estimulante, enquanto as outras duas são drogas depressoras. A partir do advento do crack como predileção de pessoas em situação de rua, inicia-se um novo ciclo, não mais de criminalização da pobreza (Batista, 1998 e 2004), mas também de medicalização da miséria.

Até então a situação de miséria em que vivem moradores de rua era considerada um problema de ordem social. Conjuntura econômica, desemprego e desigualdade social inseriam esta população como índice dos desafios da sociedade brasileira. Embora sujeitos aos mais diversos tipos de violência, os moradores de rua mobilizavam os discursos

oficiais das autoridades políticas em torno do assistencialismo, da solidariedade e do voluntarismo. A partir do crack esses discursos sofrem radical inflexão. A miséria agora tem um novo culpado, uma entidade maléfica que arrasta as pessoas para a rua e para a miséria. O crack, agora alvo de uma intensa campanha corporativo-midiática, permite que o problema da miséria se torne um problema de ordem não mais social, mas psiquiátrico. Embora a atual lei de drogas tenha definido penas mais brandas para usuários de drogas dentro do sistema penal, o sistema assistencial-médico tem criado uma via mais impositiva do que o direito penal propõe. Agora, retirar moradores de rua a força, se tornou uma medida justificável e desejável pelo conjunto da sociedade brasileira. O combate ao crack permite que através da medicalização da miséria o poder psiquiátrico retome o projeto de autonomia frente ao poder judiciário.

Tramita na Câmara dos Deputados Federal um novo projeto de lei antidrogas que reformula a Lei 11.343/06 e que se aprovado confere maior poder ao poder médico.³¹ Pode ser que em torno do tema crack, a medicina se veja independente da justiça para exercer medidas de internação involuntária. Enquanto a medida de internação compulsória é definida mediante pedido judicial, a legislação prevê a internação involuntária, em que a partir do pedido de um terceiro, é possível internar um usuário baseado numa avaliação psiquiátrica, sem uma autorização judicial.

O projeto de lei propõe a implantação de um Sistema Nacional de Informação Sobre Drogas, que revitaliza a função do Sistema Nacional de Informação utilizado durante o período ditatorial. O sistema se entrar em vigor constituiu um amplo regime de controle de gestores públicos nas diferentes esferas de governo que ficam sujeitos a sanções

31

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=A47A2F8234AF966273FE83CC18581CC3.node2?codteor=789804&filename=Tramitacao-PL+7663/2010.. Acessado em janeiro de 2013

jurídicas e orçamentárias. A cada nova lei sobre drogas se atualiza o jogo de disputa e composição entre Direito Penal e psiquiatria. Constituíram-se verdadeiros dispositivos de controle que antes de ser uma medida antidrogas é uma medida que ameaça a democracia brasileira.

4.4) Regulamentação das Comunidades terapêuticas: estratégia de resistência ou ambiguidade institucional?

Desde o final de 2011 e início de 2012 se observou uma intensificação simultânea em torno dos debates: um acerca de financiamento para as Comunidades Terapêuticas (CTs), com intenções de incluí-las como equipamento do SUS; e outro acerca das medidas de internação compulsória (e involuntária) principalmente para usuários de drogas em situação de rua. Acompanhando estes debates nas redes sociais e através de sites pudemos cartografar alguns aspectos deste movimento. Quando procuramos os temas em sites de busca às páginas da Rede Humanizausus³² e do Conselho Federal de Psicologia³³ apareceram como fontes importantes para se acompanhar alguns debates e movimentos de resistência a estas medidas.

O CFP lançou dois importantes dispositivos para problematização da questão um foi um relatório da inspeção realizada em 68 estabelecimentos denominados de Comunidades Terapêuticas³⁴, e o outro foi um vídeo problematizando a proposta de internação compulsória.³⁵ Esses dois dispositivos comparecem como os mais comentados nas redes apontando importantes questionamentos e alternativas ao crescente apelo por internação em

³² (www.redehumanizausus.net)

³³ (www.site.cfp.org.br)

³⁴ (<http://site.cfp.org.br/lanamento-de-relatorio-de-inspecao-em-68-comunidades-terapeuticas-revela-violacoes-de-direitos-humanos/>)

³⁵ (<http://www.youtube.com/watch?v=usLDzJbhdgo>)

CTs. Segundo o CFP tais comunidades não realizam tratamento, a grande maioria não possui equipes multiprofissionais de saúde, e em algumas delas foram encontradas práticas de tortura, trabalho forçado e medidas pautadas por preceitos religiosos que desrespeitam orientações sexuais e religiosas dos pacientes. Segundo o relatório estas instituições ocuparam um vácuo deixado pela ausência de regulamentação e fiscalização e pela falta de investimentos para superação deste modelo. Além do relatório elaborado pelo CFP iniciativas locais passaram a construir uma corrente de denúncias de maus tratos em diversas instituições asilares.³⁶

As evidências de desrespeito aos direitos humanos muniram o Ministério da Saúde contra as iniciativas que buscavam conciliar a garantia de que as CTs fossem financiadas com recursos do SUS e a manutenção de um modelo de atenção pautado por orientações de cunho religioso, asilar e com baixa comunidade com a rede de saúde. Embora tenha havido movimentos de resistência e questionamento observou-se que não foi possível suportar a pressão para inclusão das CTs como equipamento do SUS. Pressões exercidas principalmente pela bancada religiosa articulada a interesses corporativos. A estratégia utilizada frente a esta pressão foi a construção de normas técnicas que regulamentam o modo de funcionamento a partir de critérios normativos do SUS. Na intenção de definir normas técnicas e legais que condicionam a regulamentação de Comunidades Terapêuticas, criou-se uma portaria que gera constrangimentos operacionais para a maioria dos modelos atuais de CTs. (Brasil, 2012b)³⁷

A portaria busca aproximar a lógica das CTs da lógica dos residenciais terapêuticos na medida em que estabelece algumas condições similares para sua institucionalização e

³⁶ <http://www.redehumanizaus.net/13387-luta-antimanicomial-denuncia-clinica-em-cachoeiro>.

financiamento. Dentre elas destacamos as seguintes: 1) número máximo de 15 pacientes por módulo podendo por CTs ter no máximo 2 módulos por CTs, ou seja, 30 pacientes. 2) critérios de regionalização em consonância com o Decreto 7508; para se estabelecer uma CT deve haver uma rede regionalizada de atenção em álcool e outras drogas regulamentada no âmbito das Rede de Atenção a Saúde (RAS) referente à região em que se encontra a CTs. Desse modo evita-se que as CTs surjam em vazios assistenciais, evitando que elas sejam o principal equipamento de atenção aos usuários de drogas, o que levaria a uma inevitável lógica manicomial com baixa capacidade de reabilitação psicossocial; 3) não impor a prática religiosa para os pacientes; 4) tempo de permanência de no máximo seis meses, com possibilidade de prorrogação por mais três meses sendo esta prorrogação justificada pelo Projeto Terapêutico Singular; 5) a gestão do cuidado deve ser feito em corresponsabilidade com o CAPS AD de referência e a Equipe de Saúde da Família através da elaboração conjunta do Projeto Terapêutico Singular.

Essas medidas são um importante indício de um difícil jogo político. Frente a este jogo foi estratégico recorrer às normas que regulamentam a organização do SUS. Nesse sentido o SUS oferta um respaldo técnico, político e metodológico para frear interesses alheios às necessidades de saúde dos usuários.

Apesar destas iniciativas normativas, ainda restam lacunas sobre a capacidade que tais normas têm de frear movimentos micropolíticos contrários a estas normas. Os movimentos de regulamentação de uma rede de atenção não são definidos exclusivamente por normas e portarias, embora estas sejam indispensáveis. A energia investida na institucionalização de medidas de internação compulsória e involuntária são índices de que os movimentos institucionais se apoiam em diferentes instâncias para se efetivar interesses contrários aos que são preconizados pelo SUS.

Nesse sentido não é possível avaliar os dois movimentos (CT e medidas de internação) como dois processos separados. As internações compulsórias e involuntárias necessitam de uma instituição que corresponda os interesses destas medidas. O Ministério da Saúde teve a possibilidade institucional de intervir nos rumos das CTs, mas não tem a mesma possibilidade de intervir nos rumos de tais medidas de internação.

As forças e os interesses que moveram a institucionalização das CTs no SUS não desapareceram após a definição de normas. Estes movimentos seguem a construir caminhos institucionais para além dos meandros do SUS. Ao se aliar com o poder judiciário e com o poder legislativo a institucionalização das internações compulsórias e involuntárias cria um atalho institucional que tem força política de definir os rumos das CTs.

Uma vez instituída judicialmente medidas deste tipo, cria-se um campo de força que resulta num projeto ambíguo. As CTs tem o potencial latente de ser um estabelecimento que, apesar de regulado por normas do SUS, funcione como o correlato institucional de medidas autoritárias que têm o poder legal de desconsiderar as normas que as regulamentam. As CTs são, portanto, precedentes institucionais de medidas autoritárias. É um pouco lógico, mas se não existisse onde internar não seria possível existir medidas desta natureza. Uma vez havendo uma instituição asilar, todo um campo de forças sociais se mobiliza nesta direção. A força da demanda por internação pode se configurar como uma onda frente a qual as normas pouco podem. Como vimos, esta demanda vem sendo produzido através de um forte investimento midiático. Familiares, juízes, prefeitos e usuários estão sendo mobilizados pelo medo e pela necessidade de respostas urgentes que podem atropelar os limites normativos.

É provável que muitos municípios, ao não verem nesta portaria o reflexo de suas expectativas por internação que retirem de circulação os usuários de drogas, prefiram

deixar vazios assistenciais ao invés de investir numa rede substitutiva. Na configuração das redes regionais em saúde, não há como garantir que um usuário seja encaminhado de um município de pequeno porte em que não tem CAPS AD para um município vizinho que tem CAPS AD. Abre-se a possibilidade de que através de uma medida judicial este usuário seja encaminhado não para o CAPS AD, mas para uma CT referência para aquela regional de saúde. Sabemos que a arena e a disputa por orientação política não se resumem aos planos macro e micropolíticos da esfera federal.

Um exemplo da autonomia dos municípios para definir o rumo das políticas de saúde é o tímido crescimento dos CAPS AD nos últimos anos. Enquanto o Caps I teve um salto de 437 para 848 unidades de 2006 até 2012, apresentando um crescimento anual próximo a casa das centenas, o número de CAPS AD teve um crescimento anual na casa das dezenas passando de 138 para 281 de 2006 até 2012. A mesma timidez pode ser identificada em relação aos Caps I que acabam sendo responsáveis pelo cuidado em drogas para crianças e adolescentes. (Brasil, 2012)

A regulação das CTs dentro de parâmetros e critérios que as aproximam do funcionamento de Residenciais Terapêuticos, apesar de gerar constrangimento para os midiáticos da internação compulsória, pode sofrer forte pressão para operar numa lógica manicomial quando inserida em redes locais. Além disso seria necessário definir o que será feito com instituições que não seguem estas normas. Uma vez estabelecidos os critérios normativos para as CTs torna-se necessária a elaboração de um plano de adequação ou fechamento das instituições que num determinado prazo não se adequarem a tais normas, tal qual se propôs o movimento antimanicomial.

A lógica em que se baseia a internação compulsória uma vez movida e acionada na esfera municipal tem o potencial para interferir no funcionamento de toda a rede de

atenção. Nessa perspectiva ações como Consultório na Rua podem ser reduzidas a medidas de controle e vigilância a céu aberto com vias a ser uma ponte entre a rua e a instituição manicomial. A judicialização da saúde obriga gestores de unidades a tomar medidas que estão em desacordo com as diretrizes preconizadas pelo SUS, como por exemplo conferir parecer para internação de casos em que não há necessidade. Exemplos concretos disso é o que se vive hoje nas duas maiores capitais do Brasil: Rio de Janeiro e São Paulo despontam como referencia midiática dos métodos que contrariam os direitos humanos garantidos constitucionalmente. Ou seja, o que aqui apresentamos em termos de receios, já está ocorrendo de fato. E nesse sentido as CTs, mesmo reguladas, se tornam uma luva para as mãos autoritárias.

4.5) Cartografia da redução de danos no Brasil³⁸

A RD constitui um importante analisador do processo de constituição de políticas de drogas no Brasil e sua interferência nas agendas da saúde. A história da RD no Brasil possui muitos meandros difíceis de serem abordados em sua totalidade. Dessa forma, destacamos quatro grandes fases definidas a partir de importantes marcos institucionais: a primeira iniciou-se em 1989, em Santos; a segunda em 1994, através do PN - DST/AID Programa Nacional de DST/HIV/AIDS do Ministério da Saúde (PN-DST/AIDS)S; e a terceira em 2003, quando a RD surgiu, a um só tempo, como um método clínico-político e um paradigma da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral para Usuários de Álcool e outras Drogas; e a quarta a partir de 2011 no contexto da implementação da Rede

³⁸ Este tópico (4.5) foi publicado parcialmente no artigo SOUZA, T. e PASSOS, E. Redução de Danos no Brasil: aspectos históricos e políticos. IN Ética e Subjetividade. Porto Alegre, Ed. Sulinas, 2009. Sendo este tópico é uma revisão atualizada de conteúdo integral.

de Atenção Psicossocial (RAPS) e inserção da redução de danos na atenção básica a partir dos Consultórios na Rua.

Ao definirmos tais datas, observamos que elas servem mais para marcar o início de uma nova fase do que para definir o fim da antiga. Percebemos que, em certos momentos, a análise de uma fase acaba por ultrapassar o início da fase seguinte. Nesse sentido, as datas sugeridas foram definidas a partir de rearranjos institucionais que produziram modulações sobre as fases antecedentes, sem representar uma superação do que vinha sendo desencadeado.

A RD traçou um percurso clínico-político (Benevides de Barros e Passos, 2001, 2004) por meio do qual ultrapassou o contexto local, em Santos, e ganhou projeção no cenário nacional. Neste texto nos dedicaremos a apresentar os diferentes planos de articulação da RD, sem querer com isso apresentar um percurso cronológico da RD no Brasil. A história que queremos contar traduz a própria constituição de um sentido para a RD que nos permite extrair, dos planos de articulação, a consolidação de um método e de um novo paradigma para o campo das drogas. Num primeiro momento apresentaremos este percurso histórico para, em seguida, nos dedicarmos a apresentar como este percurso consolidou um novo modo de fazer clínica e política.

4.5.1) RD em Santos: transgressão em defesa da vida

Em Santos, podemos acompanhar um importante desdobramento que justificou a delimitação de uma fase dedicada inteiramente a este município. Destacamos essa cidade

pelo pioneirismo de suas ações e estratégias na implementação de uma política de álcool e outras drogas no período de 1989 a 1994.³⁹

Após a ação judicial sofrida pelo secretário de saúde de Santos (Davi Capistrano), proibindo a distribuição de seringas descartáveis para usuários de drogas, alguns profissionais que anteriormente compunham a equipe de DST/AIDS adotaram como medida alternativa a distribuição de hipoclorito de sódio para a desinfecção de seringas e agulhas. A troca de seringas tornou-se, assim, um dispositivo ilícito. Constituíam-se uma estratégia de guerrilha em que a troca de seringas criava uma estranha e paradoxal relação, de ser ao mesmo tempo uma ação estatal e contra-estatal. As necessidades em saúde exigiam a elaboração de uma racionalidade de governo (gestão) distinta da racionalidade impressa pelo direito penal em torno da política proibicionista. Tomava-se neste momento uma medida radical. Se fosse necessário ser transgressor para defender o direito a saúde, assim seria. E assim nasce a história da redução de danos no Brasil, uma medida *underground* e transgressora em defesa da vida.

O IEPAS (Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos) foi a primeira ONG brasileira que, por meio do dispositivo de troca de seringas, adotou uma estratégia de RD. Apesar de intensa mobilização, as iniciativas da RD em Santos foram mais uma vez interditadas pelo poder judiciário (Bueno, 1998). Após as seguidas ações judiciais e perseguições policiais, profissionais envolvidos com a RD investiram num método de intervenção silencioso e sombrio, que, aos poucos, foi adquirindo voz e visibilidade. Apostava-se em uma ação “*underground*” (Bueno, 1998, p. 166).

³⁹ A Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo também tentou implementar ações de RD, no ano de 1990. “Tratava-se do projeto SAIDA - Sistema Integral de Droga Adição – elaborado entre 1990 e 1991 por profissionais envolvidos com os programas de AIDS e de saúde mental.” (TEIXEIRA, 1997, p. 62). Tal qual o Programa de Redução de Danos da Secretaria de Saúde de Santos, o projeto SAIDA foi suspenso mediante ação judicial.

A intervenção por meio do dispositivo de troca de seringas passou a ter como objetivo não somente a prevenção entre usuários de drogas injetáveis (UDIs), mas, também, o protagonismo das minorias marginalizadas. Nesse momento, iniciaram-se os primeiros trabalhos dos redutores de danos (agentes de saúde que conheciam e tinham acesso aos territórios existenciais dos usuários de drogas): prostitutas, travestis, usuários de drogas, moradores de rua; todos aqueles considerados marginais tornam-se atores que se mobilizavam, fazendo do “submundo” um plano de trocas afetivas e de construção de vínculos cooperativos.

A idéia de “grupo de risco” já instituída no campo das ações em DST-AIDS é desestabilizada quando se propõe um novo modo de inclusão destes sujeitos. Estes são convocados a assumir uma posição de protagonismo nas práticas de produção de saúde.

As ruas, os becos, as bocas-de-fumo, os bares, os pontos de prostituição foram, aos poucos, se constituindo às escondidas como territórios de produção de saúde e novas alianças políticas. Muitas vezes não foi possível escapar dos processos judiciais, das prisões, das “duras” e “porradas” dos policiais: gestores autuados, seringas descartáveis apreendidas, usuário de drogas preso, redutor de danos detido. A RD foi acionando, na margem do Estado, uma dinâmica de “contágio” e propagação de propostas de cuidado, fundando um espaço *underground* das políticas de drogas.

4.5.2) AIDS e Redução de Danos

Boletins do Ministério da Saúde indicavam que 25% dos casos de AIDS no Brasil estavam associados ao uso indevido de drogas injetáveis. (Marques e Doneda, 1998). Essa realidade epidemiológica exigia que a RD deixasse de ser uma ação pontual do município de Santos e se tornasse uma ação nacional.

Em 1994 teve início o “Projeto Drogas” do PN-DST/AIDS, contando com o apoio político e financeiro da Organização das Nações Unidas, por meio do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP)⁴⁰. A associação entre HIV/AIDS e drogas possibilitou, em função do caráter pandêmico do HIV/AIDS, justificar a adoção de estratégias de redução de danos. Esse projeto articulou a Coordenação Nacional de Saúde Mental, o então Conselho Federal de Entorpecentes - CONFEN - do Ministério da Justiça e as Secretarias do Ministério de Educação e do Desporto. (Marques e Doneda, 1998). A RD foi inserida em diferentes programas e secretarias que criaram, junto ao Projeto Drogas, projetos de intervenção estadual e municipal.

Dentre outros projetos, os principais foram os Programas de Redução de Danos (PRDs), implantados inicialmente em 10 estados brasileiros: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Ceará e Bahia. (Marques e Doneda, 1998). A implementação dos PRDs ocorreu de forma singular em cada município. Em alguns casos, as Unidades Básicas de Saúde se tornaram instituição de referência; em outros, foram os programas municipais de DST/AIDS; em outros ainda, foram os Centros de Referência Nacional de Álcool e Drogas. O Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, da Universidade Federal da Bahia (Cetad/UFBA), o Programa de Orientação e Atendimento aos Dependentes da Universidade Federal de São Paulo (Proad/UNIFESP) e o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Nepad/UERJ) eram unidades de referência da Coordenação de Saúde Mental/MS e do Conselho Federal de Entorpecentes/MJ.

⁴⁰ Durou quatro anos, terminando em dezembro de 1998 e custou, aproximadamente, dez milhões de dólares, sendo cerca de 80% desse montante proveniente do Tesouro Nacional.

Ao inserir a Redução de Danos como estratégia oficial do Ministério da Saúde, o PN - DST/AIDS criou um novo regime de visibilidade sobre os problemas das drogas, mais próximo da percepção e interesse dos próprios usuários de drogas. Antes mesmo de se haver no âmbito do SUS uma proposta institucional para usuários de drogas, as estratégias de Redução de Danos, embora marginais, articularam formuladores de políticas do âmbito federal e redes de usuários através dos redutores de danos. Esse jogo de forças que traziam os usuários como protagonistas da própria política permitiu que a RD fosse aos poucos deixando de ser uma estratégia de prevenção às DST/AIDS, a desgosto das instituições financiadoras, e se tornando um novo paradigma para abordar o fenômeno das drogas e os problemas a ele associados. Apesar dos embates no âmbito federal, foi na esfera municipal, no plano concreto das ações que a RD sofreu as maiores restrições. Dessa forma, mesclavam-se um plano de articulação federal e um plano municipal ainda de fortes restrições que forçavam a adoção de medidas “*underground*”.

Diante dessa realidade política, foi fundada, no ano de 1996, a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) com a função de capacitar e articular os PRDs. A ABORDA mobilizou redutores de danos e usuários de drogas para que se organizassem politicamente, fomentando a fundação de diversas ONGs pelo Brasil. Como exemplo desse processo, podemos citar o surgimento de associações de RD no interior dos Centros de Referência Nacional de Álcool e Drogas. A Associação Carioca de Redução de Danos (ACRD), por exemplo, foi fundada em 1999 a partir da iniciativa de redutores de danos que trabalhavam no Nepad. Da mesma forma, a Associação Baiana de Redução de Danos (ABAREDA) foi fundada em 2001, no interior do Cetad (Brasil, 2003b).

A direção política da ABORDA foi ao encontro da necessidade dos redutores de danos de alcançarem maior autonomia para gerir as políticas de RD. A militância nascente

em torno das estratégias de RD forçou a criação de espaços de gestão nos quais os usuários de drogas viam a possibilidade de não serem identificados a doentes ou criminosos (Brasil, 2003b).

Redutores de danos, travestis, usuários de drogas, profissionais de saúde, pessoas vivendo com HIV, técnicos de saúde do PN DST/AIDS, universitários criaram uma nova militância, evitando que os PRDs ficassem isolados e restritos a um contexto local. A consolidação dessa rede fez emergir um outro plano de produção das políticas de RD, que não se reduzia nem ao plano *underground* e local, nem ao plano estatal e federal. A tecedura dessa rede possibilitou a inclusão de grupos minoritários num circuito de relação, em que se trocava muito mais do que seringas descartáveis. As estratégias de RD foram, aos poucos, se descolando do foco específico de prevenir, efetivado através do dispositivo de troca de seringas, e assumido objetivos mais amplos acionados por novas estratégias de mobilização social.

Entretanto, a criação das redes de redução de danos sustentadas principalmente por ONGs financiadas por organismos internacionais criou uma situação contraditória e de frágil sustentabilidade. Dessa forma, diversos projetos sofreram descontinuidade em função das instabilidades das políticas de financiamento do PN – DST/AIDS (BRASIL, 2003b). As principais linhas de financiamento da RD provinham do PN – DST/AIDS, por meio de empréstimos do Banco Mundial. No ano de 2005, muitas associações tiveram suas ações parcialmente suspensas por falta de financiamento. Este movimento foi definido por Domanico (2006) como a “ditadura dos projetos”.

4.5.3) Saúde Mental e Redução de Danos

Esse novo plano de articulação foi também efeito de alguns acontecimentos que antecederam a própria política nacional de álcool e outras drogas. Dentre eles, podemos destacar a III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001 e o início do governo Lula em 2003. O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental estabeleceu a atenção aos usuários de álcool e outras drogas como um dos princípios e diretrizes dentro da reorientação dos modelos assistenciais em saúde mental (Brasil, 2002). A partir dessa nova orientação, os Programas de Redução de Danos (PRDs) migraram do campo exclusivo das DST/AIDS, passando a ser de responsabilidade da assistência em saúde mental. São deliberações da Conferência:

Garantir que a atenção ao usuário de álcool e outras drogas adote estratégias de Redução de Danos. E, também, implantar o Programa de Redução de Danos – PRD – em todos os municípios, promovendo o envolvimento da comunidade, visando prevenir e reduzir a transmissão de DST/AIDS (Brasil, 2002, pp. 61).

A RD como um dos princípios e diretrizes pactuados nessa Conferência foi tomada como importante eixo de articulação dentro da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, iniciada em 2003 (BRASIL, 2003a).

A nova política começou a ser concretamente formulada pelo Grupo de Trabalho em Álcool e Outras Drogas (GTAOD) que contava com a participação de integrantes das diferentes secretarias e áreas do Ministério da Saúde, ANVISA e SENAD. A partir dele, princípios e diretrizes provenientes das diferentes secretarias e programas em questão convergiram para a política nacional de álcool e outras drogas. Podemos destacar algumas

diretrizes que deram forma para a política nacional: a clínica ampliada, a transversalidade, a desinstitucionalização e a redução de danos.

Essa modulação produziu alguns desdobramentos institucionais que culminaram na incorporação da redução de danos e de agentes redutores de danos nos CAPS AD. Constituíram as seguintes portarias:

- Portaria 1.028 de julho de 2005 – regulariza as ações de redução de danos pelo Ministério da Saúde.

- Portaria 1.059 de julho de 2005 - destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPS AD - e dá outras providências.

- 2009. Incentivo para projetos de Escolas de Redutores de Danos, como estratégia do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack.

A RD experimentou uma nova inflexão: o que era até então uma estratégia da PN-DST/AIDS torna-se um método da própria Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Logo, avaliar a institucionalização da redução de danos é antes de tudo avaliar o desenvolvimento da política de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde formulada em 2003. (Brasil, 2003a) Por ser um paradigma central desta política, avaliar os rumos da redução de danos é uma estratégia para se avaliar em que medida no atual contexto político estamos nos afastando do ideário defendido naquela ocasião.

4.5.4) Atenção Básica e redução de danos

No contexto atual se observa a partir da institucionalização dos Consultórios na Rua (Brasil, 2012)⁴¹ a incorporação da redução de danos como um das diretrizes orientadoras do cuidado em rede para a população em situação de rua. Inicialmente proposto como um equipamento da saúde mental, os Consultórios de Rua são incorporados pela atenção básica e transformados em Consultórios na Rua.

O Consultório na Rua surge a partir de experiências municipais denominadas de Programas de Saúde da Família Sem Domicílio (PSF Sem Domicílio) e Consultórios de Rua. A partir da nova Política Nacional de Atenção Básica (2011), são instituídas as Equipes de Consultório na Rua (ECR), serviço de saúde que é a junção do PSF Sem Domicílio e dos Consultórios de Rua. Institui-se deste modo uma possibilidade de maior responsabilização da atenção básica pela ampliação do acesso e organização da rede de atenção a usuários de drogas em situação de rua, dentro de uma perspectiva de redução de danos e ampliação da clínica.

Inserir-se a partir deste novo equipamento a redução de danos de modo mais expressivo na atenção básica, indicando um movimento de institucionalização da redução de danos enquanto uma diretriz que num primeiro momento passou das políticas de DST/AIDS para o campo da saúde mental, e agora se estende para a atenção básica.

Por ser um equipamento estratégico, os Consultórios na Rua se inserem como um importante componente da atenção básica para a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS). Na portaria que institui a RAPS a redução de danos

Portaria 122, 25 de janeiro 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

comparece ao mesmo tempo como uma diretriz que orienta o cuidado ao usuário de drogas, e como uma estratégia desenvolvida por agentes de saúde denominados de agentes redutores de danos.

A complexificação do campo vem sendo acompanhada não só pela elaboração de novos equipamentos e dispositivos de saúde, mas também pela reformulação de antigos, no sentido de fortalecer a perspectiva de ação em rede. O papel da atenção básica, de hospitais gerais, de unidades de pronto-atendimento, etc, traz uma nova relevância para o papel da redução de danos como uma das diretrizes orientadoras desta rede. Um dos principais desafios para a continuidade do atendimento na rede é que a postura de acolhimento pautada na redução de danos seja, em outro equipamento, substituída por uma posição moralizante e condenatória do usuário de drogas.

Nesse sentido tem se observado o cuidado institucional de não localizar a redução de danos como diretriz para ações na rua, mas como diretriz da articulação na rede. Apesar de comparecerem como estratégias que compõem os investimentos do SUS para prevenção, promoção, tratamento e reabilitação para pessoas usuárias de crack, álcool e outras drogas, ainda permanecem lacunas quanto ao modo como se dará a implementação destas estratégias e como será a inserção da redução de danos.

Cabe agora acompanhar que estratégias serão utilizadas para ativação desta dimensão micropolítica do processo de trabalho em saúde, uma vez que a mesma não se garante por meio de portaria, incentivos e investimentos fundo a fundo. O desafio atual implica na ativação de processos de gestão atentos à dimensão subjetiva que compõe estas redes e aos diferentes interesses políticos que comparecem nas arenas estaduais e municipais. As resistências dos gestores e das equipes nas esferas locais e municipais se

colocam como um grande nó e apontam para a dimensão micropolítica do trabalho em saúde que não é mobilizada por ações somente de aporte macropolítico.

CAPÍTULO 5: AVALIAÇÃO CARTOGRÁFICA PARTICIPATIVA: PROPOSIÇÕES DA CARTOGRAFIA PARA AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A pesquisa empírica seguiu da orientação geral de constituição de uma metodologia híbrida. A investigação e análise das experiências em curso na rede de saúde de Campinas em torno das estratégias dos redutores de danos foram produzidas a partir da articulação entre as proposições da cartografia e as proposições do campo da avaliação participativa em saúde. Essa construção metodológica é uma continuidade de outras duas experiências que aproximam o campo da avaliação em saúde e a cartografia: a experiência de avaliação na Política Nacional de Humanização – PNH (Santos-Filho e Benevides de Barros 2007; Santos-Filho 2009; Santos-Filho, Souza e Gonçalves, 2001) e a experiência de avaliação da rede de saúde mental em Campinas - SP. (Onocko Campos, et. al, 2008; Passos e Souza, et.al, 2008). No presente trabalho demos continuidade as explorações metodológicas que já vínhamos explorando em outros bons encontros investigativos.

5.1) Avaliação de processo e cartografia

Uma importante inflexão que as proposições da cartografia trazem para o campo da avaliação em saúde gira em torno da noção de processo. Embora seja um ponto de conexão entre a cartografia e o campo da avaliação em saúde, podemos observar algumas inflexões e nuances no modo como a noção de processo é abordada. Em função da necessidade de

aumentar a eficácia e a eficiência de políticas de saúde (ou programas e serviços de saúde), tem ocorrido um aumento da incorporação de modelos de avaliação como componente dos processos de gestão que permitam que a avaliação ocorra durante (e articulada) aos processos de implantação de ações. Nesse campo, avaliação de processo é também denominado de avaliação de implementação de ação.

Em vez de adotar o modelo “caixa-preta”, no qual a ênfase encontra-se na avaliação de resultados, os modelos de avaliação de processo (ou de implantação de ações) não dissocia o resultado do processo de produção (Hartz, 1999, Silva, 2005, Medina et. al. 2005; Champagne et. al. 2011). No modelo da “caixa preta”, a intervenção é uma variável dicotômica (ausência ou presença de intervenção), sendo desconsiderado o contexto em que a intervenção se efetiva. Para os modelos de avaliação de processo, a intervenção é uma ação sobre um determinado contexto singular, o que amplifica o grau de complexidade, uma vez que a análise da intervenção deve considerar um conjunto de variáveis contextuais e dinâmicas (Champagne et. al. 2011).

Alguns autores destaquem a diversidade de propostas de modelos de avaliação de processo. Apesar desta diversidade existe um entendimento de que avaliar processo de implantação de ação envolve a análise dos fatores que geram mudança a partir de uma intervenção num contexto singular (Hartz, 1999, Silva, 2005, Medina et. al. 2005; Champagne et. al. 2011). Essa concepção produziu a necessidade de se construir aportes metodológicos que têm como objeto de análise o que se passa durante o processo de intervenção. Entende-se desse modo a avaliação como parte integrante do processo de intervenção, na medida em que a partir da avaliação de processo é possível intervir no rumo da intervenção. (Santos Filho, 2009)

Partindo desta concepção geral, as noções de processo podem ser abordadas a partir de duas lógicas distintas: na primeira, a noção de processo pode estar submetida a uma lógica gerencialista, em que grupos fechados de especialistas definem alguns indicadores de processo com vistas a otimizar a utilização de recursos; na segunda, os âmbitos de processo podem ser definidos pelos diferentes sujeitos envolvidos na implementação da ação servindo de instrumento que aumente a capacidade coletiva de analisar e decidir sobre o rumo da intervenção.

No primeiro modelo, em que se opera uma lógica gerencialista, a dimensão de processo é reduzida a um conjunto de procedimentos em que a avaliação se reduz a uma aferição enquanto um processamento de dados (Barros e Kastrup, 2009). Podemos ter diversos modelos e matrizes de avaliação em saúde que quantificam procedimentos, como, por exemplo, número de reuniões, supervisões etc., sem que, com isso, se verifique como estas reuniões, supervisões etc. têm sido realizadas.

Em nossas proposições coletivas sobre metodologias de avaliação, propusemos que processo seja entendido menos como procedimento e mais como um “modo de fazer” (Passos e Souza et. al. 2008; Santos Filho, Souza e Gonçalves, 2011). O modo de fazer uma reunião é que vai definir se ela irá acessar um regime de variabilidade, gerando mudanças nos sujeitos envolvidos ou não. Nesse caso, processo é antes de tudo uma processualidade. Processualidade é um regime de variabilidade mobilizado por uma multiplicidade de forças ((Barros e Kastrup, 2009; Escócia e Tedesco, 2009). Trata-se de acessar um plano de constituição da realidade anterior à constituição de formas instituídas. Define-se, a partir destas reflexões, a dimensão de processo a ser cartografada pela avaliação cartográfica: processo entendido como modo de fazer que ativa um regime intensivo de variabilidade. A

amplificação da noção de processo veio acompanhada da construção de novos modos de produzir avaliação.

Esse tipo de variação operacionalizado por processos metodológicos (modos de fazer) só pode ser avaliado por uma metodologia também processual (Passos e Souza, et. al. 2008). Trata-se de uma abordagem em que, além do objeto avaliado ser processual (avaliação de processo), o próprio método de avaliação também se torna processual (avaliação processual).

5.2) O acompanhamento avaliativo: o encontro entre avaliação em saúde e cartografia

O acompanhamento avaliativo foi proposto a partir do encontro entre diferentes autores imersos em experiências concretas de intervenção em saúde, principalmente a partir de experimentações de metodologias participativas no âmbito da gestão da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) (Brasil, 2008).

Por ser uma política que tem como foco produzir mudanças nos **processos** de trabalho, a PNH criou um campo experimental de aproximação entre avaliação de processo e as proposições da cartografia. A PNH é uma política que não se efetiva a partir da implantação de equipamentos e/ou serviços próprios, como são a Atenção Básica, a Saúde Mental, dentre outras. Propõem-se, a partir de diretrizes e dispositivos, alterar os processos de produção de saúde em diversos níveis ou instâncias da rede, no sentido de produzir maior autonomia dos sujeitos envolvidos e da democracia institucional. Logo, produção de saúde e produção de subjetividade são instâncias que não se separam: produzir saúde implica produzir subjetividades com maior grau de autonomia para decidir sobre a sua própria vida, sejam usuários, trabalhadores ou gestores.

Nesta perspectiva inclusiva, o modo como os diferentes sujeitos pensam e se afetam com a realidade, passa a constituir o campo de intervenção. Logo, apreender essa dimensão do fazer em saúde, em que a subjetividade está atrelada à produção de saúde (Brasil, 2008), implica uma metodologia que não se reduza à aferição de dados, mas que seja constituída por estratégias de acompanhamento do modo como os sujeitos se reposicionam ante os desafios presentes. Os atores concretos que compõem o contexto de intervenção e suas subjetividades não são variáveis intervenientes ou meros objetos de análise. Trata-se, portanto, de uma aposta metodológica segundo a qual a dimensão de processo inclui a produção de subjetividade como componente do campo de intervenção (Brasil, 2008). Tal orientação ético-político da PNH exigiu novos modos de se propor avaliação em saúde.

Num dos primeiros artigos sobre avaliação na PNH, Santos-Filho e Benevides de Barros (2007) trazem uma potente experiência em que o termo **acompanhamento** é articulado ao termo **avaliativo**. Trata-se de um texto sobre uma experiência de intervenção em que o “acompanhamento avaliativo pudesse se instaurar como alimentador de processos e de visibilidade sobre os novos atos, êxitos, movimento, falhas, rumos (e para correção de rumos)” (pp. 218).

Neste “texto-experiência”, os autores articulam a noção de processo à de movimento, onde a avaliação funcionou como um dispositivo que qualificou o a intervenção junto à Câmara Técnica de Humanização dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro- CTH (Santos-Filho e Benevides de Barros, 2007).

Canalizando também os sentidos que agregamos à ideia de processo, *em sua vitalidade*, podemos compreender a CTH como processo-espço, com o resgate da ideia de espaço que valorizamos na Humanização – espaços sociais de trabalho como potenciais promotores de saúde (em uma visão ampliada) e produção de sujeitos. Valemo-nos, então, da perspectiva cartográfica,

percebendo o espaço como “*desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem...que acompanha e se desfaz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos e a formação de outros.*”(Rolnik, 2006) (Santos-Filho e Benevides de Barros, pp. 220-221, 2007)

Criava-se, assim, uma paisagem constituída entre diferentes experimentações clínico-institucionais, em que noções como acompanhamento, avaliação e processo passaram a ganhar relevância político-metodológica numa rede de produção atravessada pela perspectiva da cartografia. Dentre estes diversos movimentos, a PNH se tornou um campo fértil para a articulação de proposições mais clássicas no campo da avaliação com novas perspectivas produzidas a partir de novos intercessores. A emergência do método de avaliação na PNH indicava, desde seu nascedouro, uma articulação entre avaliação em saúde e cartografia. Criou-se um campo de experimentação coletiva que fez emergir o conceito de acompanhamento avaliativo, que tem Santos-Filho (2009) como um dos seus principais formuladores, no qual se percebe o devir cartográfico do método de avaliação utilizado nessa experiência.

Neste período inicial das experiências de avaliação na PNH acompanhei dois projetos coordenados por Regina Benevides de Barros⁴²: um projeto de *Acompanhamento Terapêutico* junto a dois Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio de Janeiro e outro de *Avaliação da rede de serviços de saúde mental no município de Campinas - SP*⁴³. Enquanto no projeto do Rio de Janeiro debatíamos sobre a noção de **acompanhamento**, no projeto de Campinas debatíamos sobre **avaliação de processo**. Atrelar a noção de

⁴² Professora Doutora da Universidade Federal Fluminense, foi uma das formuladoras da PNH e coordenadora desta política entre 2003 e 2005.

⁴³ Projeto coordenado por Rosana Onocko Campos, Juarez Furtado, Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros, que deu origem ao livro *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. (Orgs.): Rosana Onocko campos, Juarez Furtado, Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros. Editora Hucitec, São Paulo, 2008.

acompanhamento à de avaliação designava, nesse contexto, valorizar a dimensão clínica que a avaliação deve ter uma vez que a subjetividade passa a compor o objeto avaliado. Neste sentido, demarcar o encontro entre os dois autores (Santos Filho e Benevides de Barros) que estiveram na gênese do conceito é, antes de tudo, cartografar as diferentes correntes e movimentos que deram consistência ao conceito de acompanhamento avaliativo.

Embora localizemos em pessoas a autoria de um novo conceito, de um método, ou de uma produção científica em geral, sabemos que é numa zona de experimentação que estas propostas emergem. Não querendo subtrair o mérito autorial, no caso de Santos Filho (2009) e a proposição do método do *acompanhamento avaliativo*. Muito pelo contrário. Esse mérito se traduz exatamente pela sensibilidade em produzir uma importante articulação que já se anunciava nos espaços de encontro promovidos pela PNH, em que o campo da avaliação em saúde se encontrava diante de outras importantes proposições, como a proposta da cartografia e de *apoio institucional*.

5.3) Avaliação e apoio institucional: outros vetores que compõe o método do acompanhamento avaliativo

A perspectiva metodológica do *apoio institucional*, proposta por Campos (2007b) e adotada na Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2008), redimensiona o papel do especialista em avaliação. Ao incorporar a *função avaliativa* (no apoio), esta perspectiva viabilizou um arranjo institucional não para gerar uma avaliação “sobre”, mas uma avaliação “com”. O *apoio institucional* é compreendido como estratégia/método pelo qual se oferta suporte ao movimento de mudanças desencadeado por coletivos em suas organizações. Toma o processo de trabalho como objeto de problematização e busca o

fortalecimento dos sujeitos/coletivos para análise e intervenções. A incorporação de uma “*práxis avaliativa*” pelos diferentes atores envolvidos no processo de produção de saúde implica redefinir os papéis tradicionalmente marcados pela localização da função de avaliar a lugares institucionais de “especialistas”, ora identificados às instituições acadêmicas ora ao lugar de gestores. Sem perder de vista as especificidades avaliativas, apostar numa outra arquitetura institucional implica minimizar as relações de saber-poder que separam “aquele que avalia daquele que é avaliado”.

A perspectiva do *apoio* possibilita, então, pensar a avaliação como um dispositivo de inclusão, numa operação de lateralização das relações institucionais, tradicionalmente marcadas por padrões comunicacionais verticais e burocratizados. O exercício do *apoio*, efetivado a partir da *organização de coletivos* e funcionando como *rodas avaliativas*, tem como objetivo integrar sujeitos e elementos heterogêneos que compõem o processo de trabalho, aumentando a capacidade de todos para lidar, de forma crítica, deliberativa e resolutiva, com os problemas e situações do trabalho (Campos, 2007b). É a dimensão interventiva da pesquisa que se atualiza a partir de uma metodologia em que avaliar é um modo de apoiar coletivos organizados para mudança de suas práticas em saúde. A partir desta perspectiva a avaliação é reformulada e reinserida enquanto oferta e suporte para os coletivos produzindo uma inseparabilidade entre avaliar, apoiar e intervir.

5.4) Estratégias e espaços de acompanhamento avaliativo: produzindo rizomas

Em muitos desenhos de avaliação participativa, a participação se resume aos momentos de grupos focais e devolutiva dos dados produzidos a partir dos mesmos. Entre um momento de coleta de dados e outro, criam-se longos períodos de distanciamento da pesquisa e o campo de investigação. Ao longo da pesquisa, fomos percebendo a

necessidade de manter um elo de comunicação permanente com o campo de investigação. O conjunto de técnicas que dariam formalidades à pesquisa precisavam de um fio condutor construído na relação direta entre pesquisador e campo pesquisado. Esse fio condutor foi sendo construído a partir das proposições do *acompanhamento avaliativo* (Santos-Filho e Benevides de Barros, 2007; Santos Filho, 2009; Santos Filho, Souza e Gonçalves, 2011) do espaço de supervisão dos redutores de danos. O acompanhamento do trabalho dos redutores de danos criou uma importante inserção, pois são atores que ocupavam um lugar estratégico para avaliar os aspectos da rede de saúde relacionados à garantia de acesso a pessoas usuárias de álcool e outras drogas.

Como o município de Campinas - SP vivia um momento de implementação das ações dos redutores de danos nos CAPS AD, a gestão municipal acolheu a pesquisa como uma oferta para a rede e pactuei que minha participação nestes espaços não seria apenas a de um observador externo, mas a de alguém que, desde um lugar de fora, poderia intervir e trazer analisadores para os espaços em que participaria, operando como o espaço como uma *roda avaliativa* (Santos Filho, 2009, Santos Filho, Souza e Gonçalves, 2011). Assim, passei a acompanhar o espaço de supervisão dos redutores de danos de dois CAPS AD e, depois de seis meses, de mais um CAPS AD que foi inaugurado durante o processo de pesquisa, criando um grupo de nove redutores de danos.

A participação no espaço de supervisão dos redutores de danos dos três CAPS AD foi um eixo central da pesquisa uma vez que através deste espaço era possível analisar casos e processos de trabalho dos redutores de danos. Para a pesquisa, o acompanhamento destes espaços teve a função de formulação de problemas, mapeamento do território de pesquisa e construção de etapas de coleta de dados. A participação no espaço de supervisão ocorreu em quatro etapas.

Na primeira etapa, que durou dois meses, a participação foi semanal e serviu para conhecer a realidade do trabalho dos redutores de danos, aspectos da rede de saúde e para a construção de vínculo com o grupo. Também foi uma fase de levantamento de dúvidas, perguntas, problemas e potencialidades que auxiliaram na formulação de estratégias de pesquisa de campo e de problemas para a pesquisa teórico-bibliográfica.

Na segunda etapa, que durou seis meses, a participação foi quinzenal. Manteve-se as funções de análise de processo de trabalho e desafios de articulação da rede de cuidado para usuários em situação de rua. Além disso, nesta etapa iniciou-se a articulação de outros espaços e estratégias de pesquisa, especialmente a organização dos grupos focais. Os grupos focais tiveram a função de aprofundamento de compreensões sobre alguns analisadores que eram retomados nos espaços de acompanhamento da supervisão.

Na terceira fase a participação no espaço de supervisão ocorreu de forma mais esporádica, tendo a função de articular as visitas a campo junto com os redutores de danos. Durante dois meses ocorreram dois encontros. Na quarta etapa, após este ciclo de participação sistemática, realizei algumas visitas esporádicas para atualizar questões da pesquisa, fazer devolutivas e organizar o fechamento da pesquisa.

Este espaço foi fundamental para mapear os principais desafios, impasses e potencialidades das ações dos agentes redutores de danos. A partir deste mapeamento, pude formular perguntas de pesquisa que partissem deste ponto de vista: de agentes que acessam diretamente os territórios dos usuários de drogas em situação de rua. Eles são agentes que olham para a rede a partir da rua, a partir dos dilemas postos pelos usuários de drogas que tem muita dificuldade em acessar a rede de saúde: convivem diariamente com os dilemas da construção de redes de atenção a partir do ponto de vista dos territórios existenciais dos usuários de drogas em situação de rua. Assim, as questões iniciais disparadas no espaço de

supervisão criaram linhas de acompanhamento, seguindo os efeitos de propagação que se delinearam para além da pesquisa. A pista metodológica de que “cartografar é habitar um território-entre” foi ganhando consistência a partir desse acompanhamento. A partir de um território entre fomos lançando linhas para diferentes direções criando uma pesquisa rizomática.

O território de pesquisa foi sendo construído a partir da lógica do acompanhamento de processos, em que o encontro com cada grupo e com as questões que ali emergiam abriam novas perspectivas para os próximos encontros. O acompanhamento avaliativo permitia que o movimento de pesquisa não fosse proposto simplesmente como etapa de um processo, como um salto entre um momento de coleta de dado e outro. Mediante o acompanhamento avaliativo, era possível verificar as reverberações produzidas por um grupo focal, a uma ida a campo ou por uma devolutiva das narrativas dos grupos focais. Nos espaços de acompanhamento surgiram retornos, novas perguntas e novas propostas que davam maior consistência para os próximos passos da pesquisa. Entre um grupo focal e outro não nos afastávamos do campo concreto de pesquisa. Assim, além dos problemas que emergiam dos grupos focais, vimos surgir novos problemas que nos ajudavam a reformular questões, roteiros e estratégias de coleta de dados. Como, por exemplo, decidir, no calor dos acontecimentos, fazer uma entrevista com uma usuária para produzir outras perspectivas sobre uma determinada questão⁴⁴.

Assim, a cada ponto problemático com os quais nos encontrávamos, novas ramificações se abriam, constituindo uma pesquisa que se articulava enquanto um rizoma. Tínhamos, o tempo todo, técnicas de coleta de dados (entrevistas, diários de campo e grupos focais) como cartas na manga, mas o modo, o momento e as estratégias para utilizá-

⁴⁴ A entrevista em questão foi com a usuária Constância, que será apresentada no capítulo 5.

las não estavam definidas de antemão. O acompanhamento avaliativo conferiu consistência à proposição *hódos-metá* da pesquisa (Passos e Benevides de Barros, 2009a). Etimologicamente, a palavra método quer dizer *metá* (objetivo) *hódos* (caminho), o que indica uma proposição tradicional de investigação em que a meta precede o caminhar. Define-se, assim, uma racionalidade em que o ponto de chegada se encontra preestabelecido, sendo o caminhar uma construção de meios para se alcançar tal objetivo. A cartografia parte da inversão desse sentido tradicional, propondo um *hódos-metá*, em que o primado é dado ao caminhar, ou melhor, ao modo de caminhar (Passos e Benevides de Barros, 2009a). Ao propor uma inversão deste sentido tradicional, não se joga fora o bebê com a água do banho, como uma primeira apreensão descuidada poderia supor. Por inversão não se quer produzir uma negação ou ausência de meta, mas, simplesmente, afirmar que a experiência de caminhar deve ser produtora de metas e não o contrário.

A dimensão do acompanhamento avaliativo permitia que víssemos os efeitos da pesquisa, em ato, se manifestando em outros espaços, pois buscávamos nos manter conectados ao território de pesquisa, não só nos momento de coleta de dados. Isso pôde ser observado de várias formas, à medida que seguíamos disparando novas estratégias de pesquisa.

Além do acompanhamento do espaço de supervisão dos redutores de danos, foi estratégico a participação no Colegiado de Gestão da Redução de Danos: reunião que ocorre bimensalmente com a participação de coordenadores de CAPS AD, da coordenação do Centro de Referência em DST/Aids, do apoiador de distrito referência para Redução de Danos, da coordenadora municipal de Saúde Mental e da supervisora dos redutores de danos. Em algumas reuniões, o Colegiado avalia que a participação dos redutores de danos é necessária e, então, eles também são incluídos. Este Colegiado funcionou como espaço

para discussão dos problemas políticos da redução de danos e de pontos relacionados à gestão (recursos, formas de contratação, conflitos políticos e outros). O Colegiado serviu como meio de articulação e pactuação dos processos de pesquisa com os gestores, desde a apresentação do projeto de pesquisa até a oficina final de devolução, sendo um espaço político fundamental para a sustentabilidade do processo de pesquisa.

5.5) Indicadores processuais: o trabalho a partir de analisadores

O conceito de indicadores processuais é um modo de escapar da classificação mais tradicional, que entende indicador somente na sua dimensão quantitativa, e, ao mesmo tempo, superar a divisão clássica dos indicadores em “estrutura”, “processo” e “resultado” (Donabedian 1984, 1988). Embora uma pesquisa, bem como a implementação de uma ação, possa seguir etapas, a vida real normalmente acaba por desestabilizar estas etapas. Neste sentido, no jogo real das relações de força que interferem na produção de saúde, “estrutura”, “processo” e “resultado” encontram-se imbricados e influenciam-se mutuamente, constituindo uma circularidade; do mesmo modo que os aspectos quantificáveis e os não-quantificáveis.

A complexidade da realidade insiste em embaralhar os termos que insistimos em separar. Nosso esforço segue mais no desafio de distinguir do que propriamente de separar, partindo da premissa conceitual de que estrutura, processo e resultado se distinguem, mas não se separam. É, exatamente, porque estes termos estão postos em relação na realidade do trabalho em saúde, que eles não se separam. Demarcar a dimensão inseparável de termos, ou de dimensões que compõem os processos de produção de saúde, é captar e explicitar a dimensão processual que desmonta estruturas, cria resultados e altera processos durante a pesquisa. Neste sentido, o conceito de indicador processual não se confunde com a

classificação que subdivide alguns indicadores, como indicadores de processo. Não se trata de indicar, com isso, a irrelevância ou superação da subdivisão proposta por Donabedian (1984, 1988). A função do conceito de indicador processual é inserir no cerne das classificações, uma atenção e uma proposta com o modo como os indicadores são construídos e operacionalizados no contexto do trabalho em saúde. Tradicionalmente, os indicadores, mesmo em pesquisas participativas, são construídos por um grupo de especialistas a partir de diferentes técnicas que visam garantir validade aos mesmos. Indicador processual ou indicador de movimento é construído numa situação de grupalidade, em que um determinado acontecimento tem uma função analisadora (Lourau, 2004a; Brasil, 2008), uma função crítica, por ser um ponto crítico deste processo e por ser produtor de crítica, de desestabilização, de inquietude e questionamento.

Logo, mesmo um indicador de estrutura ou de resultado, pode ser processual, se o seu processo de constituição tiver sentido e função analisadora do processo de trabalho do grupo envolvido, ou seja, que tenha função analítica para o grupo avaliado. (Passos e Souza et. al. 2008; Santos-Filho, Souza e Gonçalves, 2011). Um analisador indica sempre uma dimensão ativa, criativa e processual das instituições, sua dimensão instituinte (Lourau, 2004; Guattari, 1981). Além ou aquém das formas, estruturas e procedimentos cristalizados, que correspondem à face instituída de toda instituição, os analisadores, ao produzirem uma desestabilização destas formas, indicam uma dimensão processual das instituições. Buscamos destacar, neste acompanhamento, foram alguns indicadores que apontavam para esta dimensão processual que opera como analisador do processo de trabalho e das instituições de saúde.

Um importante momento do acompanhamento avaliativo foi quando, no espaço de supervisão dos redutores de danos, ficou visível o grau de isolamento dos agentes redutores

de danos. Nessa etapa de inserção destes agentes nos CAPS AD, a direção era evitar ao máximo que os redutores se envolvessem nas ações internas do serviço, pois uma força centrípeta tendia a inseri-los como monitores a serviço dos outros profissionais. Essa percepção inicial, para que fosse tomada como um analisador, precisava ser confrontada com outras percepções além das trazidas pelos redutores de danos no espaço de supervisão. Nesse ponto, acompanhamento avaliativo foi o fio condutor, enquanto proposição metodológica, que possibilitou agenciar uma diversidade de atores para que o exercício da cartografia se efetivasse enquanto um exercício coletivo.

O acompanhamento do espaço de supervisão foi, portanto, o meio privilegiado para avaliar a experiência em curso de incorporação da estratégia de redução de danos nos CAPS AD. Esse processo avaliativo partiu da metodologia de construção de indicadores processuais, que emergiram ao longo deste acompanhamento. Neste processo, destacamos dois indicadores processuais em torno dos quais construímos um conjunto de variáveis que viriam a compor diferentes instrumentos de coleta de dados: grupos focais, entrevistas e diários de campo.

O primeiro indicador destacado no acompanhamento destes espaços foi: i) *difículdade de articulação entre redutores de danos e equipe do CAPS AD*. No início da pesquisa, os redutores de danos raramente participavam dos espaços de discussão de caso e de construção de projetos terapêutico junto com as equipes dos CAPS AD, apesar de serem contratados como trabalhadores dos CAPS AD. Este problema se evidenciava em diversos momentos em que os redutores de danos acompanhavam, até o CAPS AD, usuários abordados no território e que precisavam ser conduzidos a um espaço protegido; situações de emergência clínica, ou de vulnerabilidade social, como por exemplo situações de briga e ameaças. Os redutores de danos relatavam na supervisão que, na maioria das vezes, este

tipo de ação era muito mal recebido pela equipe, sendo motivo de tensão. Esse primeiro indicador foi trazido pelo próprio grupo a partir do qual mapeamos algumas situações que indicavam essa situação.

Ao partir deste indicador, um conjunto de variáveis analisadoras foram emergindo. Uma das principais que o grupo trouxe para a discussão foi o fato de não participarem de espaços, dentro do CAPS AD, em que estas questões pudessem ser trabalhadas de forma continuada e sistemática. Os redutores de danos têm um espaço de supervisão próprio para discussão de caso. Ao longo deste acompanhamento, mapeamos que este modo de inserção, aparentemente ambíguo, sinalizava a existência de três problemas:

- ✓ um movimento de mudança dos redutores de danos das ações de DST/AIDS para a Saúde Mental, que implicava construir este lugar institucional;
- ✓ uma posição de gestão que buscava proteger os redutores de um movimento de centralização do CAPS AD, que tende a incluir os redutores em tarefas internas do cotidiano do serviço;
- ✓ um não reconhecimento e/ou conhecimento do profissional redutor de danos e sua atribuição por parte da equipe.

O que estes problemas, regularmente explicitados pelos redutores de danos, nos indicam? Do que eles são analisadores? Foi este tipo de pergunta que busquei formular de um modo que não centralizasse a análise sobre o sujeito redutor de danos. O risco que queríamos a todo modo evitar é fazer do ponto de vista dos redutores de danos uma posição central para a pesquisa. Após acompanhar e definir alguns problemas que diziam da posição dos redutores de danos, era necessário produzir um deslocamento que nos permitisse sair dessa relação dual entre redutores de danos e restante da equipe dos CAPS AD. Esse deslocamento foi operado de duas formas.

O primeiro deslocamento foi evidenciar que efeitos este problema (dificuldade entre redutores de danos e equipe do CAPS AD) produzia para além dos próprios redutores de danos; construir um segundo *indicador processual* que apontasse para outros vetores que atravessam essa relação, para além dos redutores de danos. Esse indicador foi construído em situação de grupo, quando emergiu uma situação analisadora. Num certo dia de supervisão, quando os redutores de danos colocavam o problema de não se sentirem acolhido como parte integrante da equipe do CAPS AD, formulei a seguinte questão para o grupo: *quem são os responsáveis pelo cuidado dos usuários que vocês atendem na rua e que ainda não vieram ou não virão para o CAPS AD? Quem é a equipe de referência para estes casos?*

Esta pergunta gerou um efeito de intervenção no grupo, pois gerou um movimento de questionamento e reflexão. A pergunta, ao se direcionar aos usuários acessados, em vez de se direcionar à situação de isolamento e motivo de queixa dos redutores de danos, produziu um deslocamento analisador. Em vez de abordar um suposto antagonismo entre equipe do CAPS AD e redutores de danos⁴⁵, ao direcionar a questão para o acesso e cuidado dos usuários em situação de rua, emerge um complexo campo de forças que ultrapassa a relação redutores de danos-equipe CAPS AD: em vez de situar a questão num campo antagônico, lançamos mão de um analisador que apontava para um plano agonístico, que, no limite, define os motivos pelos quais há um antagonismo entre redutores de danos e o CAPS AD.

Enquanto o primeiro indicador evidenciava um estado de coisas como participação ou não em determinados espaços, situação de isolamento, resistência dos trabalhadores dos

⁴⁵ Embora saibamos que os redutores de danos são, oficialmente, parte da equipe do CAPS AD, nos relatos dos redutores de danos e de outros trabalhadores dos CAPS AD, a diferenciação entre equipe do CAPS AD e redutores de danos era posta nestes termos que buscamos preservar nesse momento.

CAPS AD com a inserção dos redutores de danos; o segundo indicador apontava para um conjunto de forças que produz essa situação de isolamento e distanciamento. A partir do primeiro indicador, o grupo se viu isolado na responsabilidade pela condução de casos de extrema complexidade. A partir do segundo, o grupo se viu interessado em pesquisar os modos de produção deste isolamento para além dos trabalhadores dos CAPS AD. O primeiro indicador evidenciava estados de coisa num plano mais instituído, participação ou não em determinados espaços, relações afetivas já delineadas e limites institucionais mais ou menos estabelecidos. O segundo indicador apontava para a dimensão processual (ou de processualidade) da instituição em que as supostas formas cristalizadas são mobilizadas para a mudança: a dimensão instituinte que toda instituição comporta.

Com isso, buscou-se deslocar o foco dos redutores de danos para situá-lo nos efeitos que esta difícil relação gera na produção de saúde e acesso a esta população acompanhada pelos redutores de danos.

O segundo indicador construído foi: ii) *desafios em se produzir acesso aos usuários de drogas; e, em especial, para usuários que estão em situação de rua ou não desejam parar de usar drogas*. O ponto a ser explorado passou a incluir não somente a relação entre redutores de danos e equipe do CAPS AD em si, mas, também, outros aspectos que atravessam esta relação: *o que esta dificuldade diz do acesso a usuários em situação de rua?; o que isso diz da relação entre rede de saúde e território?; o que isso diz dos modos de atenção? o que isso diz do modo como se produz universalidade e equidade do acesso?; o que o isolamento dos redutores de danos diz do isolamento do próprio CAPS AD?*

Estas questões foram lançadas de forma cuidadosa na roda para que o grupo pudesse dar desdobramento aos pontos críticos, de tal modo que estes pudessem ser apropriados pelo grupo no próprio espaço de supervisão. A ampliação do campo de forças gerado pelo

segundo indicador nos serviu de índice para a ampliação da participação de outros sujeitos e estratégias de pesquisa.

O segundo deslocamento foi proposto a partir de metodologias de inclusão do ponto de vista de diferentes grupos de interesse (trabalhadores, gestores e usuários), avançando no sentido de uma avaliação cartográfica e participativa. Um modo de produzir uma ampliação do campo de análise e escapar a uma posição dualista que polarizava o debate entre redutores de danos X CAPS AD foi estender a participação para outros atores. A aproximação quase que exclusiva com os redutores de danos foi gerando uma inserção em que passei a me identificar com as questões trazidas por este grupo. Ficava claro que o processo de avaliação também produz efeitos sobre o sujeito avaliador (ou pesquisador). Tal percepção nos aproximou das proposições de pesquisa-intervenção.

5.6) Avaliação em saúde, pesquisa-intervenção e cartografia

Além das experiências avaliativas da PNH, a pesquisa avaliativa da rede de saúde mental de Campinas – SP, realizada no período de 2006 a 2008, criou um dos primeiros planos de articulação entre o campo da avaliação em saúde e a cartografia (Passos e Souza, et. al. 2008; Passos e Benevides de Barros, et. al, 2008). Nesta experiência avaliativa tomamos como ponto de aproximação entre pesquisa-intervenção e avaliação em saúde uma importante análise feita por uma das principais autoras no campo da avaliação em saúde:

Se é fato que, pela sua natureza, o objeto da avaliação se modifica em função do tempo e do contexto, também o é que o próprio processo de pesquisa, na avaliação, transforma o objeto avaliado” (Hartz et al, 2005, pp. 58).

Este trecho citado compõe a conclusão de um artigo em que os autores deixam em aberto uma importante provocação que nos indicava a dimensão interventiva do ato de avaliar, o que gerava as primeiras aproximações entre avaliação e cartografia (Passos e Souza, et.al, 2008) Por se tratar de uma conclusão, a citação anterior é a colocação de um problema em aberto que, segundo os autores, exigia uma profunda reflexão:

(...) é necessário uma profunda reflexão do modo como se faz a produção de conhecimento de ‘objetos mutantes’ e de como se estabelece relação entre a teoria e empiria num campo em que a subjetividade e a práxis do investigador é constitutiva do próprio objeto, na medida em que ele é um agente transformador da prática avaliada no momento mesmo em que a avalia. (HARTZ, et. al, 2005, p. 60).

A constatação dos objetos mutantes que se modificam pelo ato de avaliação gera uma proximidade com as proposições da cartografia e da pesquisa-intervenção, que entendem que o ato de pesquisar interfere, a um só tempo, na realidade pesquisada e no sujeito pesquisador (Rodrigues e Souza, 1987; Benevides de Barros 1994; Rocha e Aguiar 2003; Paulon, 2005; Passos e Benevides de Barros, 2009a).

Embora esta concepção de avaliação traga uma inovação para o campo, uma vez que inclui o caráter interventivo do ato avaliativo, nota-se uma redução do sentido de intervenção, uma vez que limita o caráter transformador da pesquisa num vetor de mão única, que vai do sujeito ao objeto. Partindo dessas observações, propusemos avançar na provocação deixada pelos autores do campo da avaliação em saúde na tentativa de avançar nas problematizações levantadas pelos mesmos.

A partir das experiências de avaliação da rede de saúde mental de Campinas – SP foi ficando claro que o caráter transformador da pesquisa não se reduz aos efeitos que a avaliação produz sobre os “objetos mutantes”, mas também modifica os sujeitos

pesquisadores (Passos e Souza, et. al 2008; Passos e Benevides de Barros, et. al. 2008). Enquanto no campo da avaliação em saúde esta dimensão transformadora da pesquisa encontra-se como uma constatação, para as proposições de pesquisa-intervenção essa dimensão é constitutiva do método de pesquisa na medida em que propõe para se fazer pesquisa é necessário por em análise os efeitos que se produzem sobre o pesquisador. Esta metodologia, denominada de análise de implicação, atenta não só para o fato de que as forças que mobilizam uma intervenção modificam o pesquisador, mas que estas modificações precisam ser analisadas. (Lourau, 2004a e 2004b; Benevides de Barros e Passos, et. al, 2008 e Passos e Benevides de Barros, 2009a)

A inscrição do pesquisador no campo de pesquisa é também uma definição ética, enquanto *ethos* de investigação. Esse *ethos* precisa ser construído, sendo, então, moldado pelas modificações que a avaliação produz no objeto e no sujeito. O sujeito de pesquisa precisa se reposicionar constantemente ao longo de uma pesquisa. Esse exercício de reposicionamento é também um exercício de mudanças do ato de pesquisar produzido pela análise de implicação. A partir desse marco teórico dito cartográfico, assumir uma posição é também definir um modo de intervenção, sendo esta relação entre sujeito e objeto um devir. O objeto de análise é composto exatamente pela composição de corpos em torno de um problema comum. Sujeito e objeto não são dados de antemão, mas ambos se constituem no ato de pesquisar. (Passos e Souza, et. al, 2008; Passos e Benevides de Barros, 2009a)

Tradicionalmente, a intervenção é entendida como ação de um sobre outro: uma “intervenção sobre”. Quando a intervenção é concebida como um processo que interfere tanto no objeto quanto no sujeito, trata-se de um sentido de intervenção enquanto um (inter) vir, uma intervenção entre, no sentido de um fazer com, de uma intervenção que se passa no meio, na relação (Passos e Benevides de Barros, 2009a). Uma política ou um programa,

mesmo que constituído com as melhores das idealizações, sofrerá modificação no processo de intervenção, assim como os sujeitos envolvidos nesta intervenção. Isso não é, na perspectiva cartográfica, um fator interveniente, mas um pressuposto. A política que busca gerar modificações numa determinada realidade deve pressupor sua modificação ao longo da intervenção, em função das forças que a realidade imprimirá sobre tal política. Isso, em vez de ser um impeditivo deve ser um combustível, no sentido de que não há modelo de intervenção perfeito.

Ao partirmos de uma proposta em que o objeto avaliado encontra-se em movimento e em transformação gerados pela própria prática avaliativa, ampliar a participação para que diferentes atores possam interferir nessa mudança se torna um imperativo ético-metodológico. Ao longo da pesquisa, a aproximação quase exclusiva com os redutores de danos foi gerando um posicionamento de defesa destes atores. As polarizações que os redutores de danos viviam com outros profissionais da rede foram se tornando em verdades para o pesquisador, num movimento de sobreimplicação. (Lourau,2004). Fazer a análise de implicação foi fundamental para se concluir que era necessário ouvir outros atores: *como é a percepção de outros trabalhadores dos CAPS AD sobre o trabalho dos redutores de danos? Como eles entendem a redução de danos? Como se estabelece a relação deles com o território? Quais as suas dificuldades em trabalhar no CAPS AD? Como se estabelece a relação entre atenção básica e saúde mental?*

Ouvir outras perspectivas sobre o problema do acesso e cuidado a essa população ajudaria a sair de uma posição de sobreimplicação e ampliação do grau de análise. Desconstrói-se, deste modo, a perspectiva de neutralidade e cientificidade da pesquisa, tomando-a como um campo implicacional em que todos os atores estão incluídos; um campo de forças em que todos estão atualizando suas apostas e direções a partir do modo

como nele estão implicados. Evitar-se a dimensão participativa da pesquisa implica uma direção em que a intervenção, inevitável ao ato de pesquisar, encontra-se sob o privilégio daquele que pesquisa: o pesquisador. Garantir a participação nas pesquisas implica um processo de cogestão da mesma, no qual algum grau de ampliação da intervenção possa se dar como algo deliberado por um grupo, uma vez que ocorra, portanto, disputas, composições e mudanças ao longo de uma pesquisa-intervenção participativa.

5.7) Avaliação participativa: explorando múltiplas perspectivas

A articulação que os redutores de danos produzem entre a rede de saúde e o território é o ponto de partida da pesquisa, mas não é o ponto de chegada. A avaliação participativa nos ofereceu elementos metodológicos para que a cartografia desta rede incluísse pontos de vista de diferentes profissionais de saúde e gestores, criando linhas de análise que nos permitisse ampliar o grau de comunicação entre diferentes sujeitos (Guattari, 2004). Caso contrário, tomaríamos a percepção dos redutores de danos como uma verdade a ser verificada. Apesar de criticarmos os desenhos de avaliação que privilegiam os interesses e pontos de vista de gestores, não entendemos que o modo de equivocar esta tendência gerencial seja privilegiar o ponto de vista de um ator mais vulnerável institucionalmente, como é o caso dos redutores de danos.

Esta pesquisa teve a intenção de ser uma metodologia de ampliação da participação dos atores diretamente envolvidos com os problemas pesquisados, de modo que pudesse ser, de alguma maneira, algo não separado e distante da realidade e dos sujeitos avaliados. O desafio de ampliar o acesso a populações vulneráveis deve ser captado a partir de diferentes vetores que atravessam o trabalho dos redutores de danos e os CAPS AD.

Os referenciais da cartografia e da genealogia, aqui trabalhados, foram se conectando à necessidade de fazer da pesquisa um meio para aumentar a capacidade de análise dos grupos envolvidos nas tomadas de decisão, inserindo nossa pesquisa no marco teórico-conceitual das pesquisas avaliativas participativas. (Guba e Lincon 1989; Silva e Formigli 1994; Furtado, 2001; Furtado e Onocko Campos, 2005, Contandriopoulos, 2006).

As pesquisas avaliativas participativas enfatizam a importância da inclusão de diferentes e, eventualmente, divergentes pontos de vista por meio da participação de diferentes grupos de interesse no processo de pesquisa, pois possibilita pôr em cena interesses específicos aos diferentes grupos envolvidos. Essas diferenças criam uma superfície de análise transversal aos diferentes grupos envolvidos, estabelecendo uma rede de conversação e cooperação. A pesquisa pode, neste contexto, ser um meio que aciona uma reflexão coletiva acerca do campo problemático no qual se insere. Desde esta perspectiva, o território da pesquisa se amplia consideravelmente, pois, deste modo, não reduzimos a avaliação aos problemas vividos pelos redutores de danos, mas, a partir destes, cartografamos uma dinâmica mais ampla que se passa entre a rede de saúde e os territórios da rua.

A metodologia constituída em torno do princípio ético da inclusão e da participação possibilita a colocação em análise das relações de poder existentes entre gestores, trabalhadores, usuários, sendo estratégica, portanto, a proposta adotada de se pensar a “avaliação como um dispositivo” (Furtado, 2001). Ao propor a avaliação como um dispositivo, Furtado (2001) chama atenção para as relações de poder que intervêm nos processos de implementação de ações em saúde. Parte das dificuldades de alguns grupos em reconstruir posturas em relação à realidade não se origina na ausência de dados e informações, mas em dinâmicas de trabalho cristalizadas que dificultam o

compartilhamento e integração dos diferentes pontos de vista no processo de planejamento, atenção e gestão.

Para a ampliação da participação de diferentes grupos de interesse, utilizamos a técnica dos grupos focais. Esta técnica tem sido amplamente utilizada em investigações nas áreas educacionais, de saúde e das ciências sociais, com o objetivo de acompanhar e avaliar experiências, programas e serviços, a partir do ponto de vista dos grupos neles envolvidos (Westphal, Bógus e Faria, 1996; Worthen, Sanders e Fitzpatrick, 2004).

Este processo de ampliação/inclusão de diferentes atores foi se dando de forma gradativa, a partir da leitura que fazíamos em cada etapa da pesquisa, levando em conta o que seria mais estratégico incluir num dado momento. Desta forma, não fizemos uma estratégia de coleta de dados simultânea entre os diferentes grupos de interesse. Esse processo foi se dando aos poucos, permitindo que, à medida que se produziam novas análises, se investisse em novas estratégias de coleta de dados. Desta forma, realizamos um primeiro GF (grupo focal) com os redutores de danos, depois, 3 GFs com os trabalhadores dos três CAPS AD e, por último, um GF com os gestores.

O primeiro grupo focal foi realizado com os redutores de danos, como forma de aprofundar as percepções construídas no acompanhamento avaliativo⁴⁶ dos espaços priorizados. Apesar de integrarem a equipe dos CAPS AD, optamos por tomá-los como um grupo de interesse específico, porque identificamos uma fragilidade na inserção deste grupo de profissionais nos CAPS AD. Objetivamos, então, garantir um espaço protegido de fala para que as questões que já vínhamos acompanhando pudessem ser aprofundadas sem que estes se sentissem constrangidos pelos demais profissionais integrantes da equipe. Este primeiro grupo focal foi denominado de Roda Avaliativa, pois, menos do que definir focos

⁴⁶ A metodologia do acompanhamento avaliativo será abordada a seguir.

estritos, teve a função de mapear questões ainda iniciais. Foi uma forma de darmos mais precisão e consistência para os problemas que estávamos levantando. A transcrição desse grupo focal com os redutores de danos foi sintetizada na forma de uma narrativa, permitindo traçar pontos pertinentes de serem abordados com os outros grupos de interesse (Furtado e Onocko Campos, 2008b).

A partir deste material, organizamos os grupos focais com os trabalhadores dos três CAPS AD de Campinas. O primeiro movimento foi a pactuação de uma oficina com os coordenadores dos CAPS AD no espaço de Colegiado de Gestão da Redução de danos. Em seguida, realizamos oficinas de apresentação da pesquisa junto às equipes dos três CAPS AD para convidar e constituir a participação dos trabalhadores nos grupos focais. Nestas oficinas, foi definido que a composição dos grupos deveria incluir i) diferentes profissões e ii) pessoas com posições divergentes em relação a RD.

O espaço das oficinas serviu para apresentação do problema e dos objetivos da pesquisa e como um primeiro momento de diálogo com as equipes dos CAPS AD. Por serem os trabalhadores que estão diretamente envolvidos com os redutores de danos, incluir as questões deste grupo de interesse foi fundamental para entendermos os desafios da redução de danos e do próprio CAPS AD. Como forma de vencer possíveis resistências e de não centralizar demais as questões em torno da redução de danos e dos redutores de danos, optamos por um conjunto de questões que abordassem diversos aspectos do CAPS AD. Isso tornava a pesquisa mais interessante para os outros profissionais do CAPS AD (não redutores de danos) e, ao mesmo tempo, permitia ampliar o foco da pesquisa.

O roteiro dos grupos focais (Anexo 1) foi compartilhado com três pesquisadores com conhecimento de grupos focais que conduziram os mesmos e fizeram sugestões e

alterações, ajudando na composição da versão final do mesmo. Foram, então, realizados três grupos focais com média de participação de dez trabalhadores em cada grupo.

Após a realização do GF com os trabalhadores dos CAPS AD, foi realizado o GF com os gestores, que incluiu: os três coordenadores dos CAPS AD, um apoiador de distrito com função de apoiar a Escola de Redução de Danos, uma supervisora dos redutores de danos. Apesar de ser um grupo pequeno, entendeu-se que este fator não seria um problema para a realização de um grupo focal, por ser este um grupo com função de formulação das políticas de saúde em álcool e outras drogas no município, havendo grande apropriação da temática pelos participantes.

5.8) Grupos Narrativos e a ampliação da inclusão

Os GFs foram áudio-gravados e as transcrições foram sistematizadas em narrativas que serviram como material para ser validado junto às equipes dos CAPS AD. A etapa de validação seguiu a metodologia dos *Grupos Focais Narrativos* (GFN) (Miranda et al, 2008). De acordo com os autores, os grupos narrativos permitem que o vivido se transforme em discurso, de modo que os participantes podem distanciar-se e produzir novas ressonâncias naquilo sobre o que falaram. Diante da possibilidade de escutarem as narrativas, os participantes dos grupos voltam-se para uma espécie de metanálise: confirmam ou não as argumentações contidas nas narrativas, aprofundam as discussões, manifestam mudanças em relação à situação inicial, reveem falas, surpreendem-se e incomodam-se consigo mesmos.

Em função da implicação com o campo, achei que seria mais estratégico não participar dos grupos focais, que foi conduzido por outros atores. A partir da análise do material, da sistematização e construção de narrativas, passei a assumir uma nova posição

menos defensora dos redutores de danos e mais atenta ao campo heterogêneo de forças que mobiliza trabalhadores e gestores ante a difícil tarefa de promover acesso a usuários de drogas. Ao entrar em contato com as diferentes perspectivas, pude me conectar com as tensões que atravessam os diferentes sujeitos, o que permitiu que eu saísse de uma posição menos defensiva de um grupo e assumisse uma posição mais clínico-institucional que possibilitasse fazer a validação das narrativas com os diferentes sujeitos. Assim, me propus a fazer a devolutiva dos grupos focais (narrativos), um momento menos focal e mais aberto às intervenções.

Um aspecto percebido durante esta devolutiva é que as narrativas constituem, ao mesmo tempo, uma impessoalidade da fala, pois ali não se reconhece quem, individualmente, falou o quê, e uma maior implicação com o que está sendo narrado, pois todos se sentem partícipes do produto-narrativa. O caráter coletivo da narrativa permitiu que os dissensos não fossem pessoalizados, pois tinham um produto ao qual se referir. É neste sentido que a narrativa é impessoal, ou seja, não no sentido de indiferente, mas no sentido de não pessoalizar a fala. Essa impessoalidade de uma narrativa coletiva em que todos estão implicados permitiu um efeito de tensionamento maior do que o ocorrido nos grupos focais, pois as pessoas se autorizam a discordar da narrativa produzida, uma vez que a narrativa permitia uma análise que não se configurava enquanto uma discordância das pessoas entre si. Todos se sentiam convocados a discordar de “si mesmos”, uma vez que todos eram participantes na construção da narrativa. Enquanto no GF as divergências podem ainda ser colocadas como uma posição “dele e não minha”, no GFN a narrativa reflete a posição do grupo.

A partir do material validado, fomos construindo categorias de análise em torno das quais criamos narrativas que reuniam perspectivas dos diferentes grupos de interesse,

criando complementação entre as análises e indicando os pontos de discordância e os pontos de convergência. Assim, compusemos uma narrativa passando por diversas perspectivas (pontos de vista) que emergiram do campo problemático, buscando traçar o comum deste plano, um plano que inclui todos os sujeitos e que delimita posições distintas e que variam com o ato mesmo de avaliar, emergindo certezas, dúvidas, receios...

Esta narrativa se fez como um agenciamento coletivo de enunciação (Guattari e Rolnik, 2007), uma produção de vários e variados sujeitos, pondo a operar uma rede de conversações. Evidenciar os dissensos e as tensões foi uma importante direção para que os muitos implicados pudessem avançar na construção de propostas ante os impasses vividos.

5.9) Diário de campo e a desmontagem do caso

Além dos espaços de supervisão dos redutores de danos e dos grupos focais, acompanhamos alguns casos clínicos que permitiam produzir uma maior aproximação com a perspectiva dos usuários e também visitas ao campo de atuação dos agentes redutores de danos. Acompanhamos, por um ano, o espaço de supervisão de nove redutores de danos dos três CAPS AD de Campinas. Para o acompanhamento deste espaço, assim como para a visita ao campo de atuação dos redutores de danos junto à população moradora de rua, utilizamos a técnica do diário de campo (Lourau, 2004; Passos e Benevides de Barros, 2009b; Azevedo e Carvalho, 2010). A partir dos casos discutidos, pudemos inserir outras técnicas, como foi o caso da entrevista (Minayo, 2004) da usuária Constância durante sua passagem pelo leito-noite do CAPS AD. Estas duas técnicas foram articuladas a partir das proposições da análise institucional (Lourau, 2004) e das pistas do método da cartografia (Alvarez e Passos, 2009b; Passos e Benevides de Barros, 2009b). Os relatos de caso, as entrevistas e o acompanhamento de territórios existenciais produziram outra narrativa, em

que o pesquisador se copresentifica de modo mais intensivo e visível do que nas análises dos grupos focais.

Lourau (2004), ao analisar os diários de Malinowski, constatou que o surgimento desta nova metodologia de pesquisa, dita etnográfica, produz alguns rompimentos com pressupostos epistemológicos da neutralidade científica. Ao ser publicado os diários do eminente antropólogo, que haviam sido mantido em segredo por anos, Lourau (2004) indica o quanto a construção de métodos objetivantes é atravessada por processos subjetivantes, que indicam que a relação entre sujeito e objeto está atravessada por afetos. Trazer esta dimensão para o campo da pesquisa foi algo vivido por Malinowski e que Lourau identificou em seus diários de bordo. A partir dos diários, foi possível ver a emergência de um novo paradigma epistemológico, em que a pretensa neutralidade é posta em suspensão. Uma zona de indefinição metodológica é inaugurada quando o etnógrafo, pautado por antigos paradigmas, se vê na paradoxal obrigação de distanciar-se de um objeto para o qual ele já é um distante nato, um estrangeiro.

Sobre a função do diário de campo na constituição de uma nova abordagem metodológica, inaugurada pela etnografia, Lourau (2004) destaca uma proposição embaraçosa:

É então que intervém um procedimento destinado a virar pelo avesso a metodologia tradicionalmente ensinada e sua epistemologia constituída, implícita ou proclamada. A fim de atingir o distanciamento desejado, quer dizer o máximo de objetividade – no sentido de uma produção de dados e interpretações transmissíveis, ao menos no contexto dos que o irão julgar, determinando sua carreira –, o pesquisador também deve efetuar o caminho inverso ao distanciamento: um passo adiante, um passo atrás. Deve obter o máximo de familiaridade com o campo de estudo. Que horror! Era Pasteur íntimo da raiva? Não, somente de sua cura. (pp. 263-264)

A construção deste novo método, dito participante, passa pelas análises de como o sujeito da investigação encontra-se implicado com o campo de pesquisa. Mediante as divisões entre diário íntimo, diário de pesquisa e diário de campo, um campo implicacional que se delineia. Os diários carregam a pesquisa para um território em que as implicações do pesquisador estão em comunicação, mesmo que num “fora-texto”, com a construção do método de pesquisa de tal modo que “as condições subjetivas da objetividade são postas no mesmo plano das condições objetivas da subjetividade” (Lourau, 2004, pp. 282).

A pesquisa a céu aberto inaugurada pela etnografia produz uma inflexão paradigmática para a qual o diário de campo se preserva enquanto uma potente técnica, uma vez que, por meio dela, é possível perceber o quanto objeto de pesquisa e sujeito pesquisador se co-produzem no ato de pesquisar. Por meio dos diários de campo, todo caso é amplificado, uma vez que este passa a incluir o sujeito observador como participante e interventor do/no caso. Incluir o sujeito da pesquisa como parte integrante do caso é, em última instância, a inclusão do próprio método de pesquisa como caso, uma vez que instaura-se, a partir da afecção produzida no pesquisador, um devir do processo de pesquisa, modulações moleculares do método que redefinem rumos, percepções e agenciamentos de investigação.

A posição do pesquisador comparece na discussão do caso de Constância e do caso de Sozinha, e, também, nos fragmentos do diário de bordo, que trazem o relato das idas aos “mocós” em que vivem estes usuários.. O pesquisador passa a habitar o mapa de desafios e possibilidades vividos e traçados pelos trabalhadores e gestores da rede de saúde. Inclui-se na cena, o modo como o pesquisador se movimenta e se mobiliza diante deste mapa. O corpo do pesquisador, posto em cena, cria uma nova narratividade que implica não mais em codificar um mapa pré-definido por atores a ele externos, mas em traçar um mapa em que

ele se inclui. Este jogo de posições, em que o pesquisador é também ator que intervém nos percursos deste mapa, constitui o que chamamos de uma cartografia. Cartografia é o acompanhamento de um mapa-movimento em que o pesquisador se inclui.

Neste sentido, o estudo do caso possibilitou a construção de uma narrativa híbrida que produziu, como veremos, uma desconstrução dos modos e expectativas que diversos atores produzem sobre o próprio caso. É neste sentido que Passos e Benevides de Barros (2009b) indicam que a narratividade de um caso deve produzir uma desmontagem do caso. Enquanto a montagem de um caso pode conduzir a uma representação da realidade a partir de um lugar externo e neutro, a desmontagem opera como um analisador dos movimentos da rede que permite desconstruir verdades e saberes cristalizados. O diário de campo e a entrevista foram ferramentas para realizar a cartografia dos territórios existenciais que fomos habitando ao longo da pesquisa.

O trânsito realizado entre a rede de saúde e os territórios existenciais dos usuários de drogas constituiu este campo de análise e intervenção que denominamos de “território-entre”. Entre a avaliação de serviços de saúde e a etnografia, as proposições da análise institucional e da cartografia foram ofertando pistas para que pudéssemos acompanhar os desafios de ampliação do acesso e qualificação do cuidado a esta população marginalizada. As diferentes técnicas de coleta de dados permitiram que diferentes aspectos que compõem a rede de saúde pudessem ganhar expressão, evidenciando um campo heterogêneo, complexo e em disputa. A utilização das técnicas permitiu lançar luz sobre objetos específicos, de modos distintos, mas sempre ancorada numa proposta metodológica pautada pela necessidade de produção de mudança, de modo participativo. Assim, ao final, constatamos a emergência de uma pesquisa processual, em que a ampliação da participação e os efeitos de intervenção da avaliação nos indicavam os passos seguintes. A avaliação

cartográfica participativa constituiu uma metodologia de pesquisa singular, possível nas condições com as quais nos deparamos e diante das quais quisemos ampliar o grau de comunicação entre mundos distintos: o universo da rua e o universo dos serviços de saúde.

CAPÍTULO 6: REDES TERRITORIAS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE: ANÁLISES DE EXPERIÊNCIAS NA REDE DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DE CAMPINAS – SP

- *Esse homem vai carregado de sofrimento.*
- *Como sabe?*
- *Não vê que só o pé esquerdo é que pisa com vontade? Aquilo é peso do coração. A terra tem suas páginas: os caminhos. Estás me entendendo?*
- *Mais ou menos.*
- *Você lê o livro, eu leio o chão.*

(Mia Couto, Um rio chamado tempo, uma casa chamada terra)

6.1) Redes territoriais: explorando a perspectiva dos usuários

Neste capítulo, analisaremos o processo de institucionalização da redução de danos na rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas (A&OD) a partir das experiências de Campinas - SP. Conforme já mencionamos, embora esforços tenham se somado desde a formulação da Política de Atenção Integral a Usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2003a) para institucionalização da redução de danos enquanto um paradigma ético-político norteador desta nova política, ainda restam muitas lacunas no modo como este processo vem se configurando. Portanto, é estratégico avaliar como a redução de danos vem sendo institucionalizada e como este processo interfere na construção de redes que ampliam o acesso e qualificam as práticas de atenção a usuários de A&OD.

No atual contexto do SUS de constituição das Redes Temáticas (Brasil, 2010, 2011b) em especial, a RAPS (Brasil, 2011), torna-se importante uma análise crítica deste movimento para evitar que a priorização de determinados problemas de saúde se reduza a bandeiras de governo que tenderiam a operar a construção de redes dentro de uma lógica gerencialista e programática.

A rede de saúde de Campinas - SP possui algumas variáveis favoráveis à realização desta pesquisa. Uma delas é poder avaliar como vem se dando o movimento de institucionalização da redução de danos na interface com outras diretrizes, que são, em função do histórico deste município, incorporadas nas práticas de saúde: clínica ampliada, cogestão, trabalho em equipe, apoio institucional e matricial. Embora não se possa dizer que haja uma incorporação destas diretrizes, de modo consistente, em toda a rede, elas são uma referência para diversas experiências. Essa característica cria um contexto favorável para se avaliar a construção do conceito de redução de danos na interface com outros conceitos-diretrizes que, juntos, nortearam a Política Nacional de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2003a).

Seguindo as orientações do método cartográfico, analisaremos os processos que interferem no acesso que não é são produzidos exclusivamente no campo da saúde e no interior dos estabelecimentos de saúde. A construção da lógica da abstinência, da internação, da produção do medo e da impotência se atualiza no campo da saúde e encontra neste campo, tecnologias capazes de sofisticar e ampliar esta lógica. Do mesmo modo queremos identificar os meios pelos quais esta lógica é modificada e por quais tecnologias de cuidado são criadas alternativas de construção de redes.

Fomos adotando, ao longo da pesquisa, uma proposta de avaliar o que se passa entre a rede de saúde e os territórios existenciais acessados pelos redutores de danos. A adoção desta proposta exigirá que nossas análises se completem e se articulem com análises e estudos sobre avaliação de redes de saúde e estudos etnográficos sobre a realidade de usuários em situação de rua, para que possamos entender os desafios (fatores limitantes e fatores potencializadores) de produção de acesso e cuidado para pessoas que usam drogas.

Este *lugar-entre* se torna um espaço privilegiado para apreender os desafios de construção de redes de produção de saúde territoriais.

Na tarefa de construção de redes que ampliem a comunicação e transversalidade com os territórios, destaca-se a função estratégica da atenção básica como um importante ordenador do cuidado. A tarefa de fortalecimento de ações com base territorial sofre forte impacto das políticas corporativistas, que tendem a gerar fragmentação nos processos de trabalho e especialização da atenção (Starfield, 2002 e Campos et.al. 2010). Portanto, como esta fragmentação se atualiza quando o problema em questão é o uso de A&OD?

Coloca-se, como plano problemático para as nossas análises, a convergência entre os modos de construção de redes de atenção e as interferências que a política proibicionista produz sobre as práticas em saúde. O modo de organização do cuidado a partir do privilégio do saber especialista não é algo que emerge com a política antidrogas. Portanto, cabe compreender de que modo a política de criminalização do usuário de drogas se associa com o modo de organização da atenção, pautado pelo saber especializado. Como já mencionamos, esta convergência será avaliada desde uma perspectiva territorial. É neste ponto de tensão, produzido nos e com os territórios existenciais dos usuários de drogas, que queremos avaliar movimentos de ampliação ou redução do acesso. Neste sentido, torna-se importante destacar de que concepção de rede e território estamos falando.

De acordo com Righi (2010), as redes assistências produzem normas próprias que tendem a desconsiderar os valores e regras dos territórios existenciais, porque operam articulações funcionais entre equipamentos. Desta perspectiva, o território é somente um espaço de produção de demanda e a rede um lugar de oferta técnica de cuidado que tende ao isolamento temático e à especialização da atenção. A construção de redes territoriais de produção de saúde busca superar a percepção de que o território é apenas um lugar produtor

de demandas que requerem ofertas técnicas, e busca afirmar que o território é um espaço vivo que requer diálogos e coproduções de ordem política e social.

Sem valorizar o espaço vivido há o risco de segregar, separar equipamentos por área de especialidade e de projetar esses equipamentos sobre territórios. Nessa perspectiva teórica, a trama da rede de atenção tecida sobre um território também pode escondê-lo. Pensar o SUS apenas como uma rede hierarquizada impede que se veja o território sob a rede e induz a visualização e produção de redes homogêneas em níveis hierárquicos. (Righi, 2010, pp. 64)

A hierarquização da atenção gera redes de especialidades (ou redes temáticas) que tendem a desvalorizar a produção generalista da atenção básica. Organiza-se a rede a partir da noção de níveis de atenção em que os casos mais graves são encaminhados da atenção básica para a atenção especializada. Produz-se, com isso, uma desresponsabilização da rede básica pelo acompanhamento dos casos e perda da comunicação entre a rede de atenção e os territórios existenciais dos usuários.

Dessa forma, a assimilação do conceito de rede representaria uma inovação importante para a organização da atenção no campo da saúde: responsabilidades diferentes, diferentes tipos de poder, diferentes funções sem hierarquizar complexidades ou importância no processo de produção do cuidado em processos mais flexíveis. É, portanto, diferente da organização em pirâmide, com sua base e sua cúpula. Não há hierarquia de importância estável ou permanente entre os que compõem a rede. Ou seja, na rede, a complexidade não tem endereço fixo. (Righi, 2010, pp. 65)

A tendência de organização da atenção a partir da lógica especialista imprime uma força sobre os modos de organização em rede que geram modelos identitários (homogêneos) e centralizados. Neste paradigma, as conexões entre os pontos da rede agenciam questões semelhantes e fluxos de mesma intensidade. (Righi, 2010) Cria-se um movimento contraditório de construção de redes que produzem centros, numa dinâmica

organizacional hierarquizada que imprime escala de valores. Quanto mais próximo do território, mais desvalorizado e, quanto mais próximo do centro especialista, mais valorizado é o trabalho e o reconhecimento simbólico. Aquilo que se aproxima do território tende a ser tributário dos valores que a sociedade deposita sobre as periferias, sobre a pobreza e sobre a marginalidade. Os signos de falta, carência, desorganização e desconhecimento passam a invadir os espaços de cuidado, cabendo questionar se são somente estes signos que compõem os territórios referidos aos estabelecimentos de saúde.

Constrói-se, a partir das redes superespecializadas, barreiras que exclui os movimentos do território (a cultura, os hábitos, os modos de vida), para que um saber neutro, científico e protocolar se exerça sobre o outro, livre das impurezas e vieses do território e do contexto sócio-cultural. A hierarquização é também um modo de produzir um desnudamento do sujeito e de sua subjetividade, de tal modo que no alto da pirâmide encontram-se somente a doença, o saber protocolar, a técnica de intervenção e um silêncio mortífero. A história de vida, os hábitos, a subjetividade ficam retesados nas tramas da teia que investem, a partir de um saber neutro, na neutralização das resistências, questionamentos e desejos dos usuários e sua rede social. Propor a construção de redes territoriais implica quebrar a lógica do encaminhamento e organização por níveis de complexidade.

Entretanto, esta suposta distância entre a rede de atenção e os territórios nos quais ela se insere, não deixa de produzir novas territorialidades. O fetiche pelo saber especializado e a organização por níveis de complexidade cria escala de valores que interferem no modo como os próprios usuários demandam atendimento. Que serviço os pais buscam quando um filho passa a usar drogas? Como que a comunidade interage com a

situação de usuários de A&OD em situação de rua? Como a rede de saúde se coloca diante desta problemática?

Embora reconheça a função estratégica da atenção básica para a organização do cuidado, Cecílio (1997) já apontava para a necessidade de que, junto com as definições estruturais de modelos de atenção, se qualificassem outras possibilidades de entrada no sistema de saúde. Deste modo, sem ainda entrar na temática das redes, o autor propunha uma mudança organizacional: da pirâmide ao círculo. “O círculo se associa com a ideia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída. Ele não hierarquiza. Abre possibilidades. E, assim, deve ser o modelo assistencial que preside o SUS. Trabalhar com múltiplas possibilidades de entrada.”

Já no contexto atual de construção das Redes Temáticas (Brasil 2010, 2011), o autor (Cecílio, ET. Al, 2012) avança na problematização da construção de redes e as relações concretas entre a dimensão especialista do cuidado e a generalista e o papel estratégico da atenção básica. Destacam-se, nesta análise, dimensões concretas que definem o acesso e regulam os modos de utilização dos serviços, dentre as quais, a do próprio saber dos usuários.

São os usuários, portanto, a partir das suas distintas experiências de encontro ou desencontro com os serviços de saúde, que vão construindo novos agenciamentos para conseguir o acesso à rede de serviços, fazendo usos variados da ABS em função de suas singulares necessidades e as ofertas reais feitas por ela. Cabe-nos escutar esse saber assessor que vai sendo produzido de forma irreprimível pelos usuários, e utilizá-lo para o permanente e necessário aperfeiçoamento das redes de cuidado de saúde. (Cecílio, ET. Al, 2012, pp. 2901)

Criar abertura para que os modos existenciais dos usuários possam comparecer como matéria para o exercício da clínica e da gestão requer outra concepção de rede. A

construção de redes territoriais implica a identificação de pontos da rede que assumam, ao mesmo tempo, a responsabilidade conjunta pelo acompanhamento do caso, equivocando a lógica linear de encaminhamentos. Do território, criam-se diversas articulações com diferentes equipes, diferentes equipamentos, corresponsabilizando-as com aquilo que comparece como ameaça e perigo. Uma articulação que parte destes territórios possibilita o envolvimento de diferentes atores da rede com os vetores que interferem no processo saúde-doença que, normalmente, ficam fora das produções especializadas e dos *sets* clínicos que se fecham nos limites dos estabelecimentos de saúde. O território, principalmente os territórios existenciais de usuários de álcool e outras drogas em situação de rua, ganha o sentido de perigoso, ameaçador e violento. E a rede, com suas normas, se constitui, para estes territórios, também, como autoritárias, impositivas e produtoras de outra ordem de violência: a violência institucional.

Criar linhas de cooperação em meio aos signos da violência parece ser uma das tarefas dos redutores de dano; atores que sofrem as violências institucionais que se aplicam àqueles que se aproximaram demais destes territórios, sejam pelos aparelhos de Estado, por grupos de extermínio, traficantes ou pelas próprias comunidades (Lancet, 2006).

Tykanori (1997) nos faz lembrar que a palavra território tem duas raízes, uma raiz etimológica vem de “terra”, que se refere a lugar, espaço, nativo; e outra vem da mesma raiz que “terror”, no sentido daquilo que tem uma força aterrorizante, que aterroriza porque promove abalos sísmicos geradores de desconstrução. Os territórios exercem um terror sobre as redes porque imprimem movimentos de desconstrução e reconstrução de vidas, hábitos, afetos e poderes, num processo de territorialização e desterritorialização (Deleuze e Guattari, 1993).

O território e seus movimentos trazem à tona a dimensão de instabilidade sobre a qual as normas e as práticas em saúde se inserem. A construção de redes territoriais propõe um acompanhamento dos movimentos do território, resistindo, desta forma, às tendências de controle e segmentação do mesmo. A divisão das redes por temas e especificidades pode gerar uma segmentação do próprio território, criando fluxos por segmentos que separam a rede do contexto em que ela se insere.

Partindo deste referencial, seguimos a tarefa de cartografar as territorialidades produzidas pela redução de danos nos processos de gestão e atenção a usuários de A&OD. Que variáveis qualitativas, que interferem no processo de produção de saúde, acompanhamos ao longo da pesquisa? Fazer o acompanhamento avaliativo dos redutores de danos foi uma estratégia utilizada para se fazer uma cartografia da rede de atenção a usuários de A&OD no município de Campinas. Para a análise do material coletado, organizamos os seguintes tópicos como variáveis deste processo. Propomos uma forma de organização da análise, entendendo os tópicos enquanto uma sistematização de um processo em variação. Neste sentido, a diferença entre os diferentes sujeitos da pesquisa e os momentos de construção de narrativas possibilitou avaliar alguns movimentos que se efetuaram ao longo da pesquisa.

6.2) Trajetos e devires: entre entulhos, trilhos e encruzilhadas

Encontrei-me com os redutores de danos, Carol e Roque, num ponto de ônibus da Avenida Aquidabam, no centro de Campinas - SP. Ali pegamos um ônibus até o bairro Santa Eudóxia. Ao chegarmos, entramos num bar cujo dono nos contou que os insumos (camisinha e folhetos informativos que viram canudinho para inalar cocaína) já tinham acabado. O bar era um ponto de apoio da redução de danos. Caminhamos um pouco até

atravessar um pequeno matagal onde começamos a caminhar ao lado do trilho do trem. “É aqui que começa o campo!”, explicou-me Carol. No início do trajeto, encontramos um homem pardo, alto e forte, sentado em baixo de uma pequena árvore, fumando crack no seu cachimbo. “Oi, tudo bem aí?” Abordou o redutor de danos. “Tudo tranquilo”. A redutora se apresentou, explicou sobre o trabalho e o homem contou que já conhecia os redutores de danos de um outro campo. Ele disse que estava ali “dando um tempinho pra voltar pro serviço”. A redutora ofereceu alguns insumos como protetor labial e camisinha. Ele agradeceu e não deu muita abertura. Nos despedimos e seguimos caminhando.

Logo em frente, encontramos um grupo de pessoas dentro de um pequeno barraco feito de lonas, papelões e madeira. Os redutores se aproximaram e eles disseram: “entrem, fiquem a vontade”. Ao calor de aproximadamente 40 graus nos sentamos à porta do barraquinho e nos apresentamos às cinco pessoas que estavam ali, conversando e usando crack. Sentados, do lado de dentro, estavam quatro pessoas, duas mulheres e dois homens. Um deles disse ter sessenta anos. Simpático, o senhor falou do calor e que eu podia chegar mais perto. Tentei, mas o espaço era muito pequeno. As quatro pessoas que estavam do lado de dentro eram mais velhas e traziam a mesma serenidade do rapaz que acabáramos de encontrar. Em pé, zanzando, meio dentro e meio fora, tinha um rapaz mais novo. Esse sim trazia as expressões e comportamentos esperados por mim. Inquieto, a fissura era visível. Os outros pareciam ignorá-los. Enquanto observava a movimentação e as expressões, os redutores de danos conversavam, ouviam mais uma vez o pedido de uma das mulheres por documento e distribuíam insumos. Todos agradeceram e nenhuma demanda a mais foi apresentada.

Quando seguimos a caminhada, falei com os redutores de danos que me chamara a atenção a calma da maioria das pessoas, com exceção do jovem rapaz. Os redutores de

danos explicaram-me que os mais velhos são, na maioria, usuários antigos e que esse jeito sereno era assim mesmo. “Essa agitação costuma ser mais comum entre os jovens iniciantes.”

Seguindo a caminhada pelo trilho do trem, nos aproximamos de casas demolidas, que configuravam um cenário de guerra. As casas foram interditadas e demolidas pela prefeitura por terem sido construídas muito próximas aos trilhos. Os redutores de danos dizem que as famílias foram realocadas num conjunto habitacional longe dali. Entre os escombros e entulhos, saiu um homem mulato, forte e esguio, de banho tomado. Seguiu com o seu cachimbo na mão para debaixo do viaduto que ficava mais à frente. Atravessamos o trilho e entramos num grande matagal por uma pequena trilha. Chegamos numa pequena clareira onde estava uma jovem mulher negra, sentada, sozinha, em cima de um tronco de árvore. Quando viu os redutores de danos abriu um grande sorriso e cumprimentou: “que bom que vocês chegaram!”. Pediu, imediatamente, muitas camisinhas e protetores labiais. A quantidade de camisinha nunca era suficiente. Os redutores de danos perguntaram se estava tudo bem com ela, se ela precisava de alguma coisa. Disse: “estou de boa, na batalha, seguindo a vida”. Nos despedimos e entramos ainda mais no meio do matagal. Ouvimos uma movimentação mais agitada vindo de dentro do matagal e vimos, de relance, dois garotos discutindo. Um estava com a boca ferida e outro o acuava bravamente. Estavam muito sujos e com roupas velhas. Quando um deles nos viu, se afastou, dizendo: “Você deu sorte. Os anjos chegaram. Mas depois acerto contigo.” O outro saiu andando e os redutores recomendaram que saíssemos logo dali.

Na saída, encontramos-nos novamente com a jovem mulher, que aproveitou para pedir mais camisinha. Quando, de repente, aproximaram-se dois garotos, que aparentavam ter uns dezenove, vinte anos. Agitados, ficaram meio desconcertados ao nos ver ali, no

meio do mato. Os dois se vestiam com roupas de grife, óculos escuros na cabeça, cordão de prata. Eu também fiquei surpreso de vê-los ali. Olhares que se desviaram rapidamente, fala acelerada e entrecortada. Carol abordou-os, explicando o trabalho e, antes que pudesse concluir, um deles disse: “Sou total flex. Mando tudo. Pó, crack, maconha. Só não injeto.” Pegaram algumas camisinhas e seguiram acelerados. O clima estava meio tenso e Carol pediu para que saíssemos do matagal e voltássemos para o trilho. De acordo com Carol, ainda havia mais clareiras no meio daquele mato, mas seria prudente retornar. De volta ao trilho, ela disse: “Viu como os jovens são mais agitados?”

Andamos poucos metros e reencontramos o mulato esguio com mais dois homens. Deitado num colchão velho, nos cumprimentou olhando de lado. Sentados em roda, ao lado dele, um senhor de barbas e cabelos brancos, olhos claros e um rapaz negro de olhos amendoados. Olharam-nos serenamente e, entre um trago e outro, o rapaz contou-nos que estava sentindo uma forte dor no peito. Disse que tomou um soco forte e que estava preocupado com a dor. Levantou a camisa e mostrou-nos a região. A redutora disse que ele precisava procurar o Centro de Saúde (C.S.) para passar por uma avaliação da equipe. Ele agradeceu.

Ao seguirmos adiante, perguntei porque ela não se propôs a acompanhá-lo até o C.S. Ela explicou que aquele é um campo recém-aberto e que ainda não possuíam um bom vínculo com os usuários e nem com o C.S. Chegar com um usuário, sem vínculo com nenhuma das partes não seria indicado. Geraria afastamento da equipe.

Saímos em direção ao C.S. Na entrada para o bairro, seguimos por uma viela. Adiante, passamos por um beco onde se encontravam alguns homens de pé. Carol passou direto e explicou que ali funciona a “biqueira”, na linguagem campineira, ou “boca de fumo” na linguagem carioca. Disse-me que não puxa papo com eles porque a

descriminaram certa vez por ela ser travesti. Entramos numa vendinha onde um homem nos recebeu educadamente. Era mais um ponto de apoio onde ela deixou alguns insumos e folhetos informativos. Ruas estreitas e encruzilhadas, Carol contou-me que o dono do bar é o traficante dali e que aquele bar era fachada para lavar dinheiro.

No trajeto pelo bairro até o C.S., perguntei por que eles não sentaram para conversar um pouco mais com as pessoas, para que elas pudessem contar um pouco de suas histórias. Ela me disse que não é bem assim. Perguntou-me se senti abertura em alguém para alongar uma conversa. “Eles estão no ambiente deles. Nem sempre eles dão essa abertura. Temos que respeitar isso. Tem momentos em que eles param e querem contar uma situação de briga, de saudade de alguém, e nesses momentos eles dão abertura.” Percebi que ouvir histórias de vida não é uma prescrição a ser seguida.

Disse-lhes que, muitas vezes, quando falamos de territórios de uso de crack, imaginamos as crackolândias em centros urbanos, com grande concentração de pessoas e muita movimentação. Em Campinas tem uma região central, mas há também muitos “mocós” como este. Lugares mais escondidos e de pouca movimentação. São territórios invisíveis e desconhecidos por grande parte da sociedade. Pude, neste encontro, apreender apenas algumas impressões do território que me chamaram atenção. Além dos pontos que fui discutindo com os redutores pelo caminho, me chamou atenção o corpo esbelto da maioria dos homens. Corpos definidos era o indicativo de que se tratavam de pessoas que trabalhavam em alguma atividade intensa. Os redutores de danos me explicaram que a maioria dos homens adultos trabalha de alguma forma. Normalmente fazendo bicos como assistente de obra ou realizando mudanças e carregamentos. Signos de um território existencial que equivoca nossas suposições. Entre entulhos, trilhos e encruzilhadas, fui desconstruindo a imagem de craqueiros esqueléticos e frenéticos.

Cada trecho caminhado era uma novidade e uma desconstrução. Certamente, privilegiar o uso do crack como problema central é uma violência com as pessoas que ali vivem. Penso o quanto profissionais de saúde, gestores e políticos conhecem essa variabilidade de territórios, modos de uso e contradições. Embora esperasse ver um encontro produtor de desvios, certamente, neste trajeto, quem sofreu desvio fui eu. Construir relação com o território leva tempo e equivoca nossos saberes. Foi isso que aprendi com os redutores neste dia.

6.3) Qual o lugar do redutor de danos na rede? Um personagem híbrido

Um dos aspectos relevantes da pesquisa foi o questionamento sobre o lugar institucional e a função dos redutores de danos na rede. Tomando esta questão como um analisador do modo de organização do cuidado, pudemos ir desembaraçando algumas linhas que atravessam esta questão e tecendo novas análises.

Somou-se a isso um debate a respeito das características das ações prestadas pelos redutores de danos e a que nível de atenção corresponde estas ações. Como as principais queixas trazidas pelos usuários são em torno de problemas clínicos (como sífilis, tuberculose, feridas, dentre outros agravos), que, na maioria das vezes, não trazem questões referentes ao uso de drogas, isso colocaria os redutores de danos em contato com demandas que podem ser acolhidas e acompanhadas na atenção básica. Em função disso, alguns gestores, trabalhadores (dentre eles os próprios redutores de danos) entendem que a ação dos redutores de danos se aproxima mais da atenção básica do que de uma atenção especializada de saúde mental.

A maioria dos casos não é para tratamento em AD, mas são pessoas que têm muitas outras necessidades de saúde. Então parece que a

articulação mais potente dos redutores é com o C.S., com os agentes comunitários , porque muitas vezes são usuários que não tem moradia fixa mas que fazem parte daquele território de abrangência do C.S..(narrativa GF trabalhadores CAPS AD)

Para alguns trabalhadores e gestores dos CAPS AD, a principal articulação dos redutores de danos deve ocorrer com as Equipes de Saúde da Família (ESF), ou até mesmo defendem que os redutores de danos deveriam ser agentes das ESFs e não necessariamente dos CAPS AD.

Este entendimento foi contraposto por alguns gestores a partir do questionamento sobre o risco de fazer da ação do redutor de danos uma ação baseada na queixa-conduta, reduzindo a capacidade de escuta e acolhimento para a dimensão subjetiva do sujeito. Defendia-se um lugar do redutor de danos mais articulado ao território e não tanto aos estabelecimentos e que a vinculação com a atenção básica poderia significar uma redução da clínica dos redutores de danos. De acordo com alguns gestores, um importante avanço que a redução de danos incorporou na migração da área das DST/AIDS para a área da Saúde Mental, foi a ampliação do objeto de intervenção, antes muito focado na prevenção às DST/AIDS. Uma vez inserida na Saúde Mental, a redução de danos tornou-se um dispositivo em potencial para trabalhar a dimensão subjetiva dos usuários de drogas, escutar suas histórias de vida, seus desejos e necessidades - “uma coisa é: se o usuário está com machucado no pé, sua função é articular com a ESF sem precisar esperar que o CAPS AD marque uma reunião para articular o cuidado com a ESF. Mas, uma total identificação dos redutores de danos com a atenção básica pode fazer com que se perca o núcleo de trabalho, que é uma abordagem, uma conversa sobre o uso de drogas. E isso ficou mais forte quando a RD passou da DST/AIDS para a Saúde Mental” (gestores CAPS AD). Destaca-se, neste sentido, o processo de institucionalização da redução de danos, em que,

uma vez inserida no campo da saúde mental, aspectos como subjetividade, história de vida e produção de desejo passam a compor o núcleo desta prática.

Entretanto, o lugar híbrido e de pouca visibilidade institucional é vivenciado pelos redutores de danos como uma não valorização do seu trabalho e isolamento do restante da equipe do CAPS AD.

Não tem nem como descrever. O próprio serviço que deveria ser seu aliado, acreditar no que você faz, te espanta, você não consegue entrar dentro. Se no seu serviço você não tem essa abertura, o que dirá nos de fora. Então você não tem esse respaldo. A Redução é muito sozinha, é você e você, se você está disposto a comprar essa briga você vai, senão, temos que dizer pro usuário “paciência, vou ter que te deixar aqui por que não dá pé”. (narrativa GF redutores de danos)

Em muitos momentos, os redutores de danos percebem que há um maior reconhecimento e valorização do seu trabalho quando fazem uma boa articulação com profissionais da atenção básica, situações em que eles participam da elaboração do projeto terapêutico. Verifica-se, a partir dos diferentes pontos de vista, um processo ainda em curso de experimentação da função dos redutores de danos na rede de atenção a usuários de A&OD.

Para os redutores de danos, há uma grande resistência do restante da equipe do CAPS AD em incluí-los como parte da equipe. Segundo eles, vem-se tornando mais fácil a articulação com o C.S. do que com o próprio CAPS AD. Entretanto, a equipe do CAPS AD não reconhece essa articulação como sendo uma ação do serviço, mas como uma ação isolada dos redutores de danos.

De acordo com os redutores de danos, o processo de organização interna do CAPS AD e o preconceito por não possuírem uma formação acadêmica são motivos que geram

uma inserção ambígua deles na dinâmica do serviço. Quando se trata de desviar a função para trabalhos internos ao CAPS AD, como monitor, acompanhar um usuário até outro serviço ou mesmo ficar na ambiência, os redutores de danos são lembrados. Mas, quando se trata de agenciar o cuidado para usuários em situação de rua acompanhados pelos redutores de danos, a equipe mostra-se resistente.

Os redutores de danos não participam de reuniões de referência e acabam sendo a única referência para os casos que atendem na rua. Estes são raramente discutidos em equipe, o que reforça o isolamento dos redutores de danos. O não reconhecimento dos redutores de danos como um membro da equipe faz com que os usuários trazidos pelos redutores de danos sejam entendidos como mais demanda. Enquanto os diversos profissionais do CAPS AD estão no serviço para atender as demandas que chegam ao serviço, os redutores de danos, quando chegam no CAPS AD, acompanhando um usuário, são vistos como aqueles que vêm de fora do serviço, trazendo mais demanda.

Entretanto, o que se evidencia não é uma pura e simples resistência aos redutores de danos em si, mas ao que é trazido para o interior dos CAPS AD e ao tipo de convocação implícita que os redutores de danos colocam na agenda dos CAPS AD: a necessidade de maior articulação com o território.

Isso pode ter tudo a ver com o momento que a gente está enfrentando, isso que a gente falou do CAPS ser mais ambulatorial, a gente atendia até pouco tempo dois distritos de saúde, quase meio milhão de habitantes. Que dispositivo territorial a gente está falando? Será que a gente consegue realmente alcançar o território? E aí eu acho que por isso que a gente está com essa sensação de não estar fazendo muito sentido o redutor estar no CAPS, porque o território é para estar próximo, mas a gente tem a sensação de que está longe, a gente não está conseguindo fazer tanta parceria com os territórios e os redutores estando ali já in loco faça mais sentido do que estar no CAPS. (narrativa GF trabalhadores CAPS AD)

É a própria dificuldade de articulação entre o restante da equipe do CAPS AD e o território que é posta em cena nos modos de resistir ao trabalho do redutor de danos. Se, por um lado, parte da equipe identifica a ação do redutor de danos integrada à atenção básica como uma potencialidade deste trabalho, por outro, ela traduz uma dificuldade de articulação com as demandas expostas pelos redutores de danos, que aponta para a necessidade de que as intervenções nos territórios não sejam uma exclusividade dos redutores de danos.

Em função dos hábitos noturnos dos usuários de drogas em situação de rua, momento em que eles se concentram mais num mesmo lugar, a maioria das ações dos redutores de danos ocorre próximo ao horário dos CAPS AD fecharem. Isso gerou diversas cenas em que os redutores de danos chegam ao CAPS AD, próximo ao horário de fechar, com um caso de emergência. Sabendo da resistência da rede, mesmo dos serviços de pronto atendimento, para atender usuário de drogas, os redutores de danos identificavam a equipe do CAPS AD como um espaço de referência e retaguarda, mesmo que fosse para uma breve avaliação e articulação do cuidado para outros serviços da rede. Entretanto, este tipo de ação foi muito mal recebida pela equipe do CAPS AD, que se viu obrigada a ficar mais tempo no CAPS AD, após um longo e cansativo dia de trabalho.

Este tipo de situação traz à tona o desafio proposto por Righi (2010) de construção de redes heterogêneas. Os diferentes lugares de atuação possibilitam acessar diferentes necessidades e demandas dos usuários. Esta heterogeneidade das demandas que corresponde a diferentes momentos e experiências de vida, cria fluxos diferenciados que se chocam com as estruturas rígidas e com os lugares cristalizados. Diversas vezes, os redutores de danos relatam, que uma vez inseridos no território, diferentes demandas surgem e muitas vezes de modo imprevisível.

A gente não tem transporte, e às vezes a gente se depara com situações que a pessoa fala “oh, eu quero ir, eu quero ir lá pro CAPS, eu quero conhecer o serviço de vocês” aí precisa ser na hora mesmo, porque é uma população que se muda, de lugar e de ideia. Quando a pessoa dá uma abertura, é uma oportunidade que tem que ser aproveitada. Nós fazemos campos nos finais da tarde e é um problema trazer o fulano às seis horas da tarde está...porque esbarra na estrutura do serviço, que não é permitido... E se o cara está intoxicado não pode trazer para cá, porque aí tem que ser pronto-socorro. Que nem o caso de um senhor, ele estava intoxicado, tinha arrumado briga, as pessoas queriam bater nele... aí você fica naquela, se traz para cá ia dar pepino por que ele está intoxicado e aqui não é o lugar... então você compra algumas brigas as vezes que você pensa “gente, e aí!? Como que faz? Eu deixo o cara lá e ele apanha, paciência, é isso mesmo!?”, é complicado. E se você trazer o paciente para cá, a gente não tem nenhum telefone, um radinho para ligar e falar “oh, o fulano está assim, pode levar?”. Antigamente o CAPS AD ficava aberto até as 19h, se trouxesse um cara aqui as 16:30 era um tumulto. Trazer um cara esse horário é visto pela equipe como se a gente não tivesse mais o que estar fazendo. 19h fecha e aí, o que faz com o caso!? (narrativa GF redutores de danos)

As diferentes funções assumidas na rede de saúde vão instituindo lugares que tendem a se cristalizar. A fixação de lugares tende a diminuir o grau de abertura para o encontro com funções que forçam os limites dos lugares instituídos. Além disso, os lugares são organizados por arranjos institucionais que definem tempo e espaço de atuação. Neste sentido, o espaço e o tempo de atuação dos redutores de danos e do restante dos profissionais do CAPS AD são distintos em função das distintas responsabilidades e necessidades dos usuários atendidos. Nota-se a dificuldade de construção de espaços de encontro e a pactuação entre funções e lugares distintos. Cria-se uma dinâmica que os diversos atores denominaram de “pingue-ponge”. Os profissionais da atenção básica identificam, nestes usuários, mesmo quando não têm demanda para tratamento do uso de

drogas, a condição de usuário de drogas. E alguns profissionais do CAPS AD identificam este usuário pela demanda trazida.

Atualmente fica a impressão de que o redutor de danos está no lugar, justamente no qual a população que ele atende não quer ir: o CAPS AD. Se a gente considerar que eles não têm o foco no tratamento pelo uso de drogas e que as demandas de saúde principais são outras, não seria o mais indicado o CAPS AD. Pois atendimento para estas outras demandas a gente não oferece (narrativa GF trabalhadores CAPS AD).

Percebe-se que não havia, até este momento, por parte da equipe, um acompanhamento do trabalho dos redutores de danos. Deste modo, alguns trabalhadores ficam com uma imagem estática da demanda, reduzindo-a a primeira queixa trazida pelo usuário, perdendo-se o movimento de construção de uma nova demanda.

Entretanto, alguns redutores de danos destacam não terem passado por situações de tensionamento com o CAPS AD. Reconhecem a dinâmica institucional e entendem que para equivocá-la é necessário identificar parceiros e estratégias para diminuir as resistências. Acolher, estar na ambiência, estar mais disponível para outros profissionais, estas ações foram relatadas como algumas destas estratégias de construção de aliados no serviço. Outros redutores de danos discordam desta posição e identificam esta estratégia como o famoso “jeitinho” que não gera uma alteração do modo de organização.

Um importante debate que se travou entre os redutores de danos se deu em torno da necessidade ou não de se haver intervenção da gestão no sentido de indicar a articulação com os redutores de danos como uma orientação para a rede. Alguns redutores defenderam a posição de que uma orientação mais impositiva por parte da gestão só produziria mais resistência, indicando que uma articulação desta ordem não pode ser operacionalizada “de cima pra baixo”.

A partir do momento em que a equipe passa a entender, tudo flui melhor, melhor do que você impor uma condição. Porque, se chega alguém aqui para dar uma supervisão, ou uma coordenação maior, e chega e fala “oh, é assim que vai ser, então o pessoal da Redução de Danos vai trazer sim e vocês vão acolher sim”, aí você está impondo e quando você impõem alguma coisa fica mais difícil. A equipe vai aceitar que a gente trouxe, mas vai te olhar e te fuzilar mesmo e na primeira oportunidade que tiver vai te massacrar. Agora, quando você constrói, se a equipe está toda disponível para isso, flui muito mais tranquilamente, a equipe toda já acolheu, já amarrou, está tudo bem, tudo tranquilo. (narrativa GF redutores de danos)

Já outros apostavam que seria necessário uma posição mais impositiva por parte dos gestores, no sentido de “haver reconhecimento do trabalho dos redutores de danos” (grupo focal redutores de danos).

Entretanto, observamos que, ao longo da pesquisa, algumas estratégias que se iniciaram como “jeitinho” culminaram em algumas mudanças de organização, como na inclusão dos redutores de danos nas reuniões de miniequipe. Se, por um lado, as tentativas de aproximação foram vistas como um “jeitinho”, por outro, esta foi uma das maneiras de sair do ressentimento e do isolamento. Deslocar-se um pouco da função de redutor de danos foi estratégico para mobilizar, fora da linha organizacional, novos afetos e novos encontros.

A construção de uma rede a partir de uma inserção territorial cria uma outra forma de pertencimento à rede que não passa por uma filiação ou identificação a um campo específico (no caso, saúde mental). Neste sentido, a construção de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, articulada pelos redutores de danos, não se confunde e não se reduz a uma rede de serviços de saúde mental. É uma rede que pode ser construída sem necessitar da utilização dos estabelecimentos de saúde mental.

Por outro lado, a articulação com a atenção básica revela que, também em relação à lógica de funcionamento e organização deste âmbito de atenção, a redução de danos produz uma outra entrada. Um dos fatores que criam esta não identificação direta entre redutores de danos e atenção básica se dá pela relação que os redutores de danos constroem com os territórios, em que o processo de territorialização se distingue em muito do modo como é feito pela atenção básica e pelos agentes comunitários de saúde.

Os territórios acessados pelos redutores de danos são nômades e extramente dinâmicos, o que produz outras compreensões sobre a produção de saúde. Um exemplo disso ocorreu em relação ao campo do bairro Vila Rica, que, no início da pesquisa, era um território em que conviviam muitos usuários de drogas, na gíria local: “fervia”. Ao longo da pesquisa, os usuários foram ameaçados, casas de papelão queimadas, os locais de uso, conhecidos como “mocós”, sofreram diversos tipos de ataques e os próprios redutores foram ameaçados por motoqueiros encapuzados. Isso gerou um refluxo no movimento que mudou a circulação de usuários. Um efeito imediato foi que alguns usuários passaram a conviver num lugar próximo, mas que já não pertencia ao território de adscrição do C.S. Vila Rica. Isso era um não-problema para os redutores de danos, pois, para eles, bastava criar um outro trajeto. Ao mesmo tempo, se espantavam o quanto isso definia a ação do C.S..

Uma proposta que poderia surgir destes movimentos seria a composição de equipes de referência que poderiam reunir profissionais de diferentes serviços, definidas a partir das necessidades do usuário. Entretanto, quando a rede é posta a funcionar, normalmente se formulam questões em torno de onde este usuário vai ser acompanhado. Dificilmente se formulam questões em torno de que articulação é necessário fazer para garantir o cuidado longitudinal e construção de vínculo. Identifica-se o problema mais grave e, a partir disto,

define-se um diagnóstico que fixa uma identidade, na maioria das vezes, a que mais se fixa é a de usuário de drogas, e, a partir desta fixação, definem-se encaminhamentos padronizados e automáticos.

O modo como o trabalho dos redutores de danos se produz evidencia o que se passa entre a saúde mental e a atenção básica, entre a saúde mental e o território, sendo este “entre” justamente o espaço de construção da rede, o espaço de articulação, de intercruzamento. Ao se posicionarem a partir de uma articulação com os territórios, os redutores de danos criam um não-lugar, ao mesmo tempo, potente e vulnerável, que atualiza os desafios de articulação em rede.

No território, diversos problemas de saúde podem se manifestar ao mesmo tempo num mesmo corpo (individual ou coletivo). Trabalha-se com a queixa trazida pelo usuário e, a partir do acolhimento e cuidado, abre-se uma escuta para outras demandas não expressas pelo usuário num primeiro momento. Se a queixa é uma ferida, os redutores se articulam com outros profissionais para fazer um bom cuidado da ferida e, a partir deste acolhimento, amplia-se a escuta para as demandas que atravessam e compõem a queixa pontual. Nessa perspectiva, pautada pelo encontro, não é possível produzir uma inserção na rede a partir da filiação ou identificação a um ponto ou a um nível de atenção. Pode ser que o encontro aponte para a necessidade de se articular com o CAPS AD, ou com a Atenção Básica. A orientação pautada por nível de atenção sofre uma inflexão, pois, para estes casos, tanto a atenção básica quanto os serviços substitutivos de saúde mental se constituem como portas de entrada estratégicas para a maioria dos casos.

O fato de ser uma ação que parte da rua e que não tem um pertencimento pré-definido a um dos níveis de atenção, insere os redutores num não-lugar difícil de ser habitado. Convive-se, deste modo, na ação e no corpo dos redutores de danos, com as

vulnerabilidades e instabilidades de um lugar de minoria e com as potencialidades de se acionar um devir minoritário (Deleuze e Guattari, 2007). O termo *devir minoritário* expressa a possibilidade de se enxergar potência em processos que não são hegemônicos, processos minoritários que carregam um grande potencial criativo. Não se deseja, com isso, cair num romantismo ou defesa de uma situação de isolamento e desvalorização, mas de perceber que junto a isto se constituem movimentos alegres e construtivos. Reconhece-se a dureza e o trabalho árduo de se habitar um não-lugar da rede, mas, também, a potência analisadora sobre os modos programáticos e identitários com que a rede tende a funcionar. Insere-se, deste modo, por meio dos redutores de danos, um devir minoritário da própria rede de saúde, um processo de variação micropolítico e instituinte, que pode, a partir das forças que este movimento mobiliza, gerar novos processos de institucionalização.

A experiência que vem sendo explorada na rede de saúde de Campinas - SP aponta uma estratégia potencial para ampliação da rede territorial de cuidado em álcool e outras drogas. Pois, embora localizemos a atual emergência das ações de redutores de danos junto aos CAPS AD, o modo de inserção que ocorre a partir do território gera uma equivocação ao pertencimento destes atores ao campo da saúde mental. Uma ação que parte do território tem como premissa que não existe uma porta de entrada privilegiada para o usuário, embora os redutores de danos estejam cada vez mais incorporando o entendimento estratégico de articular o cuidado com a atenção básica. Neste sentido, acompanham-se muitos casos em que o cuidado é articulado pelos redutores de danos do território direto para a atenção básica, sem passar pelo estabelecimento do CAPS AD.

Apesar do entendimento de que a complexidade não tem um ponto fixo e que os critérios para organização do fluxo do cuidado devem considerar a singularidade de cada caso, verifica-se, cada vez mais, a necessidade de que os redutores de danos se articulem

com a atenção básica. Entretanto, permanece o desafio de criar articulações sem que, necessariamente, isso se reverta num problema de adequação a um lugar institucional. O desafio de institucionalização da redução de danos indica a necessidade de criar arranjos e dispositivos que dêem suporte e consistência para práticas não identitárias. Dar sustentação para a manutenção de uma função híbrida que transita entre a saúde mental, a atenção básica e os territórios existências se constituiu como importante desafio da gestão.

Para finalizar este tópico, destacam-se os diferentes movimentos de articulação entre redutores de danos que se produziram ao longa da pesquisa. No CAPS AD Antonio Orlando, construíram mecanismos de visitas multiprofissionais aos territórios existenciais dos usuários e usos de drogas em situação de rua. No CAPS AD Reviver, os redutores de danos passaram a compor as reuniões de miniequipes para discussão de caso e construção de PTS e, no CAPS AD Independência, criaram-se atividades/oficinas que foram ofertadas pelos redutores de danos, com o intuito de promover maior articulação entre redutores de danos e o restante da equipe.

Certamente, estas construções apontam para a criação de condições concretas para a ampliação do acesso e a produção de equidade, uma vez que as fragilidades institucionais vividas pelos redutores de danos revertem-se em barreiras para os usuários acessados. Neste sentido, além de explorar a função dos redutores de danos como analisador da rede, desdobraremos as análises focando as barreiras subjetivas para a garantia do direito universal do acesso e atenção em saúde.

6.4) Invertendo sentidos e direções do acesso: como e o que acessar?

Normalmente, o tema do acesso é pautado sob o prisma das necessidades em saúde. Estruturam-se redes com cobertura satisfatória baseadas em parâmetros que definem a

relação entre serviço e população, nos diferentes níveis de atenção. Na Atenção Básica, trabalha-se com territorialização e adscrição de clientela como meios de garantir um atendimento de qualidade, com construção de vínculo e longitudinalidade, buscando identificar o perfil epidemiológico do território coberto, natalidade, morbimortalidade que indicam padrão de adoecimento e principais causas de morte, ciclos de vida etc. Em serviços de alta complexidade, devem ser levados em conta critérios de regionalização, pois abarcam uma população para além dos limites municipais, principalmente no contexto brasileiro de municipalização. Apesar de ser uma dimensão importante, sabe-se que a cobertura não responde, por si só, pela produção do acesso.

Alguns problemas em saúde, como as doenças crônicas, diabetes, hipertensão, drogadição, deixam evidente que a estruturação de uma rede de saúde implica que a noção de necessidade inclua os desejos dos usuários. O desejo do hipertenso de “comer feijoada feita pelos amigos do trabalho”, do diabético de comer “o bolo que a mãe faz nas festas comemorativas” ou do usuário de drogas de querer usar drogas implicam uma clínica compartilhada e ampliada (Campos 2007c e Cunha 2005), em que estas questões precisam ser incluídas. Inclui-se, então, como dimensão promotora do acesso, a própria qualidade da atenção, sendo portanto, acesso e atenção, dois termos que se distinguem mas não se separam.

Na perspectiva da redução de danos, a noção de acesso implica uma atitude em que o profissional de saúde se encontra com o modo de vida deste usuário. Disso extrai-se duas inversões, uma de direção e outra de sentido: i) a primeira inversão é na mudança da direção, segundo a qual o serviço vai até o usuário; ii) a segunda é uma mudança de sentido, em que acesso implica acessar não apenas o usuário, mas acessar a experiência vivida.

Entretanto, o que se produz quando estas duas inversões se agenciam numa mesma estratégia de produção de saúde, quando profissionais de saúde acessam usuários que não procuraram por serviços de saúde, em que a experiência em curso não pode ser negligenciada? Nos casos em que o usuário de drogas é abordado no seu próprio território existencial, ou seja, de usuários que não foram buscar, por conta própria, serviços de saúde, a dimensão da experiência de vida fica ainda mais evidente.

O interessante da RD é que ela é o inverso: a saúde indo até aquela pessoa para criar possibilidades em cima daquilo que vai ser construído naquele momento. Não existe uma regra, não existe um jeito de fazer único. Você se depara com a situação e ali se fazem combinados, se pensa junto, constrói junto. É uma forma mais livre de pensar, sem tantos estigmas. Não buscamos intervir na droga em si, mas incluir o que está em volta dela. (narrativa GF Redutores de Danos)

A primeira inversão que a RD provoca é no sentido tradicional de acesso, que pressupõe que o usuário procure o serviço. No caso de usuários de drogas, principalmente em situação de rua, as barreiras para o acesso, além de geográficas e de cobertura, são também subjetivas. Muitos destes usuários desconhecem seus direitos e os tipos de serviços disponíveis para atender às suas necessidades. Sobre a abordagem aos usuários, os redutores descrevem:

Tem situações em que, dentro de uma conversa, ele acha que é importante vir pra um serviço de saúde. Tem pessoas ali que nunca foram pro centro de saúde, não entende o que é cuidar da saúde e a gente lá como representante da saúde dando aquelas indicações, conversando, “você tem acesso, você tem direito, você pode ir”. Então são coisas que vão instigando eles a entender, a olhar, “peraí, eu nunca parei pra pensar na minha saúde e tem alguém me dizendo aqui que eu tenho esse direito” e ainda “e não tá falando: ‘para com isso, porque isso é errado, deus não gosta’”, enfim... (narrativa GF redutores de danos)

Acompanhando o trabalho dos redutores de danos, verifica-se que, entre os usuários de drogas, a noção de atendimento é sinônima a de internação e promoção de abstinência. Partindo desta visão, os usuários que desconhecem seus direitos e não desejam parar de usar drogas, entendem que os serviços de saúde não são lugares em que eles são bem-vindos. A inversão deste sentido tradicional de saúde tem um impacto direto na produção de acesso. Pois, esta inversão deve ser operada, a um só tempo, com os usuários que estão no território e com a rede de saúde.

E o acesso? Fazer que esse cara que está aí entenda que quando ele precisa do serviço ele pode recorrer e o serviço de saúde entenda que quando esse cara for para aquele serviço ele precisa atendê-lo. Atendê-lo, não estou pedindo prioridade, mas estou pedindo o acesso de ele ter esse atendimento igual aos demais. A maior dificuldade é fazer rede. É muito difícil, a gente bate de frente. Às vezes você cria toda uma estrutura, o cara tá perfeito pra ir e, chega lá, o processo desamarra todo. Aí você pergunta pro cara por que não deu certo e ele fala que chegou lá no centro de saúde e foi recebido supermal, “puta, eu fui e me trataram mal por que eu tava sujo”, isso prejudica muito! Até por conta dos conceitos errôneos dos profissionais, sobre a RD. A gente já ouviu tantos profissionais falando “ah, porque vocês são permissivos demais, vocês acreditam em outro modelo, aí vira bagunça...”. Para mudar essa visão a gente precisa sentar e conversar (narrativa GF Redutores de Danos)

Lidar com este modo de existência inclui o problema com as drogas e o extrapola, pois implica trabalhar com pessoas que vivem em situação de rua e que apresentam diversos outros problemas de saúde. São aspectos que se somam e que aumentam a resistência da rede. Por um lado a rede tem um olhar moralizante sobre a questão das drogas e, conseqüentemente, sobre a redução de danos e, por outro, uma indisposição em acolher pessoas em situação de rua.

Você vê os caras na rua e dá volta na calçada, você tem medo, acha que os caras vão te roubar, que o cara está sujo, é mal encarado. Então, para alguns profissionais, é muito tranquilo abordar o cara sujo; vem aqui, lava o braço e punciona. Já para outros, se o sujeito

está sujo ele nem vai olhar, não vai querer chegar perto, e nem vai querer saber o que ele tem. Então, por mais que alguns acolham este usuário, se outros tratam mal, eles já se sentem botados pra fora. Já vi, muitas vezes, profissionais dizendo: “atende lá que eu não vou atender”, ou atendendo com cara feia. Esse usuário já se sente excluído antes de ir pro serviço, se ele vai pra um serviço, e já está frágil ali, achando que as pessoas vão excluí-lo, e isso acontece em algum momento, ele fala: “pronto, tá vendo”. (Redutores de Danos)

Essas experiências indicam que ofertar mais serviços, ampliar o horário de atendimento e articular a rede são processos que devem vir acompanhados de uma inversão da visão cristalizada sobre esta população. Um ponto apresentado por profissionais do CAPS AD indica esta barreira subjetiva.

E uma das barreiras para essa construção é o preconceito com os usuários de drogas. A equipe básica não é preparada para lidar com estas questões. “Eu já trabalhei em C.S. e quando falava em Saúde Mental era “ao”: ao CAPS III, ao CAPS AD. A equipe nesse aspecto não pegava os pacientes, só remetia.” É difícil dentro de uma equipe básica alguém se apropriar disso, só aquela enfermeira que gosta mais e geralmente é uma pessoa específica. Quando essa pessoa não está no serviço, ninguém se responsabiliza. “...ah, não, tal enfermeira não está nesse horário”. Essas são algumas dificuldades da rede. (narrativa GF Trabalhadores CAPS AD)

O ponto de ancoragem, o ponto de apoio principal para que este processo se estabeleça é o vínculo que os redutores de danos constroem junto aos usuários nos territórios. São estabelecidos vínculos territoriais cujo sentido de acesso se inverte e se amplia. Neste sentido, território implica uma abordagem geográfica, epidemiológica e existencial. Acessar os territórios dos usuários de drogas demanda uma aproximação com as dimensões de experiências que neles se expressam. Acessar o outro na sua condição existencial requer uma conexão com a sua experiência de vida, caso contrário, acesso torna-se um meio para que os valores e normas da sociedade se imponham sobre este grupo

social. Não se cria, neste caso, uma ligação imediata entre acesso e “porta aberta”, trata-se mais de criação de caminhos alternativos de acesso que superam os fatores de fechamento à rede de saúde. Em muitos casos, os serviços são oficialmente “porta aberta”, mas as práticas que ali se exercem podem limitar o acesso. São serviços “porta aberta” desde que a experiência com as drogas fique da porta para fora.

As tecnologias concretas de atenção e gestão determinam, para além dos princípios legalmente estabelecidos, as reais condições de exclusão e inclusão. Os modos de gestão e atenção são, portanto, tecnologias de governo das condutas, na medida em que definem quais experiências são válidas e quais são inválidas. As noções de experiências ilícitas e moralmente condenáveis invadem o espaço público da saúde e determinam matizes e gradientes para a universalidade do acesso, impondo forte resistência ao trabalho dos redutores de danos e à ampliação do acesso.

Uma proposição radical do acesso implica portas abertas para as experiências dos usuários na sua amplitude, para que, também, as mesmas possam ser postas em questão, nas situações em que isso é possível, em que esta demanda é coproduzida com os usuários. Para que as portas dos serviços estejam efetivamente abertas, é necessário abrir e ampliar as sensibilidades para o exercício do acolhimento à diferença.

Então o lance de fluir é isso, de ir uma, duas, três vezes, depois de você ter mais contato com ele, você vai e ele te deixa mais a vontade... Quando o vínculo está mais estabelecido, eles trazem coisas para gente que não tem nada a ver a respeito do uso, “briguei com a mulher, briguei com o marido, meu cachorro foi atropelado” e outras coisas. Levamos muito essa escuta pra eles, parar, ouvir, às vezes voltar para outro assunto que não diz respeito ao uso da droga (narrativa GF redutores de danos).

Para a redução de danos, o contato com o usuário envolve um encontro legítimo, de escuta e espera. O tempo de construção de vínculo requer uma atitude de acolhimento e de

espreita ao movimento do outro no seu próprio território existencial. Ao incluir o desejo do usuário durante este período de abordagem e acolhimento no território, os redutores de danos criam estratégias que consideram a possibilidade de conciliar produção de saúde e experiência com as drogas. O uso de drogas é incluído como experiência possível dentro de um processo de cuidado e atenção em saúde.

A Redução de Danos é uma maneira de criar vínculo... uma maneira mais próxima de tratar da saúde do usuário sem, necessariamente, levar a ele críticas por conta do uso. Uma forma de acessar as pessoas e estar próximo das pessoas, e levar até elas noções de autocuidado, principalmente em relação à saúde. A gente leva uma maneira melhor para usar, não que a gente queira que a pessoa use, mas a gente constrói uma maneira menos agressiva de usar drogas, respeitando o espaço da pessoa, o momento dela. Ela quer dessa maneira, então a gente procura proporcionar uma maneira melhor para ela fazer o uso, não tão nocivo, sem aquela postura “para de usar, se não, vai te acontecer isso!”. (narrativa GF redutores de danos)

Inserir práticas de autocuidado em territórios existenciais que compõem fortemente com o uso de drogas é pensar a produção de saúde na perspectiva da redução de danos. Num contexto como este, pensar em ações de cura e abstinência é o mesmo que pensar em práticas de intervenção autoritárias e impositivas, pois é inserir algo fora do campo de possíveis, pelo menos imediatamente. Essas questões estão de tal modo agenciadas, contexto de miséria e uso de drogas, que qualquer intervenção que busque uma via do respeito à diferença, acolhimento ao outro como legítimo na suas condições e direitos humanos, terá que se dar por uma via da inserção nestes territórios, ativação de um processo de territorialização, de criação de laços de confiança e pertencimento a estes territórios.

Você vê que a pessoa está muito vulnerável naquele momento e, por mais que te cause um desconforto você está ali para passar o que você aprendeu: passar noções de autocuidado, como cuidar de

um ferimento ou da alimentação. Vamos aprendendo a lidar com essa situação, mas é difícil não se incomodar. Não a sujeira, mas de ver uma pessoa ferida, com fome, sem comer há tantos dias, então, a gente procura levar alguma coisa para poder ajudar. (narrativa GF redutores de danos)

As normas vigentes de saúde, bem-estar e qualidade de vida tendem a considerar a experiência com as drogas e o autocuidado como coisas opostas. Ou bem você se cuida ou bem você usa drogas. Esta visão normalizadora tende a não enxergar a realidade de vida das pessoas acessadas pelos usuários de drogas. Intervir nestes territórios implica uma atitude de abertura para uma realidade extrema, em que a droga, muitas vezes, é um dos principais aliados para que essas pessoas consigam continuar a viver. Neste modo de intervir e acessar os territórios existenciais, os redutores passam a compor a paisagem como um signo de diferenciação, como uma referência de que outro mundo é possível, a partir de pequenos movimentos, da inserção de pequenos hábitos novos, que vão, aos poucos, produzindo novos canais de possibilidades num território onde não há ações de políticas públicas.

Isso que eles costumam dizer do “mocó” e da “biqueira”, que o redutor aborda nesse fluxo tão louco da biqueira e do mocó, do mocó e da biqueira... Mocó é o ambiente de uso, tem o matagal, debaixo da ponte... e a biqueira é o local de compra. Nesse fluxo não tem água, não tem banheiro, não tem saúde, é só loucura. É aí que entra o redutor de danos, no meio desse fluxo, e abre uma escuta, “somos da equipe tal, olha, lá tem um ambiente que faz tratamento para pessoas dependentes, você não gostaria de conhecer?”, aí as pessoas vão e “putz, se ninguém tivesse me parado aquele dia, no meio do caminho, para me falar, talvez eu estivesse nessa vida louca até hoje”. (narrativa GF trabalhadores CAPS AD)

Para entender melhor os fatores que interferem na ampliação do acesso, tornou-se necessário entender melhor a realidade dos CAPS AD e os fatores condicionantes do modo

de organização desta instituição. Além da especificidade do trabalho dos redutores de danos, é necessário compreender como as barreiras subjetivas influenciam o modo de organização do cuidado.

6.5) Fragmentação, normalização e isolamento: de onde vem a regulação da rede?

A fim de entender melhor os motivos que geram um isolamento dos redutores de danos do restante da equipe do CAPS AD e o modo como as barreiras para o acesso se atualizam na rede de um modo mais amplo, inserimos algumas questões que nos permitissem uma maior aproximação da realidade dos CAPS AD. Um dos aspectos apresentados pelos trabalhadores do CAPS AD foi, justamente, a experiência de isolamento da rede. A partir das narrativas constituídas pelos diferentes grupos, destacamos cinco âmbitos de interferência que favorecem esta dinâmica: *i) política proibicionista que se intensificou a partir da disseminação do crack; ii) despreparo técnico e visão predominantemente moralista dos profissionais da rede básica; iii) política intersetorial pautada pela lógica da abstinência e criminalização do usuário, pautada pelo modelo de internação; iv) demanda familiar por cura do usuário a partir de internação de longa duração; v) sobreimplicação dos profissionais pela atenção integral dos usuários no CAPS AD.*

Todos estes aspectos se conectam e tendem a se fortalecer mutuamente. Pode-se perceber que estes diferentes âmbitos de interferência são atravessados por um mesmo vetor clínico-político pautado pela associação entre política anti-drogas, lógica de cuidado orientado pelo paradigma da abstinência e demanda por internação.

Veremos, a partir das narrativas produzidas pelos diferentes grupos de interesse, como estes fatores interferem na dinâmica organizacional do CAPS AD e,

consequentemente, no modo de gestão do cuidado em rede. De acordo com os trabalhadores e gestores, o CAPS AD deve ser uma referência para a rede na clínica para usuários de a&od. Além de ser uma referência, identifica-se a função de articular o cuidado em rede, principalmente com a atenção básica.

Destacando a função dos CAPS AD, os gestores apontam, como avanço, o aumento de procura espontânea por usuários de outras drogas, além do álcool, principalmente por usuários de cocaína e crack. Mas destacam que, apesar do avanço, este processo é dificultado por uma lógica contrária à redução de danos, que tem influenciado o modo de organização do cuidado. Esse processo é apresentado com muita angústia pelos trabalhadores do CAPS AD, que destacam:

(...) a família do paciente não quer saber de RD, a sociedade não quer saber de RD, a sociedade te cobra, os serviços te cobram, o cara lá do C.S., o cara do PS liga para você e fala “esse cara vai morrer, tem que internar, o que vocês estão fazendo?”. A família aponta o dedo na nossa cara e fala “vocês não estão fazendo nada com o paciente, ele continua bebendo”, mas não percebe que antes ele bebia dois litros e agora ele bebe 500ml e que antes ele agredia o pai idoso e agora não agride mais (narrativa GF trabalhadores de CAPS AD).

A rede de saúde reproduz discursos e práticas que reforçam expectativas de familiares e usuários pela “cura da dependência química”, em que o modelo demandado é o da internação. A expectativa, principalmente de familiares, que encontram eco nas equipes de saúde, é de se ver livre do problema.

Na maioria das vezes, é a família que pede...“tira o meu problema”. Se a gente for avaliar, principalmente dentro dos hospitais, a maior parte das internações compulsórias não são pedidas como um tratamento e sim como uma contenção, então, parece que a família quer prender e, se pudesse mandar para a prisão, mandaria. As internações compulsórias são muito mal pedidas, a investida é falha. A família procura por que, claro, está num momento

conturbadíssimo, em que não sabe mais o que fazer. (narrativa GF trabalhadores de CAPS AD).

Com isso, se compôs uma densa rede que compete com a lógica de atendimento territorial. Justiça, família e os próprios profissionais de saúde criam uma rede que interfere significativamente nas condições de acesso e sobre o modo de articulação em rede. Fora da governabilidade do CAPS AD, famílias recorrem à justiça para terem suas demandas atendidas.

Na verdade, quem mais interna atualmente é o juiz, tanto é que as vagas de internação lá no Cândido Ferreira quase todas estão ocupadas por medida judicial... E isso vem junto à lógica da internação compulsória. Há muito pouca propriedade do tema por quem indica essas internações. Como tem essa fragilidade de políticas públicas, não só na saúde, na habitação, assistência social, educação, acaba que esse sujeito chega num momento em que a família não dá conta mais de cuidar desse sujeito e aí recorre a um juiz. Mas esse juiz, com muito pouca propriedade, indica uma internação e a gente enxergando que outras coisas poderiam ser feitas se houvessem outros investimentos. Em muitos casos, são pessoas que nem fazem tratamento ainda, não acessaram um CAPS e já vão direto para internação de longa permanência. É uma reposta meio direta ao pedido, como uma ressonância que bate e volta. (narrativa GF trabalhadores de CAPS AD).

Os profissionais de saúde da atenção básica, dos serviços de pronto atendimento e unidades hospitalares reforçam a lógica especialista e criam um fluxo de encaminhamentos para os CAPS AD, como se todos os problemas de saúde das pessoas que usam drogas pudessem ser resolvidos nestes estabelecimentos. As articulações acabam ficando muito dependentes de alguns profissionais e ainda não se configuram numa cultura institucional. De acordo com os trabalhadores do CAPS AD, essa articulação “depende muito do profissional que está no serviço... É uma rede profissional dependente.”

Destaca-se, neste contexto, uma especial dificuldade de articulação com a atenção básica.

Ainda se tem uma idéia de que articular com o C.S. é transferir a responsabilidade pelo cuidado para outro serviço. Mas o melhor seria o entendimento de que se está compartilhando o cuidado, entendendo que o C.S. faz referência para uma determinada área, que todo mundo daquela área adscrita é responsabilidade do C.S., e que o CAPS AD está ali complementando a atenção, o cuidado. E ainda fica muito no jogo, “ah, usa droga é de vocês. Ah, não usa mais, é nosso. Ah, tem uma questão clínica é de vocês”. Ainda fica muito nesse ping-pong, mesmo que se tente construir uma outra relação. Não é com todos os C.S., mas normalmente é assim. (narrativa GF trabalhadores CAPS-AD)

De acordo com os gestores, o CAPS AD é, atualmente, um ponto de resistência a um intenso movimento político a favor de medidas autoritárias. Entretanto, observa-se que este movimento tem colocado o CAPS AD num certo isolamento difícil de ser equivocado.

O CAPS AD tem funcionado como um ponto de resistência, porque amplia a oferta de tratamento e acolhe o usuário numa abordagem que resiste à perspectiva da internação (e compulsória), que vem crescendo, não só no município de Campinas. Vivemos um momento em que esta perspectiva da abstinência e internação está ficando forte. E o CAPS vem sendo um ponto de tensão com a rede, com a atenção básica, com os outros CAPS e com a Secretaria. Muitas vezes, as demandas de cuidado já vem direcionadas por outros serviços e pela própria Secretaria, dentro de uma configuração de internação pro usuário, principalmente pro morador de rua. A principal demanda que aparece chega dos pacientes de demanda espontânea, de profissionais da saúde e da família, é por volta de 90%, é na expectativa da abstinência e internação. E vem sendo, muitas vezes, difícil pra equipe sustentar um modelo na perspectiva de redução de danos nesses tempos politicamente sombrios (narrativa GF gestores).

O CAPS AD, ao se colocar na rede como um ponto de resistência à lógica da internação, acaba concentrando as demandas. A demanda crescente, a interferência para evitar internações desnecessárias e a resistência da rede básica a se responsabilizar pelos casos criam uma grande dificuldade de composição de redes e de articulação com os territórios. O CAPS AD torna-se um centro de concentração das demandas para usuários de

drogas, reforçando a noção de que a saúde, de forma isolada, responderia à complexidade do fenômeno.

O fenômeno da drogadição é uma complexidade tão grande que não dá só para a saúde assumir esse compromisso. Por isso que fica tão... às vezes alguns profissionais falam “ah, é pesado, é difícil”, porque não vai dar conta mesmo, só a saúde não vai dar conta sozinha. Talvez a gente não tenha vivenciado muito, hoje, uma política mais ampla na cidade, que trabalhe na perspectiva da RD. A gente acaba ficando isolado em serviço, pois a rede não trabalha com essa perspectiva. A RD ainda está muito fechada no CAPS. Por exemplo, um psiquiatra do C.S. encaminha um paciente com uma cartinha escrito “Solicito a internação do paciente avaliado”, então não tem mesmo esse conhecimento de saber como funciona o CAPS ou a RD. Aí é duro falar para a pessoa que ela não vai internar... por que o sujeito já chegou na expectativa... aí a gente tenta desconstruir essa ideia... tanto com o médico quanto com o usuário... E aí, às vezes, entra em grandes embates, “ele vai morrer, vocês não vão fazer nada, vocês não fizeram nada”...(narrativa GF trabalhadores CAPS AD)

O CAPS AD, ao se propor como uma instituição de atendimento territorial, na lógica do hospital-dia e da reabilitação psicossocial, deveria equivococar a lógica especialista. Mas este processo vem se dando em parte. O sucesso vem se dando, principalmente, no que se refere a frear o movimento compulsório por internação. Embora não se consiga frear os movimentos judiciais de internação compulsória, o CAPS AD tem evitado internações desnecessárias e equivocado demandas quando trazidas por familiares e usuários. A dificuldade é equivococar uma percepção da rede que tende a demandar este serviço a partir de uma lógica especialista, pautada pelo encaminhamento com baixa corresponsabilidade. O CAPS AD, embora equivoque o movimento asilar, se constitui, aos olhos da rede, como o centro da atenção para estes casos. Fica evidente que a proposta de ser um serviço territorial só se completaria na articulação com a atenção básica.

A resistência dos trabalhadores da rede de saúde indica uma dimensão micropolítica do processo de produção de saúde, em que os preconceitos, os medos, e o suposto despreparo são reforçados pela macropolítica das drogas. Para além dos limites do campo da saúde, a mídia e os movimentos políticos antidrogas geram pressões que atravessam os serviços de saúde. “Este tipo de visão é reforçada pela mídia e pelo que a prefeitura publica nos meios de comunicação. Essas informações distorcidas que o sujeito que fumou uma pedra de crack vai ficar dependente para o resto da vida. A gente tem que desconstruir isso. A política joga muito contra!” (grupo focal trabalhadores CAPS AD).

Os gestores destacam uma questão paradoxal gerada pela política de álcool e outras drogas proposta no âmbito do SUS. A manobra política da saúde, que consiste em equivocar a questão das drogas como um problema de justiça, em torno da redução de danos, apesar de ser um avanço diante do que havia no Brasil, acabou por reforçar a ideia de que este problema é para ser resolvido pela saúde.

Outro aspecto em relação ao papel do CAPS, toca numa relação meio paradoxal, porque, ao mesmo tempo, a gente tem uma construção de uma política específica pra cuidado dessa população, que, até então, era negada, ou era delegada, por exemplo, à Secretaria Nacional de Álcool e Drogas. Com essa nova proposta de cuidado, se produz uma migração em que o problema das drogas passa a ser visto como uma questão de saúde. Só que, quando a gente olha a fundo, não é uma questão de saúde, né? Na saúde, esse problema é visto como doença. E nisso, não vamos desconsiderar que temos um impasse. Pois isso, de certa forma, reforça o que estamos querendo desconstruir (narrativa GF gestores).

Além de ter ocorrido, nos últimos anos, uma concentração do debate em torno da saúde, sendo excluídas abordagens sociais e antropológicas sobre o fenômeno, no campo da saúde, esta demanda passou a ser concentrada num ponto específico da rede, ficando para

este ponto, a árdua tarefa de equivococar os sentidos moralistas que ainda permanecem na rede. O isolamento torna-se um efeito difícil de ser superado:

O CAPS é muito solitário, porque tudo você depende, na maioria das vezes, de outros serviços. E se essa rede não funciona, acaba empacando no tratamento do paciente mesmo. Até com o próprio PA, o paciente chega lá intoxicado, o médico tem que dar mais medicação ainda e assim, tem que ser observado. E, por isso, eles acham que a gente está levando um paciente só para dormir no PA. Então o CAPS AD fica sem credibilidade com o SAMU, com o PA, porque parece que a gente sempre está “levando o bêbado lá só para dormir!” (narrativa GF trabalhadores CAPS AD).

Criam-se dinâmicas de antagonismos entre os diversos atores e movimentos recíprocos de culpabilização e individualização do problema. A interferência da política proibicionista se agencia a um modo de funcionamento que não nasceu a partir de uma política antidrogas. O modelo hospitalocêntrico de organização da atenção por especialismos é um prato cheio para a lógica de criminalização e exclusão do usuário de drogas. Observa-se, no entanto, que a política de criminalização intensifica o isolamento da atenção, porque, além de uma prática pautada no discurso especialista, o CAPS AD encontra a resistência moral exercida por diversos setores da sociedade. A rede passa a ser regulada por uma espécie de mão invisível, não localizável, que produz uma visibilidade somente dos atores concretos que operacionalizam esta rede. Quando um profissional do CAPS AD tenta uma articulação com uma equipe da rede básica, embora haja um grau de compreensão sobre os fatores políticos que interferem nessa articulação, a raiva que se produz a partir da não abertura para o encontro de soluções de forma conjunta tem endereçamento fixo. Produz-se antagonismos entre os atores que vêm suas expectativas frustradas.

O desafio passa a ser encontrar mecanismos que quebrem esta dinâmica que está capilarizada em todos os pontos, criando forte interferência para a missão do CAPS AD, que, no limite, é promover reinserção social do usuário. Os profissionais do CAPS AD relatam a dificuldade de fazer o matriciamento, porque são sugados pelas demandas, não sobrando tempo para fazer as articulações com outros serviços. Em consequência, a concentração de demandas e o baixo grau de transversalidade aumentam a dependência dos usuários ao CAPS AD, sendo difícil criar um segmento do cuidado articulado com a atenção básica e propor processos de alta compartilhada.

O CAPS poderia ser um equipamento para o sujeito passar por esse serviço para ter uma vida melhor, mesmo com a existência da droga na vida dele. Mas, mesmo que essa situação seja alcançada, nem sempre a gente consegue articular, por exemplo, uma alta para um C.S., porque no C.S. nem sempre tem uma equipe de Saúde Mental. Então, às vezes, o sujeito já não faz um uso tão danoso da droga, ele já consegue ser inserido num trabalho, tem aí as relações familiares construídas de uma forma mais saudável e aí ele continua preso ao CAPS por conta de uma atenção à Saúde Mental. Sendo que essa atenção poderia ser oferecida por um C.S., por exemplo. Existe essa dificuldade porque o CAPS deveria ser como uma travessia daquele sujeito, mas não é o que acontece. Alguns sujeitos conseguem fazer essa travessia, mas a gente não consegue dar vazão, não consegue retornar para o território num C.S. e aí eles sempre ficam conosco ali. (narrativa GF trabalhadores CAPS AD)

Além da dificuldade de articulação com a atenção básica, que foi uma questão muito presente na fala dos trabalhadores, existe uma dificuldade de articulação com outros pontos da rede, em que a dimensão de reabilitação psicossocial poderia ser mais explorada. Quando os trabalhadores trazem à cena as dificuldades de articulação com a atenção básica, fica evidente a dificuldade das ESFs em acolher esta demanda, mas, quando é abordado o tema do matriciamento, articulação com os redutores de danos e com os Centros de Convivências, é a dinâmica interna do CAPS AD que entra em cena.

Um importante desafio na construção de rede é a relação com outros equipamentos, como os Centros de Convivência, em que a articulação fica mais na intenção do que na prática. Nós ficamos muito tomados com os casos graves e com o cotidiano do serviço e não conseguimos fazer um bom uso destes equipamentos. Opera-se, no dia-a-dia do serviço, uma lógica da urgência e a reinserção social acaba ficando em terceiro plano. Na rede, os CAPS AD estão muito pautados na doença, na patologia, na crise e não tanto na reabilitação e na saúde. O que acaba tornando difícil investir em ações para fora do CAPS AD. Os pacientes se sentem acolhidos no CAPS e colam nos profissionais. Isso gera um aumento de demanda e acaba fortalecendo a lógica de trabalhar nos casos graves e na urgência. O efeito é que o CAPS AD passa a centralizar as ações para este usuário. A gente faz muito isso, meio que se acomoda pela correria e acaba não lembrando de articular para fora, porque demanda esforço você construir esse vínculo de um paciente que está no tratamento no CAPS, fazer essa construção de ele ir no Centro de Convivência, demanda. Muitas vezes você tem que ir junto com o paciente, a gente até pensou nisso, de fazer uma excursão aos Centros de Convivência como maneira de apresentar, mas também não surgiu muitos frutos. Então, também rola uma coisa da equipe às vezes se acomodar em algumas coisas e não parar para pensar. (narrativa GF trabalhadores CAPS AD)

Os lugares de saber vão também instituindo uma sobreimplicação dos trabalhadores com o próprio CAPS AD. Quando os trabalhadores analisam os desafios de articulação em rede, o que comparece são as dificuldade dos outros serviços, mas quando os trabalhadores analisam a especificidade da clínica para usuários de A&OD e o vínculo com os usuários, são as dificuldade da equipe que comparecem. O movimento de centralização gerado pela rede converge com a força de centralização produzida pela sobreimplicação dos trabalhadores com os casos.

Além disso, de se acomodar, nós acabamos achando que damos conta do paciente... São coisas que se somam. A gente tem os grupos, a gente encaixa os pacientes nos PTS, “ah, que grupo a gente vai com o paciente?”, a gente não se pergunta “ah, a gente vai com o paciente no Centro de Convivência ou não?”. Quando a gente está discutindo PTS, a gente já pensa em que grupo a gente vai colocar esse paciente, “ah, é no grupo de leitura?”, a gente acha

que vai dar conta inteiramente, integralmente no CAPS AD. Essa questão de centralizar o cuidado no CAPS é, também, algo cultural, da nossa cultura. A gente não tem uma cultura de rede, uma questão de estar em vários serviços. Então, para o usuário é muito mais fácil ir só ao CAPS AD, e, ao mesmo tempo, a gente acha que dá conta de tudo... Acaba sendo um modo de funcionar da gente enquanto profissional e deles enquanto usuários. Muitas vezes, nós, profissionais, e os pacientes temos o CAPS como um lugar preservado, um lugar fora da linha de perigo. E a gente se apega muito nisso, deixando o paciente mais ali, próximo da gente, mais próximo do nosso olho, porque, talvez, ele sendo encaminhado para um desses serviços, tudo aquilo que foi feito anteriormente pode se perder. Então, a gente acaba criando uma maneira de preservar mais o paciente e o paciente também vê nessa linha, “aquele lugar é um lugar mais preservado”. Por isso que os encaminhamentos que a gente faz, as articulações que a gente faz com os outros serviços, não são dissociados do nosso desejo enquanto profissional. Porque, quando a gente está lidando com um caso e você se envolve, você acaba tendo esse desejo, “puxa, esse paciente podia se beneficiar muito disso”, e, às vezes o encaminhamento, a articulação que você faz com outro serviço é atravessada pelo seu desejo (narrativa GF trabalhadores CAPS AD).

Os trabalhadores relatam que além de acabarem atendendo diversos âmbitos de cuidado do usuário, também criam uma espécie de intersetorialidade intraCAPS AD. Por um lado, o CAPS AD vai se constituindo como um espaço de pertencimento em que o seguimento da clínica está, em certa medida, garantido; por outro, opera-se, na equipe, uma percepção de que há um regime de violência institucional em outros espaços, que vai produzindo uma concentração que pode, no limite, diminuir o grau de autonomia do próprio usuário.

Os processos institucionais vão criando uma nova identidade para os usuários de drogas, não mais a do vagabundo e perigoso, mas a do paciente do CAPS AD. Criam-se, também, na rede de sociabilidade entre os usuários, processos de filiação a um ponto da rede e a uma dificuldade de se abrir para o encontro com o diferente. De acordo com os trabalhadores, “tem o lado do usuário que muitas vezes tem preconceito em relação a

alguns encaminhamentos. Quando são encaminhados para os Centros de Convivência, alguns pacientes viram e falam “eu vou para aquele lugar de louco?”. Numa mesa de conversa em que participei em um CAPS III da rede de Campinas, foi abordado o tema da comorbidade e da dificuldade dos outros CAPS atenderem os usuários de álcool e outras drogas. Durante o debate, um usuário do serviço pediu a palavra e disse: “lugar de pingalhada e de drogado é no A&D. Aqui é lugar de psicótico”.

Todos os trabalhadores traziam estas questões com alto grau de crítica e produzindo uma importante análise de implicação. As narrativas produzidas carregavam desejo de mudança e, ao tempo, tons de indignação ante as dificuldades de equivocar este processo.

Tudo isso faz a gente cair no automático, a gente vai querendo dar conta e dar conta. E precisa, às vezes, virar alguém e falar “gente, e o resto dos serviços? E o Centro de Convivência? E a autonomia do sujeito? E a reabilitação psicossocial? Vamos olhar para fora”.
(narrativa GF trabalhadores CAPS AD)

É justamente neste fora, tão difícil de ser acessado pelo CAPS AD, que incide a ação dos redutores de danos. Ampliando o foco de análise, é possível entender como se atualiza, no interior do CAPS AD, processos de fragmentação intraequipes. Inseridos numa dinâmica em que comparecem saber, poder e afetos, acabam sendo isolados aqueles profissionais que possuem um saber que não exerce um grande poder no modo de organização do serviço. Entretanto, observa-se que o isolamento não é uma experiência somente dos que se sentem excluídos. A relação entre a interioridade do CAPS AD e sua exterioridade comparece como um ponto crítico. Por se colocar como um agente que necessita da comunicação entre o dentro e o fora, a qualificação da articulação com os redutores de danos pode ser um meio de criar algumas alternativas a este ponto crítico.

Se, por um lado, acompanhamos as relações de poder que se atualizam no CAPS AD produzidas por forças externas ao próprio serviço; por outro, devemos acompanhar como a redução de danos se atualiza nesta dinâmica institucional.

6.6) Redução de danos nos CAPS AD: a construção de novas regras

Abordar a prática da redução de danos nos CAPS AD é, antes de tudo, um movimento de não identificá-la, exclusivamente, à ação dos redutores de danos, e destacá-la enquanto uma função tanto para a clínica, quanto para a gestão em saúde. Abordar a redução de danos como uma função que pode se atualizar e ser exercida em diferentes estratégias e dispositivos da saúde é buscar dar maior consistência à sua dimensão conceitual clínico-política. Trazendo esta dimensão da RD, destaca-se: “a RD permeia todo o nosso trabalho, desde o acolhimento do usuário até pensar nessa questão da internação como uma preservação da vida.” (trabalhadores CAPS AD).

Numa roda de discussão, encaminharam-me a seguinte questão – “que ações de redução de danos existem para usuários de álcool?”. Então respondi: “a sua questão, embora seja pertinente, está mal formulada. Porque ainda continua a reduzir redução de danos a conjunto de ações. A pergunta que devemos fazer é: que inflexões a redução de danos traz para a clínica de usuários de álcool?”. Esta breve passagem destaca o que buscamos verificar no movimento de institucionalização da redução de danos no processo de trabalho dos CAPS AD de Campinas - SP.

Observou-se, ao longo da pesquisa, um alto grau de apropriação dos trabalhadores com a construção dos sentidos da redução de danos para a prática clínica, trazendo importantes contribuições para a qualificação do debate. Embora reconheça-se que há profissionais que têm maior resistência para adotar as proposições da redução de danos, em

função da formação profissional e posição pessoal, as dificuldades em se incorporar a redução de danos não foram tomadas de modo maniqueísta e individualizante. Os profissionais buscaram destacar como a redução de danos é, muitas vezes, um desafio também para aqueles que a defendem e, nela, apostam. Os gestores destacam que a perspectiva da RD vem sendo incorporada aos poucos. A redução de danos não foi tomada, simplesmente, a partir de uma linha divisória entre aqueles que a defendem e aqueles que a combatem. Mas foi tomada de modo que facilitasse entender que linhas de produção de subjetividade e alteração das práticas ela insere nos modos de atenção e gestão dos CAPS AD.

Para alguns de nós, profissionais, a relação com a redução de danos é um pouco contraditória e mexe muito com nossas verdades. Porque lemos a política de RD, temos maior orgulho de trabalhar num serviço que funciona nessa lógica, mas, na prática clínica, desejamos ver a abstinência. Quando o paciente volta a fazer uso, após uma internação, ou após um período de abstinência, a gente encara como uma regressão e recaída. “É uma coisa super esquizofrênica, porque leio a política, acho que faz todo sentido, só que, na minha prática profissional, eu sou pega nas minhas contradições, como outros preconceitos, outros estereótipos que a gente idealiza. Então, eu acho que a RD provoca o seu conceito de certo e errado, porque a gente vive muito numa coisa dualista, ou é bem ou é mal, ou você tá certo ou você está errado, e eu particularmente funciono muito assim, ou é preto ou é branco, todos os tons de cinza me irritam. Então, quando no meu cotidiano, na minha prática profissional eu tenho que lidar com isso, com uma internação, com o leito-noite que o cara foi dez noites e ele recaiu, é difícil para mim falar ‘não, mas vamos ver os ganhos’, nossa, para mim é uma derrota total, tipo ‘não, esse cara não está bem.’” (narrativa GF trabalhadores CAPS AD).

Dentro deste foco, destaco uma passagem em que uma profissional relatou um momento em que um usuário estava chegando no serviço, sob efeito de droga, e ela se encaminhou para o acolhimento, preparada para relembrar o usuário que ele não poderia frequentar o CAPS AD naquelas condições. No encontro com o paciente, ela evitou adotar

uma ação prescritiva e normativa e apurou a sua escuta. Nesse momento, ela percebeu que havia algo de novo se passando com aquele usuário. Então, a despeito de uma regra da instituição, , então, ela achou melhor que ele permanecesse no serviço. Para esta profissional, a cena trazia à tona os desafios da redução de danos. A regra de que é necessário estar abstinente para frequentar os grupos, as oficinas e os espaços de assembleia foi construída coletivamente, pois tanto os usuários quanto os profissionais perceberam que a permanência nesses espaços, sob o efeito de drogas, não era produtiva e nem proveitosa. Entretanto, escutar a singularidade do sujeito e, a partir desta escuta, propor alternativas entre participar e ser posto para fora, foi um modo da redução de danos se operacionalizar neste encontro.

Essa passagem vai de encontro à noção errônea de que a redução de danos propõe a inexistência de regras. Entretanto, o que se observa é que a problematização gerada pela redução de danos não gira em torno da falsa questão se há ou não regras, mas, principalmente, refere-se ao modo como se relacionar com as regras, como criá-las e como equivocá-las. Há uma tradição hegemônica no campo das drogas que entende o exercício do limite como função extremamente importante para a condução clínica. Mas qual é o limite do limite? O problema, na atualidade, é que, em função do processo político produzido em torno das drogas, o limite clínico tornou-se um poder político ilimitado.

Esse tipo de questão é muito bem abordado pelos profissionais dos CAPS AD. Todos entendem a necessidade de se estabelecer limite, de cortar a demanda dos usuários pelo imediatismo, de criar regras que imponham limite ao gozo e ao uso do outro.

Algumas vezes, passamos por durão, mas têm situações em que temos que assumir uma posição mais dura. Não estamos ali para receber tudo ou para atropelar. Nós temos que corresponsabilizar e lembrar os acordos que foram feitos. Corresponsabilizar não tira a nossa responsabilidade enquanto profissional, é estar junto mesmo.

E tudo isso vai contra uma ideia de que a RD é permissividade, ou uma posição muito passiva. Não é isso que a gente tem vivido no CAPS. A gente é, em alguns casos, um pouco mais incisivo, às vezes, tem que orientar em algumas coisas, tem que segurar, em alguns casos, em ambiente protegido. Não é simplesmente distribuir coisas para o sujeito e esperar que ele faça uso daquilo. (narrativa GF trabalhadores CAPS AD)

Portanto, a redução de danos torna-se uma função que permite estabelecer limite ao limite. Impor limite ao limite é estabelecer modos de contratualização e coprodução das regras institucionais e, ao mesmo tempo, negociar com as regras ante as singularidades de cada situação. O que a redução de danos inseriu no campo institucional é muito mais uma problematização e menos uma resposta sobre o que é ou não permitido. No lugar do *o que?*, inseriu-se o *como?* Não se pode definir, de antemão, que regras são válidas, mas é possível estabelecer mecanismos coletivos de validação de regras institucionais.

No paradigma da abstinência, é mais simples estabelecer as regras institucionais e clínicas, uma vez que a orientação é unívoca. Impera a lógica do “não pode, sempre e para todos”. É aparentemente óbvio que a internação e o asilo tornam-se os emblemas principais do modelo de atenção pautado de acordo com esta lógica. Para que ela possa ser exercida de modo eficiente e para que a instituição tenha controle de todas as variáveis, é necessário retirar o usuário do convívio social.

No entanto, quando a redução de danos equivocada a posição do “não pode, sempre”, o que passa a valer e o que passa a não valer na relação institucional? Instaura-se um processo de construção de regras e de modos de lidar com as regras constituídas.

Há uma linha tênue entre o limite clínico e a imposição de normas. Se temos um sujeito que não sabe gerir o seu próprio limite, diante de um profissional que tem o dever social de produzir mudanças neste sujeito, atualiza-se, nesta situação, uma demanda social

para que este limite lhe seja imposto por este profissional ou por esta instituição. Estas duas dimensões (a do limite e a do autoritarismo) são muito facilmente confundidas à medida que, sob alegação de medida terapêutica, a função de limite passa a ser tomada pela linha do autoritarismo institucional.

A regra passa a ser entendida como uma função autoritária à proporção que produz um limite rígido entre o certo e o errado, mas, na perspectiva da redução de danos, experimentada nos CAPS AD, a regra passa a ter uma função clínica, porque produz corresponsabilidade e autonomia. Nos espaços coletivos, as tomadas de decisão não são orientadas pela meta da abstinência, mas pela lógica da negociação dos limites.

Lidar com regra no encontro com usuário de droga é a grande questão e com os limites. Essa é uma grande dificuldade do CAPS, a gente é desafiado o tempo todo a tratar disso. O que tem tudo a ver com a questão da RD, de implicar o sujeito nessas questões. Tem o bar lá perto e aí vai lá, bebe, volta para o CAPS e como que a gente lida com isso? A gente tem um combinado na equipe de que, quando isso acontecer a gente sentar com o cara, entender o que aconteceu, problematizar qual o sentido do tratamento para ele, essa questão do poder contratual mesmo, o que ele entende pelo tratamento, o que ele está querendo dizer com aquilo. Para lidar com as regras, tem alguns espaços coletivos dentro do CAPS que a gente procura reforçar, que é a assembleia semanal, algumas assembleias extraordinárias quando a coisa está desandando no serviço (narrativa GF trabalhadores CAPS AD).

Diversos autores problematizam a relação sujeito-instituição nos processos de produção de subjetividade. A tradição da psicoterapia institucional e da análise institucional indicam a inseparabilidade entre a clínica exercida em espaços privilegiados e o modo como a instituição se organiza. Diferentes formuladores, como Félix Guattari e Jean Oury, concordam que há na instituição *coeficientes terapêuticos* indicando que a dimensão clínica não se encontra, necessariamente, nos espaços ditos clínicos (Vertzman, ET al, 1992). Em Ateliês, grupos, assembleias, no encontro entre um usuário e a cozinheira, nos diversos

encontros que ocorrem dentro de uma instituição pode haver um coeficiente terapêutico que precisa ser acompanhado a partir de espaços de discussão que incluam desde o porteiro, o motorista até o psicólogo. Neste movimento, Guattari (2004) propõe, então, o conceito de transversalidade, indicando a necessidade de ampliação do grau de abertura e comunicação entre os diferentes espaços e atores, uma vez que a própria instituição é terapêutica.

Outra importante referência que busca tornar inseparável a dimensão institucional da dimensão clínica nasce das propostas de cogestão proposta por Campos. (2007b).

A Formação de Compromisso, a elaboração e gestão de Contratos e de Projetos criam uma Região intermediária, um espaço de mediação entre forças imanentes ao Sujeito e outras produzidas com grande exterioridade a ele. Uma Região em que há possibilidade de se reconstruir a dominância das necessidades sociais e dos fatos instituídos, bem como de se recompor imposições internas. Um espaço em aberto, um jogo entre distintas possibilidades, um lugar de recomposição de poder, um espaço em que o novo resulta da multiplicidade de sínteses que o Sujeito produz mediante a influencia e pressão de todos estes Planos. Enfim: espaços em que a práxis concreta dos Sujeitos, o agir interpessoal, a política, ou a gestão propiciam relativo grau de autonomia. (CAMPOS, 2007b, p. 70).

A constituição de regras, dentro desta perspectiva, é, antes de tudo, a ativação de compromissos coletivos que exercem uma função clínica. Pensá-las na perspectiva da redução de danos é propor processos de construção coletiva de compromissos institucionais que impliquem os sujeitos de outro modo consigo mesmos, em que a meta da instituição e a do tratamento estão sendo continuamente produzidas. Neste sentido, a redução de danos comparece como um elo entre a clínica e a gestão, buscando estabelecer coerência entre os diferentes âmbitos institucional. As regras, tomadas no viés terapêutico e não autoritário, permitem a emergência de singularidades que precisam ser negociadas, discutidas e analisadas individual e coletivamente.

De acordo com Foucault (2006b), a história da relação entre instituição e sujeito divide-se, grosso modo, entre as instituições em que a ênfase é dada às regras e às instituições e aquelas em que a ênfase recai sobre os modos como os diferentes sujeitos incorporam as regras, criando regras de si. No primeiro caso, opera-se uma lógica da culpabilização, do castigo e da punição. Instauram-se processos de sujeição em que a subjetividade deve ser efeito de um processo de obediência. No segundo, a ênfase encontra-se na produção de autonomia e na construção de regras facultativas.

Aproximando esta discussão com o pensamento de Canguilhem (2011), podemos afirmar que a redução de danos, ao suspender orientações clínicas e institucionais rígidas, pautadas por uma única direção possível, instaura um processo de construção de regras, entendido como processo de normatividade. O normal da vida, de acordo com Canguilhem (2011), é a variação e a criação de novas regras, um processo de normatividade. Para criar saídas ante aos problemas postos à vida, o ser vivo necessita se reinventar. O patológico, ao contrário, seria a tentativa de enquadrar a vida (nisto inclui-se o vivo e a subjetividade) em normas e regras fixas por meio de processos institucionais de normalização.

A normatividade enfatiza a diferença e o processo de diferenciação do vivo, gerando autonomia. A produção de autonomia (auto = si e nomos = regra) é uma prática de construção de regras de si que aumentam a potência de agir. A normalização instaura, em nome da cura, um baixo grau de autonomia a partir de processos que geram identificação entre o sujeito e as regras da instituição, ou seja, de processos que geram obediência. Nesses casos, há uma ratificação e reinteração da doença como algo insuperável, sendo a cura a instauração de um estado de vigília e esquiva permanente. Trabalha-se com o paradigma da cura e remissão do sintoma para, em seguida, afirmar que a doença é algo permanente. A única via de tratamento neste paradigma é criar sistemas de obediência

integral às regras das instituições, na expectativa de que estas se internalizem, constituindo sujeitos em estado de alerta permanente. Em suma, reencontramos, na cena do contemporâneo, modalidades de um exercício de poder pastoral.

Isso é o mais difícil, a idéia de cura, a idéia de que tem que se retirar a droga. Os tratamentos anteriores eram muito pautados pela impotência do sujeito perante a droga, pela passividade. Trabalha-se com a ideia do dependente químico como uma doença incurável e pro resto da vida, em que o sujeito deve estar sempre em recuperação. A RD é a grande inversão que traz um esforço para o CAPS, de não deixar o sujeito passivo durante o tratamento e de trazê-lo para construir o próprio tratamento, inclusive onde ele quer chegar (narrativa GF trabalhadores CAPS AD).

Nos CAPS AD, não se trabalha dentro do paradigma da cura. O processo saúde-doença é visto como uma dinâmica diante da qual se busca reduzir os danos perante os processos que diminuem nossa potência de seguir vivendo. Neste sentido, as práticas de cogestão orientadas pela redução de danos norteiam o processo de construção de regras como um exercício permanente de gestão da clínica. A RD comporta a possibilidade de produzir regras institucionais que não são pautadas pela abstinência. As regras não instituem limites rígidos, mas sim a prática de negociação rigorosa e consistente, caso contrário, poder-se-ia produzir muita contradição entre o que é permitido e o que não é. Criar coerência institucional a partir de processos flexíveis de criação e negociação é muito mais trabalhoso do que operar regras definidas fora do encontro, impostas de modo vertical. Nas instituições mais duras, diante do medo e da incerteza produzidos pelo encontro com o inusitado, a regra tem uma função de defesa. Nesses casos, a regra é sinônimo de ordem, e a relação que se estabelece é de obediência ante a norma.

Na perspectiva da redução de danos, a regra é um acordo que exprime o melhor caminho possível naquele momento da instituição e da vida coletiva. Neste caso, a relação

que se estabelece com a regra é a da negociação consigo mesmo e com o outro. A construção de regras produz zonas limites, ou limiares, vividas como espaço institucional de experimentação que precisam ser muito bem acompanhadas e problematizadas. Para os trabalhadores dos CAPS AD, isso é um grande desafio, porque interroga sobre os valores morais incorporados pela sociedade da qual fazemos parte.

É muito fácil a gente querer cair numa lógica do controle e da vigilância. O tempo inteiro a gente está revendo, não estamos acomodado nessa discussão. Mas a clínica AD traz essa via de um cuidado mais autoritário, vigilante, mais dualista, que trabalha entre o certo e o errado. Usou? Recaiu? tá abstinente? “ah, esse aí está bom”! Sem perceber, a gente cai nesses conceitos super do senso comum e ridículos. Para alguns de nós, essa contradição tem a ver com o fato de que é uma clínica que mexe muito com a nossa impotência. Pensar na RD é ponderar o que a gente está fazendo de fato, e, por isso, mexe tanto. Por isso que muitas vezes a gente usa o recurso do leito-noite, porque aquele paciente está muito em risco e como que a gente vai se sentir se acontecer algum problema. Então, muitas vezes parece que é essa sensação de culpa, de responsabilização que move o serviço. A lógica das pessoas não é de RD, é muito mais dualista: você tem sucesso ou não. Nós temos que repensar todos os nossos conceitos (narrativa GF trabalhadores CAPS AD).

A RD insere-se nos CAPS AD como um vetor que põe em questão não só os usuários, mas também o modo como os trabalhadores e gestores estão implicados com suas práticas. Antes de solucionar problemas, a RD permite identificar os falsos problemas e quais estão mal colocados nos processos de trabalho. A partir deste ponto, ela comparece como uma diretriz que possibilita recolocar os problemas em outras bases. Pautar a clínica entre o sucesso e o fracasso, entre a recaída e a abstinência, entre o certo e o errado, entre o lícito e o ilícito insere falsos problemas que condicionam a produção de saúde.

No âmbito da clínica se produz a possibilidade do encontro com o outro sem a definição de uma meta a priori, diferente das clínicas pautadas pela cura e remissão do

sintoma. A redução de danos tem como ponto de problematização os motivos que aumentam a dependência do sujeito às drogas, sem necessariamente, objetivar a suspensão do uso. Opõem-se, assim, às linhas terapêuticas que chegam a exigir a abstinência dos usuários para dar início ao tratamento. Para estes modelos de clínica, de saída, a possibilidade de acompanhar a experiência com as drogas é excluída e o tratamento volta-se, exclusivamente, para à intensificação das condutas de escape à reincidência. Tal proposta pressupõe ser insolúvel o problema com a droga. “A única estratégia possível acaba por limitar-se à criação ou intensificação de força psíquica e/ou moral de rechaço ao “mal hábito”, força de oposição ao forte e danoso elo entre usuário e droga. O tratamento revela-se como um treinamento para fortalecimento de atitudes de esquiva ao apelo recorrente da substância.” (Tedesco e Souza, 2009, pp. 144-145).

Nos CAPS AD, a RD comparece como uma abertura para o campo da clínica, trazendo novos possíveis que estavam obstruídos pela política proibicionista. Discutindo sobre a RD na clínica, os trabalhadores do CAPS AD narraram:

A gente vê que o uso do crack é muito mais danoso para a vida do que outras drogas. A gente sabe que muitos pacientes fazem o uso da maconha para aplacar o desejo pelo crack. Fazem isso por conta própria, pela experiência deles. Cabe à equipe aceitar e manejar com isso, conseguir segurar a própria ansiedade e aceitar que talvez o paciente não fique abstinente, pois traz menos danos. O que é menos danoso é definido na relação com o próprio sujeito. Pode ser a abstinência, inclusive. Se o sujeito caminhou por esse rumo e deu certo, por que não... Seria estranho entendermos a RD como simples substituição de drogas e orientar para isso. Não trabalhamos assim! É muito mais na perspectiva de acompanhar o sujeito nessa relação que ele tem com a droga, sem ter como único objetivo a abstinência. Pode ser que alguém substitua uma droga por outra, pode ser que reduza o uso daquela droga que ele prefere usar, como nos casos de álcool em que o sujeito troca uma bebida que causava mais problema por uma que causa menos. Ou quando organiza horários, como fazer uso depois do serviço. Enfim, isso poder ser muito variável e é assim a operacionalização da RD no CAPS AD,

acompanhar o sujeito nessa construção (narrativa GF trabalhadores CAPS AD).

A redução de danos tem trazido importantes modulações para as práticas clínicas. De acordo com os diferentes atores, a RD possibilita uma suspensão dos valores morais para que o encontro clínico seja permeado pelas possibilidades concretas, sem cair numa idealização de querer livrar o usuário das drogas. De acordo com os trabalhadores, a abstinência é uma possibilidade, mas não a única via possível. O lugar central conferido ao uso de drogas é equivocado, permitindo outras compreensões sobre o processo clínico e seus resultados. Alguns trabalhadores destacam que há “situações em que o usuário não parou de usar e poderia ter uma alta e casos em que o usuário está abstinente e o tratamento não acabou.”

O sentido de limite se inverte, em vez de o usuário ter que se enquadrar aos limites da instituição, é a instituição que passa a incluir os limites do usuário como aspecto a ser considerado. Acompanham-se os movimentos do sujeito e alguns deslocamentos, “como diminuir o uso, substituir crack por maconha, tornar-se menos agressivo, voltar a trabalhar, parar de agredir os pais”, mas este acompanhamento não dispensa uma atenção ao limite do usuário, ao que é possível para ele naquele momento.

Eles estão vinculados com a gente e, de fato, a gente reduz danos, mas é o limite deles. A gente consegue enxergar além disso, mas eles não conseguem ir, por enquanto, além disso. Então, ok! Vamos nos movimentos junto com o paciente, respeitando esse limite dele. Vemos muito isso no nosso dia-a-dia, o quanto que o paciente dá conta (narrativa GF trabalhadores CAPS AD).

Para sustentar esta direção clínica, a equipe passa a ter muitos enfrentamentos com diversos setores da sociedade, inclusive com a própria prefeitura. A RD, inserida como um elo entre a atenção e a gestão, indica que, uma vez presente no CAPS AD, ela se constitui

também num elo entre a clínica e a política. A RD torna-se uma aposta política, uma diretriz que ativa uma militância dentro do CAPS AD, evitando uma compreensão meramente técnica do problema.

A gente acredita que a proposta de tratamento é a RD, porque é também uma estratégia política de tentar fazer a sociedade encarar a questão das drogas de uma forma diferente, e isso a gente faz no dia-a-dia com as famílias e com os próprios usuários (narrativa GF trabalhadores CAPS AD).

Os gestores destacam essa dimensão política no âmbito da gestão, de articulação com outras secretarias e setores da sociedade. Reforçam a dimensão política trazida pela RD, mas também indicam que, em determinados contextos, essa defesa não pode ser feita abertamente. É mais estratégico colocar as questões pragmáticas em torno do que é possível propor, naquele momento, para um usuário, do que afirmar e defender abertamente uma proposta de RD. Para os diferentes sujeitos da pesquisa, a RD passa a ser uma aliada para a Reforma Sanitária, junto à proposta de reabilitação psicossocial. Porém, destacam que esses sentidos ainda precisam ser construídos, pois não se trata de uma importação e justaposição de conceitos afins. A dimensão política da RD se atualiza de forma muito expressiva naquilo que se caracteriza como missão central dos CAPS AD, que é produzir novos modos de inserir os usuários de drogas na sociedade, sendo fundamental repensar o próprio sentido de reabilitação.

Por isso, o CAPS AD tem que definir uma proposta de reabilitação psicossocial para álcool e outras drogas. A reforma trouxe isso no caso dos psicóticos e já tem um consenso entre os trabalhadores. Agora, qual que é a reabilitação para o AD? No AD, a ideia de reabilitação psicossocial é a abstinência, o sujeito tá reabilitado se ele está abstinente. E a gente tá trazendo a perspectiva da reabilitação no uso de droga. Então não é simples! (narrativa GF gestores).

A proposta de reabilitação psicossocial que vem sendo gestada na rede do CAPS AD de Campinas - SP indica que, para o tema das drogas, a Reforma Psiquiátrica encontra-se na sua fase inicial. Quebrar a expectativa da sociedade de uma reinserção social livre de drogas é apostar em novos caminhos políticos para as políticas de drogas no Brasil.

Tendo avaliado os desafios e potencialidades entre redutores de danos e CAPS AD, trataremos alguns casos e situações vividas na relação com a atenção básica. Seguiremos nossa trajetória avaliativa trazendo algumas possibilidades de atenção a usuários de álcool e outras drogas, principalmente de usuários de crack, experimentadas pelas equipes de saúde da família. A ampliação do foco de análise para outros pontos da rede de saúde nos ajudará a traçar caminhos possíveis para construção de redes territoriais de redução de danos.

6.7) Articulação entre Atenção Básica e Redução de Danos: que efeitos se produzem na rede de cuidado?

Um dos aspectos relevantes da pesquisa se deu a partir do desafio de articulação dos redutores de danos com as Equipes de Saúde da Família. Algumas experiências lançaram luz sobre as funções que a atenção básica pode exercer no cuidado dispensado a usuários de álcool e outras drogas.

A ampliação da cobertura das Estratégias de Saúde da Família vem acompanhada do aumento da demanda de cuidado para esta população específica, exigindo que estas equipes sejam qualificadas para lidar com a especificidade da atenção aos usuários de álcool e drogas (Cruz e Ferreira, 2007). Este desafio reforça a necessidade de construção de redes de cooperação em que os serviços especializados possam apoiar (Campos, 2007) as equipes de Saúde da Família, definindo estratégias e projetos terapêuticos que contemplem a singularidade de cada sujeito.

A função estratégica da atenção básica para o acolhimento e acompanhamento de demandas de saúde mental é destacada por diversos estudos. De acordo com o Ministério da Saúde, de 6% a 8% da população sofre com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas e 56% das ESFs afirmam realizar alguma ação de saúde mental. (Brasil, 2003c). A proximidade com o território insere as ESFs como ponto estratégico da rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas, exigindo a construção de arranjos de gestão que qualifiquem e deem suporte para a abordagem destas demandas. Estima-se que 80% das demandas em saúde podem ser resolvidas pela atenção básica (WHO, 1978). A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde estimam que 80% das demandas de saúde mental que chegam à atenção básica não necessitam de uma atenção especializada (apud, Figueiredo e Onocko Campos, 2009).

Este desafio ganha especial relevância na rede de saúde de Campinas - SP tanto pela sua história de contribuição e avanço na reforma sanitária, quanto pelas características da rede básica que, desde 1970, conta com equipes de saúde mental (Campos, 2000) e que, a partir de 2001, sofreu forte incentivo e ampliação durante a implementação do Projeto Paidéia de Saúde da Família (Figueiredo e Onocko Campos, 2009).

Entretanto, apesar dos avanços no âmbito de estruturação de arranjos de gestão e atenção que potencializam a articulação entre serviços de saúde mental e serviços de atenção básica, é indispensável identificar a dimensão criativa do trabalho em saúde. Embora arranjos e dispositivos como Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cargos de gestão em Apoio Matricial por distrito de saúde (como no caso da rede de Campinas - SP) e equipes de saúde mental nas unidades básicas de saúde sejam potentes para a organização da rede, não são suficientes ante a dinâmica dos territórios, sendo necessário

acompanhar os movimentos vivos e criativos que não partem, necessariamente, de arranjos, modelos e estruturas pré-definidas.

Além da necessidade de criar estruturas ofertadas pela gestão, é necessário que se criem encontros e dispositivos que possam responder às demandas que extrapolam a própria capacidade dos arranjos em respondê-las. As estruturas e arranjos de gestão (existência ou a falta deles) podem muito bem ser vistos pelos profissionais como condição *sine qua non* para que as necessidades sejam acolhidas, gerando uma espera, por parte dos atores locais, por tomadas de decisão que se encontram fora do seu campo de governabilidade.

Destacaremos alguns movimentos e iniciativas que partem de articulações entre atores locais, que operam por aliança e contágio, sem uma mediação direta de estruturas ou interferência da gestão. Indicaremos potencialidades imanentes às redes ativadas pelos encontros entre diferentes atores mobilizados para a mudança.

Os receios, os cuidados e o processo de construção da função dos agentes redutores de danos na articulação com a Atenção Básica serviram como analisadores da própria função e potencialidade deste âmbito de atenção para articulação do cuidado para usuário de álcool e outras drogas. Não queremos, aqui, definir o lugar dos redutores de danos, mas evidenciar a potencialidade da função de articulação entre redutores de danos e Equipes de Saúde da Família na construção de redes territoriais de atenção a usuários de álcool e outras drogas. Discutiremos dois casos que atualizam a dimensão de atenção básica do trabalho do redutor de danos e a dimensão de redução de danos da atenção básica. No primeiro, dentro desta linha de exploração, destacaremos a articulação com o Centro de Saúde 1, abordando um caso clínico, e, no segundo, a articulação com o Centro de Saúde 2, considerando uma intervenção no território.

6.7.1) O caso de Constância: articulação do cuidado de uma usuária grave de crack

Há alguns meses, os redutores de danos vêm ampliando a comunicação com o Centro de Saúde 1⁴⁷ a partir de aproximações sucessivas junto à equipe, respaldados pelo gerente da unidade, que, de acordo com os redutores de danos, compreende a necessidade desta articulação. Foram feitas algumas reuniões com a equipe para apresentar o trabalho da redução de danos e discussão de casos de pessoas que fazem uso de drogas e que são atendidas na unidade. Os redutores de danos passaram, de forma esporádica, a fazer uma espécie de matriciamento, criando um vínculo com parte da equipe que se mobilizou com as questões por eles levantadas. Os redutores de danos ofertam suporte para o manejo com casos em que o uso de drogas comparece e, ao mesmo tempo, a ESF oferta uma retaguarda para as demandas trazidas pelos usuários que necessitam de uma abordagem multiprofissional. Neste sentido, a articulação das diferentes contribuições dos redutores de danos e da ESF produz uma maior capacidade de resposta e resolutividade. O caso da usuária Constância indica esta dimensão de trocas, ofertar e buscar soluções, de modo compartilhado, entre redutores de danos e ESF.

O encontro com Constância se deu de duas maneiras. A primeira foi a partir do relato do caso na supervisão dos redutores de danos. A segunda foi mediante uma entrevista que fiz durante a passagem dela pelo leito-noite do CAPS AD III (24h). A construção de um caso analisador passa ora pelas percepções dos redutores de danos, ora pela percepção da própria usuária. Neste jogo de percepções, seguimos construindo uma terceira via, que

⁴⁷ Embora a pesquisa tenha sido aprovada pelo Comitê de ética e Pesquisa (FCM/Unicamp), preferi não citar a unidade de saúde em questão para não expor um grupo específico num contexto municipal amplo, justamente para que esta experiência sirva como analisadora e não como a análise de um caso particular.

buscava analisar os movimentos que se passam entre a rede de saúde e os territórios existenciais.

Constância era uma usuária de drogas que vivia há muitos anos na rua. Os redutores de danos relatavam que ela tinha uma posição de liderança no grupo com o qual vivia. Muito esperta e atenta, Constância tinha boa lábia e conseguia as coisas que queria com certa facilidade. As ações dos redutores de danos restringiam-se à entrega e de preservativos e insumos para uso seguro de drogas, mas, nestes momentos, aproveitavam para conversar e criar um vínculo mais consistente. Eventualmente, ela conversava com os redutores de danos sobre a necessidade de se cuidar e de se prevenir. Figura conhecida, usava, em média, quinze pedras de crack por dia. Embora emagrecida, Constância parecia conhecer o seu limite e o quanto o seu corpo aguentava por dia.

Durante a passagem pelo leito-noite, tive a oportunidade de entrevistá-la. No início da entrevista, a usuária se colocava de modo curvado e tímido. Sobre o seu histórico de uso de drogas, ela relata:

Meu nome é Constância, há vinte e dois anos eu tenho problema com droga, comecei a usar aos 13 anos e hoje eu tenho 34 anos. Minha família sempre lutou muito comigo em questão de clínica, de internar, de fazer outros tipos de projetos, entrei na rede do SUS e tudo, mas nunca que eu quis esse progresso. Quando eu tô no auge, ficando bem, as coisas estão ficando bem nas clínicas que eu passei, eu já passei por umas dez clínicas, aqui em Campinas também, e quando estava começando a ficar bem, estava tudo bem comigo, eu voltava para o uso. Teve algumas pausas, algumas pausas durante vinte e dois anos que eu conheço o crack, que é a minha droga de preferência...

Neste início de entrevista, narrava a sua história com muito pesar e sofrimento. A vida na rua, a prostituição para conseguir o crack, as noites sem dormir, as recaídas e a saúde debilitada compunham um cenário subjetivo do qual ela indicava querer se afastar.

As experiências de tratamento se resumiam a inúmeras internações em clínicas pautadas pela abstinência. Passagem pela cadeia, perda da guarda dos filhos e morte recente da mãe criavam os primeiros quadros desta trajetória de vida. Relatou que, antes de pedir ajuda aos redutores de danos, estava há dias, muito mal, em função da morte da sua mãe.

Há umas três semanas atrás eu não estava bem e os redutores de danos passam sempre lá na rua onde enxergam usuários, aí passa com frequência para poder entregar camisinhas, essas coisas, e passavam sempre. O Paulinho e a Luma foram duas pessoas que eu mais conversava quando passavam. Eu não conseguia sair dali, daquela rua, por que eu sei que ali, tendo ou não tendo dinheiro, eu ia usar o tanto que eu quisesse, do jeito que eu quisesse, mas eu estava muito desnutrida, demais, desidratada, eu ficava sem alimento nenhum, a fraqueza ia batendo, então, eu praticamente não ia durar muito tempo, eu ia morrer rapidamente. Uma coisa que eu sempre pensava, que intuía muito, pensava no sofrimento, foi a minha mamãe. Eu sempre pensava quando usava droga “a minha mãe tá sofrendo”, eu passava uns dias sem ir na casa dela, ela sentia falta, a última vez ela falou “oh filha, não deixa a mãe aqui abandonada não”. Porque mãe é mãe né? E ela morreu no dia 1º agora. E eu não fui no enterro, eu estava seis dias virada, chegou minha família lá na rua, eu jogadaça, muito drogada e vieram com essa notícia “sua mãe faleceu, ela está sendo velada lá nos Amarais”, eu estava super drogada e aí não caiu a ficha “ah, tá”, mas era uma coisa que eu não esperava e ao mesmo tempo eu não esperava não ter sentido o que eu ia sentir se eu levasse um baque desse, eu não tive sentimento de derramar uma lágrima, tava tudo aqui, mas eu não consegui, parece que o crack anestesiou tudo “você não vai chorar, você não vai chorar” e eu não chorei. Os que estavam ali comigo choraram, virou aquele negócio, aí eu saí da roda ali, queria ficar sozinha, minha família pegou o carro e foi embora e eu fiquei andando uns dias e comecei a pensar só nas imagens do rosto da minha mãe, do jeito dela comigo e aí eu ia usar para anestesiá-la, eu não queria chorar.

Os redutores relataram a percepção de algo diferente com Constância. Ela estava visivelmente mais magra e perturbada. Antes de narrar a aproximação dos redutores de danos, destacou que só foi pedir ajuda após ser acolhida por um amigo de rua. De acordo com a própria Constância, ela usava, em média, quinze pedras de crack por dia e, após

receber a notícia da morte de sua mãe, passou a usar trinta por dia. O amigo percebeu que o aumento repentino significava alguma coisa. Percebeu que ela não estava bem e que ela precisava de alguma ajuda. Os signos do território se diferenciam dos signos da rede, em que o índice que estabelece a diferença entre “estar bem” e “estar mal” colocam em cena outros critérios de avaliação. Percebe-se nesta passagem que, no território, há um reconhecimento coletivo do padrão de uso que cada usuário está habituado. Além disso, equivoca-se uma outra noção construída pela sociedade, de que, nestes espaços, as pessoas estariam procurando ou desejando a morte. Neste caso, pudemos constatar que, quando a morte passa a rondar muito próxima, os usuários se mobilizam para que ela não chegue de vez. Em meio à experiência com as drogas, há também redes e modos de cuidados experimentados entre os usuários de drogas. Opera-se, no próprio território, entre os próprios usuários, os primeiros movimentos de acolhimento à Constância.

Teve um dos meus queridos, mendigo, colega, que me deu um abraço bem forte “eu não sei o que está acontecendo, mas eu vou te dar um abraço forte, eu sei que é isso que você está precisando”, foi aí que eu comecei a chorar. Aí ele falou “Jesus te ama muito, se você perdeu algo tão importante na sua vida ou aconteceu alguma coisa importante na sua vida” aí eu falei “sim, minha mãe faleceu, eu estava super drogada e não fui no enterro dela”. Por quê? Não foi por orgulho, sem contar que a minha família estava toda lá e a situação onde eu estava, eu estava toda descabelada, suja, encardida, fedendo, sabe, não ia dar, realmente eu não fui, enfim.

Constância narrou que, quando recebeu o abraço do amigo, começou a chorar compulsivamente. Nesse momento, conectou-se com a morte da mãe, com seu estado e com a necessidade de pedir ajuda. A partir deste momento, só pensava nos redutores de danos. Ficou evidente a importância do vínculo pregresso que os redutores de danos

estabeleceram com a usuária, ainda que, inicialmente, não tivesse resultado em um pedido por tratamento.

Aí foi onde, um dia, o Paulo passou e eu falei: “Paulo, eu preciso falar com você”. Eu não estava aguentando nem andar mais de tão magra, agora, de seis dias que eu estou aqui, eu já engordei 12Kg, está ótimo. Acho que deu já 52, tava com quase 40Kg quando eu cheguei aqui, bem anoréxica mesmo e eu não tinha mais força para andar usando droga, fisicamente tava um horror, mentalmente um horror, imagina o interior. Foi onde o Paulo e a Luma chegaram a fazer algo por mim, me levaram no serviço de saúde, lá, no Boa Vista, cheguei lá, me passaram uns sedativos, eu estava muito nervosa, fui para lá drogada, tive que fumar para conseguir andar, eu não aguentava de andar nas pernas, já estava travando tudo, travava por causa da fraqueza, muito desnutrida. Aí foi que eu usei, falei para o Paulo “oh, eu usei para poder ir com você”, ele estava lá sentado no lugar onde eu dormia, só que eu não usei na frente dele... Fui no posto, chegou lá, uma equipe maravilhosa já estava sabendo, o coordenador também do posto de saúde, uma pessoa ótima.

Como a abordagem ocorrera no início da noite, o redutor de danos combinou de buscá-la no dia seguinte, pela manhã, e levá-la até o C.S. 1. Ela concordou e, no dia seguinte, o redutor de danos estava lá, conforme o combinado. Embora receoso de que aquele pedido não passasse de um impulso momentâneo, como em muitos outros casos, Constância apareceu e, enquanto um redutor a acompanhava na caminhada até o C.S., a outra redutora de danos preparava a equipe para acolhê-la. A profissional que ficou como referência para fazer o acolhimento foi uma enfermeira que tinha um vínculo bem estabelecido com os redutores de danos.

Após 45 minutos de caminhada, o redutor de danos chegou ao C.S. com Constância, que foi bem acolhida pela enfermeira que fez uma primeira avaliação. No momento do acolhimento, a usuária ficou muito nervosa, levantando e sentando, típico comportamento de fissura e ansiedade. Nesta situação, a ação dos redutores de danos foi muito importante. Seguraram firme na mão de Constância e buscaram acalmá-la, sendo referência e suporte

para o C.S., naquele momento, além de darem uma barra de chocolate para acalmá-la. Na supervisão, discutiu-se que, provavelmente, uma cena desta, sem um redutor de dano para acompanhá-la, geraria grande resistência e temor na equipe. Após acalmá-la, a enfermeira, além de perceber o estado debilitado da usuária, acolheu a queixa de dores na vagina.

A partir deste acolhimento, ficou entendido que seria importante que ela passasse por uma avaliação ginecológica antes de qualquer coisa. A médica ginecologista atendeu Constância, mas se recusou a fazer um exame ginecológico, alegando que não teria, ali, os meios necessários para uma intervenção. Neste momento, a redutora de danos que acompanhava o caso no atendimento questionou a médica, afirmando que era necessário que ela fizesse um exame clínico. Como a médica se mostrou resistente, a redutora de danos pediu para que a enfermeira saísse com ela da sala para decidirem o que fazer. As duas profissionais decidiram ir falar com o gerente da unidade. Após repassarem a situação para o gestor, o mesmo entrou na sala da médica e conversou com ela por uns cinco minutos. O gerente saiu da sala e pediu à Constância e à redutora que entrassem, pois ela seria atendida como todas as outras usuárias são atendidas.

Sobre esta passagem, Constância nos conta:

Eles me levarem no médico, fui lá, fiz um monte de exames para poder me internar em alguma clínica e aí eu simplesmente aceitei , lógico, que eles me levassem.

Após o exame clínico, foi constatado um quadro grave de sífilis e, diante desse quadro, seria necessário articular uma internação com suporte clínico, preferencialmente numa enfermaria hospitalar. Como não havia vaga no leito-noite do CAPS AD/24h, o mais indicado seria uma internação no Hospital Ouro Verde, por ter uma enfermaria de internação breve em saúde mental, o que permitiria que as questões clínicas fossem

acompanhadas de forma articulada à avaliação psiquiátrica e multiprofissional. Parte da equipe de saúde, junto aos redutores de danos, aguardou até às vinte horas pela liberação de um leito pela central de regulação de vagas no Núcleo de Atendimento à Dependência Química (NADeQ), que é um núcleo de retaguarda do Hospital Psiquiátrico Cândido Ferreira.⁴⁸ As narrativas sobre a trajetória na rede trouxeram à tona o desconhecimento, os fantasmas sobre os equipamentos e serviços ofertados e o modo como Constância começava a se conduzir na rede.

Eu não conhecia. Foi a primeira vez. Eu só ouvia falar do Cândido e ouvia falar de piração. Isso me assustou, assim, de piração do Cândido, mas aí eu cheguei lá numa segunda-feira, cheguei à noite já, nem vi como que era, chegando lá, me sedaram rapidamente e disseram que precisava de quinze dias, pelo menos, para desintoxicação, aí eu vi que eu estava sedada demais, eu não conseguia abrir o olho, não consegui comer com a colher direito, estava dormindo em cima da marmitta e eles colocando o soro, o remédio, aí eu descobri que eles tinham colocado muito calmante em cima de mim, aí eu quis ir embora, fugir, aí eu tentei fugir, mas como eu estava com problema clínico, mental, eles disseram: você vai para o Mario Gatti. O SAMU veio, eu fui para o (hospital municipal) Mario Gatti.

Após a primeira noite, Constância foi transferida para o Hospital Mario Gatti, porque o quadro clínico exigiu cuidados hospitalares antes de se iniciar uma internação por uso de drogas. Após uma semana internada, ela fugiu e voltou às ruas.

Chegando lá, isso há três semanas atrás, eu peguei, fiquei lá, eles me deram antibiótico e tudo, também deram um remedinho para sedar um pouco, eu estava muito agitada por causa do uso da droga... e eram cuidadosos. Assim, a história já começou de lá, veio, bancou, viu a minha enfermidade também, eu também coloquei a história e a equipe lá também deu uma observada em tudo e quis me ajudar. Na terça, eu fui para lá, quando chegou na sexta-feira, eu falei: “não quero mais ficar aqui, quero ir embora, vou fugir”. Não gostei porque era Haldol que eles estavam

⁴⁸ No último tópico deste capítulo, abordaremos o tema dos modelos e modos de internação do município de Campinas

colocando junto com o soro... aí o desespero da droga me deu e eu fugi já até com o negócio do soro, com a roupa verde escrito Mario Gatti, de madrugada. Sabe aquela portinha de emergência, ali, nem guarda me viu, nem guarda, ninguém, eu fiz uma fuga espetacular.

Ao começar a narrar a passagem pela rede, suas percepções e decisões Constância começou a assumir outra postura corporal. Aos poucos, em meio ao arrependimento e à culpa, começaram a emergir outras intensidades e traços subjetivos. Constância começou a rir de si e da situação vivida, com um misto de ousadia e inconsequência.

E tinha ficado tão dopada no Hospital que eu não sei nem como que eu consegui sair de lá, daquele jeito lá e quando eu fui reparar que eu já estava a uma distância andando, aí caiu a ficha e aí não, não vou voltar, ninguém tinha visto, então não tinha como. Aí eu encontrei um mendigo, um morador de rua também, na rua, e falei: “tiozinho, tio você me arruma uma roupa, eu estou saindo do Mario Gatti”, “você está fugindo?”, “eu tô e se eu ficar com essa roupa verde aqui até a polícia vai me pegar”, aí ele falou “ah, tem uma calça aqui”, ele me deu uma calça e uma camiseta, eu pus tudo por cima e saí andando.

O encontro com o morador de rua foi uma espécie de alívio, um reencontro com o seu mundo, o seu universo. De alguma forma, o que a rede ofertou até ali não havia produzido um vínculo consistente. As passagens entre a rede e o território evidenciavam um híbrido de sintoma e estilo de vida, fissura e resistência ao modo medicalizante de tratar. São aspectos que se sobrepuseram, um ao outro, criando um contexto existencial mais complexo. Constância não mais comparecia apenas como uma pessoa arrependida. Os motivos que a afastavam da rede e os que a conectavam ao território entrelaçavam-se, produzindo novas matizes de realidades.

Ah, fui até o terminal central... conhecemos pessoas em todos os lugares, todos nós. Todo mundo se conhece. Aí não faltou né, eu

mesmo dosada de remédio, com drogas, pode ter certeza que uma das primeiras coisas que me veio na mão “quer cachimbo ou isqueiro”, na hora, rapidamente. Isso já era de madrugada, comprei e fui para o Boa Vista de novo.

Durante a semana em que Constância estava sumida, discutiu-se, na supervisão, os movimentos e possibilidades não exploradas. Toda a rede articulada pelos redutores de danos e a função da atenção básica neste processo foram vistas como um grande avanço. Mas foi avaliado que, apesar de ser um avanço no sentido de mobilizar a equipe de Saúde da Família, neste movimento exploratório não foi possível criar uma equipe de referência para acompanhamento do caso durante os períodos de internação e pós-internação. Debatermos o papel de uma equipe de referência que poderia fazer visitas durante a internação hospitalar, uma vez que a possibilidade de evasão era grande. Operou-se, neste momento, durante a internação hospitalar, uma lógica mais de encaminhamento do que de apoio, segundo a qual uma equipe mantém o acompanhamento durante e após a internação. Isso colocou os redutores de danos, novamente, num lugar de isolamento ante os efeitos do encaminhamento. Como se o peso do desdobramento recaísse sobre os redutores de danos.

O caso foi discutido com a equipe do CAPS AD e, quando os redutores de danos reencontraram Constância, houve uma maior mobilização da equipe para receber o caso, desta vez no leito-noite, que já tinha liberado uma vaga.

Aí ele e a Luma uma vez passaram de novo e falaram “você fugiu, não quis ficar lá, conta a história para gente”, eu falei “se eu contar vocês vão rir, mas rir muito ainda”, “ah, mas então conta”. Aí ele falou “olha, você tem que se responsabilizar” e eu buscar essa força dentro de mim de recuperação, de ficar sóbria, de ser uma pessoa diferente. Eu já tive essa oportunidade, muitas, muitas oportunidades mesmo, já apareci na televisão para falar sobre o crack, dando testemunho... aí ele me encontrou e eu disse que se ele desse mais uma chance para mim, que seria sério dessa vez...

A entrevista ocorreu justamente no momento em que ela estava sob acompanhamento no leito-noite do CAPS AD 24h. Ela conta que não se sentia preparada para voltar às ruas e que precisava de mais tempo de afastamento do convívio com o crack e que, se pudesse, ficaria mais tempo no leito-noite. Constância estava deslumbrada com o CAPS AD. Quando perguntei se ela conhecia o CAPS AD, ela disse que não. Tinha ouvido falar, mas imaginava que era uma casinha onde se retirava remédio.

Aqui eu estou tomando remédio, mas eu estou acordada, eu estou medicada, mas os primeiros quinze dias ajudam com que a gente possa segurar, porque eu sou muito ansiosa...Isso aqui é um luxo. Eu tava na rua e agora tô aqui, sendo tratada como uma princesa. Eu, por mim, não saía mais daqui. Tô adorando, os grupos, os profissionais, tudo. A comida! Mas não posso ficar aqui. Fazer o que? Então eu quero ir para a clínica que eu já conheço.

Durante a entrevista, fui assumindo uma posição que não se confundia com a de um profissional de saúde diante de uma usuária, mas a de um curioso que queria saber como ela via todo aquele processo. Isso foi permitindo entrar em contato não só com as estratégias que a rede propôs, mas com a própria estratégia que a usuária estava construindo para si na relação com a rede.

No início da entrevista, comparecia um discurso pronto, quase decorado, sobre querer “sair daquela vida”, “se recuperar” e “parar de usar crack”. Mas, ao longo da entrevista, outros afetos foram emergindo. Na passagem em que fugiu do Hospital Mario Gatti, ela me contou que, quando menos percebeu, já estava usando crack novamente. Relatou sobre um impulso que sente quando vê a “pedra”. Quando perguntei porque ela sente esse impulso, surgiu uma nova expressão:

É, aquela história é a minha, é ali que está tudo, ali está minha história, a minha liberdade sem limite e depende daquilo, então eu voo em cima, eu nem vou, eu voo. Eu estar sóbria agora, pegar ali um copinho com café, um copinho com leite, comer, isso aí é só

uma cena. Nossa! Aí eu pego, já vejo que é meu mundo, já vou para a rua, já encontro amigos, isso e aquilo, aí já é a liberdade sem limite. Tem liberdade social, do correto, tudo certinho, da honestidade, diferente do mundo social que é o crack, a pinga, o álcool e os outros companheiros que usam junto, entende, aquele mundinho mais pequeno não me pertence, do que o mundo maior. Eu acho que o campo fechado é estar no social, com minha família, com outras pessoas, do que o campo aberto que é estar junto com usuários de rua, crack e álcool, então, faz parte dessa minha vida, o campo aberto.

Quando ela me respondeu que “é o mundo que me pertence, é a história que me pertence!”, nitidamente, eram outros aspectos de Constância que surgiam na minha frente. Ela me contava da relação dela com o crack com uma intensidade que rapidamente a retirava de uma posição de arrependida e a deslocava para uma postura mais ativa e potente. Na verdade, estas posições oscilavam. Entre o uso de crack e a história de pertencimento a um território, emergia uma relação muito forte. O crack como a porta de entrada ou conector de mundos e redes afetivas em que ela se sentia fazendo parte.

Há liberdade sem limite por que você faz o que você quer, pede ali e pede aqui e ganha... É, o sem limite, a liberdade que você pode ficar andando a noite inteira pelas ruas... Não dorme, ou, se dorme, acorda e dorme a hora que quiser.

Diversos aspectos que, no início da entrevista, eram associados à doença, passaram a ser narrados como algo a ser vencido, superado, como um estado de liberdade. Superar a necessidade de se alimentar, de dormir, de acordar, de trabalhar é posta como parte do movimento deste territorial existencial.

Quando Constância começou a falar da sua relação com os territórios, com os outros moradores de rua, com o “mundo sem limite”, todo o gestual se alterou. Ela narrou, neste momento, um mundo que ela dominava, ao modo dela. Peito estufado, cabeça erguida,

braços gesticulando indicavam a emergência de um território existencial que se expressava no seu corpo. Constância narrava com uma apropriação, malgrado os efeitos danosos experimentados em seu próprio mundo, em sua própria história, na qual o crack era um elemento central. O modo como ela explicava a suspensão da necessidade de comer e de dormir dava indícios de uma experiência ainda em curso em seu viver.

Naquele momento da entrevista, ficou claro que Constância estava dando um tempo, que estava utilizando os recursos da rede que ela desconhecia (ESF, CAPS AD, Hospital Mario Gatti, leito 24h e Comunidade Terapêutica) para ganhar corpo e retornar ao mundo dela, movimento sem o qual ela, inevitavelmente, morreria.

Diversos pontos da rede, mesmo que tenham, de antemão, orientações clínicas, estavam sendo também articulados pelo desejo da usuária de se cuidar, mas também pelo desejo de, porventura, retornar ao seu território existencial. Quando trouxe minha impressão a esse respeito para a supervisão dos redutores de danos, um redutor de danos ficou meio confuso, porque, para ele e para o restante da equipe, a usuária só relatava o desejo de parar de usar crack e mudar de vida e isso havia mobilizado, nele, uma expectativa nesta direção. Após algumas semanas, os redutores de danos receberam a notícia de que Constância havia fugido da comunidade terapêutica e de que havia voltado às ruas.

Pode ser explorado, na supervisão, o quanto a rede pode sim se organizar para criar novos modos existenciais, mas o quanto estaríamos abertos para acolher pessoas que queiram fazer este tipo de utilização da rede, que sustenta, de modo implícito, a afirmação de modos de vida que compõem com o uso de crack.

Cabe discutir se o direito universal ao acesso inclui o direito da pessoa utilizar os recursos da rede para continuar a usar drogas e, também, o direito de, após um período de

abstinência, retornar a viver na rua. É neste sentido que a aproximação com os territórios existenciais nos possibilita acompanhar o vivo das experiências em curso que envolvem o uso de drogas. Por outro lado, não pode ser naturalizado o movimento do usuário, sob o risco de gerar um assistencialismo que não problematiza os aspectos sintomáticos que comparecem neste encontro. Trata-se de um movimento complexo que impõe desafios para a rede, diante dos quais nos limitamos a levantar mais questões.

Evidentemente, diversos aspectos poderiam se destacar neste caso, mas gostaríamos de enfatizar o caráter ensaístico deste movimento dos redutores de danos como atores da construção de redes que permitem ampliar a comunicação entre a rede de saúde e os movimentos dos territórios existenciais dos usuários de drogas. Cabe um destaque para a articulação com a Atenção Básica e o potencial que a ação do redutor de danos ganha quando associado a profissionais e gestores da rede básica. A articulação com o C.S teve a função de criar um fluxo de cuidado que insere o usuário na rede a partir da avaliação clínica da ESF, antes mesmo de passar pelo CAPS AD. Essa direção tomada pelos redutores de danos tinha o objetivo de vincular a usuária com a ESF, em vez de propor uma internação direta do território, fosse para um Hospital ou mesmo para um leito-noite do CAPS AD 24h. Os redutores reconhecem a necessidade de produzir agenciamentos com outros profissionais próximos aos territórios em que vivem os usuários de drogas. A responsabilidade pela construção de uma rede de atenção passa a ser compartilhada e permite aos redutores de danos saírem de um isolamento territorial. A distância entre alguns lugares de convivência de usuários em situação de rua e os CAPS AD cria uma barreira para que os usuários acessem este serviço, gerando um isolamento dos redutores de danos. Logo, a construção de vínculo entre os usuários e a rede de saúde tem como ponto estratégico a atenção básica.

A proximidade territorial e a função generalista reforçam a função da atenção básica como importante âmbito de organização da rede de atenção. No caso em questão, a atenção básica compareceu como um importante organizador da rede para um caso grave e que necessitava de um atendimento de emergência. Em muitas situações semelhantes, o caminho proposto pelos redutores de danos passa pelo acionamento direto dos serviços de urgência e emergência do território, seja por meio do SAMU ou mediante uma articulação direta com um serviço de Pronto Atendimento mais próximo, sem passar pelo CAPS AD ou pela ESF.

O movimento de articulação com a Atenção Básica vem se constituindo numa potencialidade explorada no sentido de criar equipes territoriais de referência agenciadas aos redutores de danos. Trata-se de um processo de produzir aberturas na unidade para casos desta complexidade ou para casos de menor complexidade que podem ser resolvidos na própria unidade de saúde. Abrir as portas da atenção básica para esta realidade territorial implica um movimento de abertura para a diversidade de demandas, ou seja, um movimento de abertura para os territórios existenciais dos usuários de drogas. Neste caso, exploramos as potencialidades e desafios de se fazer um acompanhamento terapêutico de casos graves. Achamos estratégico explorar a situação inversa, a de usuários de crack e outras drogas cujo uso de crack não ocupa um lugar central em suas vidas.

6.7.2) O caso de Sozinha: a função da atenção básica no cuidado de uma usuária moderada de crack

A ausência de uma rede básica qualificada para atender usuários de álcool e outras drogas gera um campo fértil para importantes vieses sobre a compreensão do fenômeno do uso de crack e sua consequente abordagem. Nos centros especializados ou instituições asilares, os profissionais de saúde encontram uma alta prevalência de usuários de drogas compulsivos graves e supõem que todas as experiências com as drogas ou são desta natureza ou vão evoluir para tal estado. É por isso que o modelo de atenção não pode ser construído com base no que se vivencia nos centros especializados. Pois a tendência é organizar a rede como se todos os casos, ou a maioria deles, fossem graves. Com isso, ou se produz uma exclusão de casos não graves ou se produz iatrogenia, na medida em que se conduz um caso moderado como se fosse um caso grave.

Além das intenções alarmistas, é bem provável que noções como a de que “basta usar crack uma vez para se tornar um viciado” ou que um usuário de crack não consegue largar o uso da droga sozinho, sem um tratamento especializado, tenham surgido destes profissionais que desconhecem as experiências com o crack junto aos territórios existenciais dos usuários, para os quais a atenção básica é uma potencial porta de entrada.

Em um caso emblemático que acompanhei junto a uma ESF, a equipe estava muito nervosa e preocupada, pois acabara de chegar na unidade uma ex-moradora de rua que estava há dois meses sem usar crack. Ao discutir o caso com a equipe, fomos verificando que a principal preocupação da equipe, que julgava o caso muito grave, era o medo da recaída. Sozinha era, para a equipe, uma espécie de bomba relógio que poderia explodir a qualquer momento. E, na fantasia da equipe, no momento em que isso ocorresse, aquela senhorita acanhada se transformaria no monstro incontrolado que desordenaria o serviço.

A primeira questão que buscamos a partir da discussão do caso para construção de um PTS foi: qual o problema de vida de Sozinha? Para depois nos perguntarmos: Como o uso da drogas se agencia com este problema? Como ela lida com as drogas?

A partir de visitas domiciliares realizadas junto com a equipe e de algumas consultas, pudemos apreender um pouco mais a história de vida da usuária. Sozinha já tinha feito uso do crack antes de vir para Campinas, na sua cidade, em Minas Gerais, durante oito meses. Contou que tinha um grande amigo que se tornou traficante e usuário de crack. Quando este amigo foi preso, ela parou de usar crack imediatamente, ficando sem usar a droga por dois anos, sem nenhum tipo de tratamento. Não sabendo muito bem o que fazer da vida, Sozinha decidiu ir para Campinas, na casa de sua irmã, onde passa a ser assediada pelo próprio cunhado. Após uma tentativa de estupro, Senhorita Sozinha enxergou como única alternativa ir morar na rua, quando, então, voltou a usar crack regularmente. Após um ano na rua e com a saúde muito debilitada, buscou ajuda de uma tia que morava em Campinas, que a acolheu em sua casa. Nesse momento, ela foi levada imediatamente para o Hospital Municipal Mario Gate, onde foi internada para cuidados clínicos. Após alguns exames, foi diagnosticado um quadro de tuberculose.

O caso foi transferido para a ESF de referência, na qual ela iniciou o tratamento para tuberculose. Nesse momento, em que fomos acionados pela equipe, já fazia dois meses que ela não usava crack. Tirou-se um pouco a droga da centralidade das análises e discutiu-se o quanto a usuária tinha uma grande dificuldade de se autossustentar, sempre buscando um apoio afetivo e financeiro de algum familiar. Quando exploramos mais as impressões que a equipe tinha sobre a paciente, destacou-se o quanto Sozinha conseguia se desvencilhar da droga quando inserida num contexto em que o uso de drogas não se fazia presente, mesmo em se tratando do uso de crack. Isso trouxe à tona um fato aparentemente raro para a

equipe, de conhecer uma usuária que, por duas vezes na vida, parou de usar drogas, ficando um longo período abstinente, sem precisar ser internada ou de algum cuidado especial. Isso quebrava a imagem de que todo usuário de crack é um compulsivo incurável que precisa, necessariamente, de um cuidado especializado.

O mais interessante foi verificar que a equipe, apesar de estar diante de um caso mais tranquilo do que imaginava, estava mobilizada como se tratasse de um caso grave. Estava mais mobilizada com o fantasma ou a imagem construída de um usuário de crack do que com o caso em si. Eles estavam receosos com o momento em que a craqueira violenta se liberaria após a primeira recaída. Junto à equipe de saúde foi possível perceber como a macropolítica anti-drogas não se faz sem a micropolítica de mobilização de afetos que diminui a potência de ação, raciocínio e criação de estratégias. A equipe, mesmo permeada por este receio, seguia firme e cuidadosa no tratamento da tuberculose, principalmente a agente comunitária que fazia visitas diárias.

Nesse ponto, discutimos o potencial da atenção básica na organização da rede para usuários de drogas, pois ali se constituía um campo de prática clínica que permitia uma outra abordagem da experiência com o crack. O fato de ser um equipamento territorial confere à atenção básica o potencial de verificar “verdades” sobre o uso do crack e outras drogas que outros equipamentos não têm. A atenção básica permite desconstruir falsos diagnósticos produzidos pela superespecialização da atenção, uma vez que, sendo porta de entrada, uma escuta qualificada permite criar critérios clínicos que definam as situações em que se deve encaminhar um usuário para o atendimento especializado . (Starfield, 2000; Gérvas e Fernandez, 2005).

Os profissionais da atenção básica têm que desenvolver uma capacidade especial de distinguir situações que requerem a atuação de serviços especializados num contexto de baixa prevalência. O

vínculo terapêutico e o seguimento longitudinal da população adscrita, no decorrer dos anos, facilitam este diagnóstico. (...) Evidentemente, a alta rotatividade de profissionais e uma clientela adscrita excessivamente grande, dificultam a qualificação desta função. Porém, este fato não exclui a necessidade de desenvolvimento de uma competência clínica que precisa ser valorizada, juntamente com o vínculo e seguimento longitudinal. E tudo isto precisa estar acompanhado de um debate político e técnico com a sociedade, desde as comunidades adscritas de cada equipe de saúde. Só assim se pode evitar que a função de filtro se reduza a uma atividade burocrática de restrição de acesso a outros serviços de saúde, o que desmerece o SUS perante a população e aumenta o valor de mercado e a legitimidade social dos serviços privados (Cunha, 2010, pp. 34-35)

Como exercício reflexivo, criamos uma situação imaginária, porém não rara, segundo a qual, próximo à casa da tia em que ela foi acolhida não havia serviço de atenção básica. Sem o cuidado de uma ESF, dentro de um PTS, sem o cuidado diário da usuário no tratamento da tuberculose (TB), haveria uma grande possibilidade de que Sozinha voltasse a usar drogas. Vivendo com uma família religiosa que pedisse sua internação, ao chegar numa unidade asilar, a equipe deste serviço só teria a oportunidade de conhecer Sozinha na condição de um caso grave e desconheceria o longo momento em que, sem nenhum tratamento especial, ela ficou sem usar drogas.

Neste ponto, debatemos como o modo da rede se organizar tem uma influência direta sobre o próprio fenômeno com o qual se interage. Uma rede organizada a partir de centros asilares de longa duração produzirá uma verdade sobre a experiência com as drogas; uma rede organizada territorialmente com alta capacidade de acolhimento para esta demanda, produzirá outras verdades sobre esta mesma experiência. Neste caso, a atenção básica tem o potencial de se aproximar das experiências que ainda não se tornaram ou nunca vão se tornar graves. Na atenção básica, tem-se a oportunidade de interferir no

momento em que a experiência não se agravou ou mesmo acompanhar experiências em que o uso de drogas não é problema central para a vida da pessoa.

Ao se questionar sobre estas possibilidades e verdades sobre o uso de crack, produziu-se, na equipe, um imediato deslocamento. A equipe passou a se questionar se seria, dela, o papel de atender este tipo de demanda, trazendo à cena os “verdadeiros usuários de crack”, alegando que, se abrisse as portas, estes usuários chegariam e que, nestes casos, não teria capacidade de acolhê-los. O mais interessante foi ver como o caso de Sozinha tornou-se, a partir dali, um caso “leve e raro”, abrindo caminho para que outros fantasmas invadissem a cena.

Neste ponto, abordamos outro aspecto relevante deste caso, que apresenta o potencial da atenção básica quando se constrói um vínculo com a usuária em torno da demanda para tratamento da tuberculose. A partir de uma boa clínica em torno de uma demanda específica, foi possível criar um suporte que, num primeiro momento, não abordou a questão das drogas, abrindo condições para que a temática do uso de crack fosse trazida pela usuária. Além destes aspectos, a equipe pôde perceber como, por meio do cuidado diário da agente comunitária, das consultas com a psicóloga e das oficinas de arte com a terapeuta ocupacional, a ESF passou a oferecer um suporte muito potente para esta usuária e que este vínculo deveria ser fortalecido.

Este tipo de potencial latente exige a prática cotidiana de uma clínica ampliada e compartilhada, em que o usuário se sinta acolhido e confie no profissional ou equipe de referência. A abertura para a escuta sobre história de vida e para a dimensão existencial que atravessa toda demanda em saúde produz um potente encontro entre as perspectivas da redução de danos e da clínica ampliada. A redução de danos comparece como diretriz clínica fundamental neste tipo de situação, pois seria muito desastroso se, após criado um

vínculo de confiança, o usuário fosse moralmente julgado ao expor para seu profissional sua experiência com as drogas.

A equipe, ainda apresentando algumas resistências, entendeu que tinha os recursos necessários para acompanhar o caso e que não havia necessidade de encaminhamento para o CAPS AD. A atenção básica, por ser um serviço territorial, pôde captar a dinâmica do território, as variações e diversidade de experiências com as drogas. Além das experiências de uso compulsivo, apostar em ações que tenham maior proximidade com o território permite desconstruir paradigmas que buscam organizar os processos de cuidado de modo centralizador, pautados pela lógica do especialismo e da reserva de mercado. O potencial de articulação entre redutores de danos e ESF se dá pela possibilidade de acessar os usuários de drogas por outras vias que não aquela que os reduzem pura e simplesmente à condição de usuários de drogas. Este potencial fortalece a conexão da rede de saúde com os territórios existenciais.

A questão que o caso de Sozinha suscitou na equipe, sobre a possibilidade de acessar usuários de crack que não se enquadram no perfil de usuários compulsivos, foi ratificada por outro caso que evidenciou experiências de uso controlado de crack. Numa outra ESF, um caso gerava bastante interrogação na equipe. Era um caso de um carteiro do bairro com diabetes descompensada que, após uma investigação clínica mais profunda, descobriu-se que ele era, há anos, usuário de crack, mas que só usava aos finais de semana. Estas pessoas jamais entram para as estatísticas do crack e não sabemos, ao certo, o tamanho desta população, mas, quando se trabalha diretamente com população de rua, observa-se um inegável crescimento do uso de crack e, também, que a relação com o crack é muito diversa. Na experiência de campo, junto aos usuários de drogas, observamos algo próximo à pesquisa que indica o aumento de uso moderado de crack. Existem usuários que

fazem um uso muito frequente e que precisam estar, o tempo todo, à procura do crack, mas existem pessoas que usam crack de forma mais controlada.

Malheiros (2012), ao fazer uma etnografia dos usuários de crack em situação de rua, propôs uma diferenciação entre os usuários de crack compulsivos e os usuários de crack funcionais. Os usuários compulsivos são, na maioria das vezes, iniciantes e são conhecidos nos meios de uso como “sacizeiros”. Para estes usuários, o crack ocupa um lugar de centralidade na vida e eles fazem qualquer coisa para conseguir a droga. Nesta pesquisa, Malheiros (2012) acompanhou o cotidiano de usuários de crack “funcionais” cujo uso da droga não ocupa um lugar de centralidade. Eles se autodenominam “usuários”, pois já foram acessados por serviços de saúde e estratégias de redução de danos. São pessoas que fazem uso de crack, de oito a quinze anos, e têm uma relação com as drogas bem diferente daquela dos ditos “sacizeiros”. Os “usuários” trabalham e o uso de drogas cumpre uma função de lazer e de estimulante para o próprio trabalho. Eles fazem um uso em companhia mais seleta, evitam contato com “sacizeiros” e criam diversas modalidades de autocuidado para evitar efeitos indesejados das drogas. Sendo a principal estratégia o uso de maconha para contrabalancear os efeitos do crack, pois, por meio da maconha, eles voltam a ter apetite e sonolência. Quando percebem que o uso está se tornando demasiado, a maconha cumpre um papel de moderadora do uso de crack.

De acordo com Malheiros (2012), a maioria dos usuários de crack que fazem uso há longo tempo, mudam o padrão de uso e a forma de se relacionar com as drogas, sendo que um dos fatores que interferem no modo de uso deste grupo é o acompanhamento, por muitos anos, de agentes redutores de danos. Este estudo etnográfico corrobora a tese de que há, em curso, processos de autorregulação construídos em experiências de convívio coletivo de uso de drogas. (Zinberg, 1984 e Grund, 1993).

De acordo com Oliveira e Nappo (2008), as experiências de uso controlado de crack já são uma realidade em países em que o consumo da droga ocorre há mais tempo, como nos EUA, por exemplo; mas em cidades brasileiras, como São Paulo, somente onze anos após a primeira notícia sobre o uso de crack, que se começou a verificar o uso controlado entre cidadãos brasileiros. Oliveira e Nappo (2008), em seus estudos com usuários e ex-usuários de crack da cidade de São Paulo, encontraram, ainda que em uma minoria, indícios de manutenção de atividades diárias, tais como: trabalhar, praticar esportes, sair para dançar e usar casualmente o crack, de forma recreativa. Em todos os casos, o uso controlado ocorre com pessoas que passaram pelo uso compulsivo de crack.

Este estudo corrobora a pesquisa etnográfica realizada por Malheiros (2012) e os estudos de experiências internacionais que apontam para um processo de regulação do uso do crack após anos de experiência. (Grud 1993 e German, 2002). Enquanto Oliveira e Nappo (2008) apontam para um processo de autorregulação do uso de crack a partir de iniciativas que partem do próprio sujeito, Malheiros (2012) verifica que este processo de autorregulação é influenciado pelo encontro dos usuários com práticas de redução de danos e por passagens em serviços de saúde.

Na nossa pesquisa, não buscamos tirar nenhuma conclusão sobre os motivos que interferem no processo de regulação do uso de drogas, mas sim identificar esta população como uma realidade viva. O sentido de identificar a possibilidade do uso controlado de crack tem duas funções: i) a primeira é a de desconstruir uma verdade absoluta sobre o uso do crack e apontar novas verdades que estão se produzindo e que relativizam o poder da droga sobre a subjetividade e a vida; ii) a segunda é apontar o local provável para onde se encaminhariam esta nova população. Como não são usuários compulsivos, eles formam um público potencialmente acessível pela Atenção Básica.

A abertura para a diversidade de demandas, que só se faz dentro de uma lógica de redução de danos, aponta para a função estratégica que a articulação entre redutores de danos e ESF desempenha ao mobilizar novos afetos e novos saberes em outros serviços e equipamentos da rede de saúde. O que é muito difícil de ser realizado pelos redutores de danos, de modo isolado, torna-se mais fácil junto às ESFs. Esta articulação apresenta um potencial de desconstrução de verdades absolutas sobre o uso e tratamentos possíveis, ampliando a capacidade de resposta, sem recorrer, necessariamente, ao encaminhamento para serviços especializados.

Entretanto, o modo como a rede de saúde se organiza atualmente, com i) baixa capacidade de articulação territorial; ii) tendência de discriminação do usuário de drogas, inclusive nos serviços de atenção básica; iii) organização do cuidado a partir de encaminhamentos para centros especializados, gerando centralização do cuidado; impede que esta dimensão da experiência com as drogas seja acompanhada e explorada como realidade para reorganização da rede de atenção. Fica-se somente com a experiência-fantasia do crack como um problema em si, aterrorizante e impossível de ser resolvido fora de uma lógica asilar. A rede se coloca alheia aos movimentos do território, supondo que a realidade que se passa da porta para dentro dos serviços é o suficiente para se avaliar a dinâmica do fenômeno abordado. A rede de saúde perde a porosidade que permite o encontro com o inusitado e com a variação de qualquer processo saúde-doença. Evita-se, desta forma, estar em relação e acompanhar experiências vivas que desafiam nossos saberes e que forcem a reinvenção de lugares e funções na rede de atenção.

Tratam-se de experiências minoritárias da rede de Campinas - SP que têm a qualidade intensiva de criação de novos possíveis ante a complexidade do problema. Complexo justamente porque não pode ser pautado por uma lógica que captura o usuário de

drogas dentro de um padrão universalmente válido e imutável. Não há, aqui, uma solução mágica ou uma fórmula válida para qualquer contexto, mas sim a expressão de novos possíveis que se fazem em meio e contrário aos movimentos de sucateamento da saúde pública. Os novos mundos possíveis que emergem nos territórios existenciais indicam que existe a possibilidade de novos modos de organização do processo de trabalho sensível e atenta aos movimentos dos territórios.

6.7.3) Atenção básica e redução de danos: ação de saúde coletiva no território

Nos outros dois casos, exploramos diferentes modalidades de uso (especialmente de crack) e o modo como a rede pode se organizar a partir da articulação entre atenção básica e redutores de danos. No caso do C.S. Vila Rica, buscaremos explorar a ação de diferentes profissionais de saúde junto com os redutores de danos nos territórios de convivência de usuários de drogas em situação de rua. O vetor dominante de acesso que funciona num único sentido, do usuário ao profissional, é invertido.

Raramente propõe-se acesso a partir do caminho inverso, das equipes em direção aos territórios. Isso insere uma singularidade da rede álcool e outras drogas em relação à saúde mental como um todo. Pois, ao contrário dos CAPS (I, II e III), os CAPS AD apresentam uma possibilidade institucional, mesmo que frágil, de contratação de agentes que têm por objetivo e foco de trabalho a atuação na rua. Com isso, ampliam-se as possibilidades de se desestabilizar os profissionais de lugares de saber-poder e se aventurar em novos espaços de produção de saúde. A ação de profissionais fora dos espaços dos estabelecimentos de saúde aponta para a construção de uma outra clínica, uma clínica que se faz a céu aberto, em meio às realidades concretas em que a relação sujeito-drogas se expressa na sua dimensão coletiva e social.

Por mais que a ação de articulação dos redutores de danos com as ESFs e equipes do CAPS AD gerem a ampliação do acesso, as demandas territoriais indicam a necessidade de articulação de diferentes atores, com diferentes saberes, em torno de ações coletivas. Os redutores de danos verificam, diariamente, a necessidade de tratamento para os mais variados problemas, mas também identificam que, em determinados territórios, há maior prevalência de determinadas doenças que exigem um olhar específico. Além de acompanharem alguns usuários até os serviços de saúde (ESF, CAPS AD, CR-DST/AIDS – os mais frequentes), o volume da demanda e o tempo de construção de vínculo exigem que, além do acompanhamento, sejam feitas ações *in loco*, de acordo com a especificidade de cada território.

Este tipo de necessidade de saúde é um importante analisador dos modos como as práticas clínicas se institucionalizam, de forma cristalizada, em lugares de saber-poder que criam identidades resistentes às necessidades em saúde. Logo, a ação na rua passa a ser identificada ou ao agente comunitário de saúde (para a atenção básica), ou ao redutor de danos (para os CAPS AD e CR-DST/AIDS), ou ainda às ações de vigilância, sendo a clínica reservada aos espaços protegidos dos estabelecimentos de saúde.

Para as ESFs, o território reduz-se a ações em domicílio, sendo a rua um lugar de passagem. A rua passa a ser identificada a um lugar da ação pouco qualificada, reservado aos que não tem diploma. Há uma tendência, nas ESFs, a se identificar a ações dos redutores de danos a de um mero encaminhador, como se não houvesse uma clínica que se produz na rua. A articulação proposta pelos redutores de danos indica a necessidade de cuidado com os territórios existenciais, de tal modo que a rua, os becos, os mocós na beira de trilhos de trem tornem-se campos de ação multiprofissional. Cria-se o desafio de uma proposta atenta

à singularidade trazida pela clínica articulada com ações de aporte mais coletivo, sem cair numa lógica programática ou intervencionista.

No caso acompanhado, os redutores de danos se colocaram como uma oferta para o C.S. em torno de dois problemas epidemiológicos do território de adscrição: aumento da incidência de gravidez e de casos de sífilis entre jovens usuárias de crack. A proposta dos redutores foi ofertar um conhecimento sobre o território, os locais onde vive grande parte desta população-alvo e métodos de aproximação e construção de vínculo para que a ESF pudesse apresentar novas ofertas para esta população. Inicialmente, este trabalho mobilizava somente uma enfermeira que prontamente se solidarizou e começou a visitar os campos de ação dos redutores de danos, privilegiando os encontros com a população vulnerável aos problemas diagnosticados: mulheres jovens em situação de rua.

A gravidez indesejada entre jovens usuárias de crack é um problema que vem mobilizando a sociedade em torno de medidas autoritárias por não conseguir vislumbrar uma linha de negociação possível com essa realidade. Para iniciar esta ação, os redutores de danos implementaram um intenso processo de educação em saúde com as jovens usuárias (muitas, já mães e gestantes) sobre a necessidade de prevenção e cuidado em relação à gravidez indesejada e sobre a importância do acompanhamento pré-natal. A partir desta preparação, a enfermeira passou a participar de uma agenda mensal de visitas aos territórios de uso e convívio de usuários, diagnosticando casos de sífilis e oferecendo tratamento *in loco*. Além disso, a enfermeira passou a aplicar injeção anticoncepcional nas jovens meninas de rua, que passaram a ter uma ficha de acompanhamento tanto para o tratamento de sífilis quanto para as doses de anticoncepcional. Após este movimento inicial, organizou-se um dia para que outros profissionais da ESF fossem ao território. Este movimento mobilizou o território e a equipe de saúde. Foi organizada uma tenda em que,

além da enfermeira, médico, agente de saúde e redutores de danos se integraram no movimento de levar informação à população. Além do atendimento na tenda, foi realizada uma caminhada pelo território, fazendo abordagens conjuntas e orientação para a necessidade de prevenção.

Os redutores de danos sentiram-se muito amparados nesta experiência para atender parte das necessidades no próprio território, saindo de um isolamento que, invariavelmente, enfraquece sua ação. A própria possibilidade do exercício de uma clínica ampliada depende da rede de suporte em que o redutor de danos se insere. Acompanhando os redutores de danos nas idas a campo, percebi que, nos locais em que havia uma retaguarda das ESFs, a abordagem era mais ampliada, havendo uma abertura maior para acolhimento das queixas e, nos locais em que não havia articulação com as ESFs, a ação tendia a ser mais pontual, com pouca possibilidade de abertura para problemas que eles, sozinhos, não podiam responder. Opera-se, nestes casos, a lógica do encaminhamento a partir da indicação de qual serviço deve ser procurado, não ocorrendo a corresponsabilização e o acompanhamento do usuário até o serviço de saúde.

Inserir agentes de saúde, de modo isolado, em territórios existenciais complexos, sem garantir uma rede de suporte, é criar as condições necessárias para que as ações se tornem prescritivas e normativas. Esse risco comparece no trabalho dos redutores de danos. Isolamento, frustração e desvalorização ante um contexto muito árduo resultam em ações automáticas e pouco reflexivas. Os gestores relatam que houve situações em que os redutores de danos distribuíam camisinhas e insumos de modo automático.

A ação na rua tende a se qualificar quando articulada em rede, com entrada de profissionais que atuam de diferentes lugares. A diferença de lugares e de saber-poder

criam diferentes perspectivas sobre o problema. O compartilhamento destes saberes e posições gera movimentos de mudanças entre os diferentes atores envolvidos.

6.8) Considerações sobre apoio matricial e redução de danos

Uma clínica da redução de danos eleva a inclusão da experiência com as drogas à sua dimensão territorial. Inaugura-se o desafio de mobilização da rede para a construção de um seguimento clínico em que a experiência territorial esteja também presente. Isso exige a construção de arranjos e estratégias que garantam um suporte para as ESFs. Os diferentes casos analisados indicam possibilidades diferenciadas de se propor articulação entre saúde mental, atenção básica e diferentes modalidades de apoio matricial (Campos, 1999; Campos e Domiti, 2007). De acordo com estes autores, o apoio matricial é uma ferramenta para se evitar a superespecialização das ações em saúde pautada por encaminhamentos com baixa corresponsabilização, possibilitando um compartilhamento de conhecimentos e responsabilidades entre especialistas e generalistas.

Estudos sobre a rede de campinas indicam algumas dificuldades para a corresponsabilização da rede básica pelo cuidado de problemas de saúde mental, dentre eles, a rotatividade de profissionais e o despreparo para lidar com as questões subjetivas dos usuários de saúde mental, que conduz a um processo de medicamentação dos usuários de saúde mental na atenção básica (Figueiredo e Onocko Campos, 2009 e Onocko Campos et. al, 2012). Observa-se, nas experiências de apoio matricial, o aumento da capacidade para lidar com os casos de saúde mental, embora modalidades de encaminhamento continuem a ocorrer. No acompanhamento da rede a&d, observou-se os desafios do apoio matricial e, ao mesmo tempo, as novas possibilidades de matriciamento propostas pelos redutores de danos.

Em algum momento, no CAPS, a gente chegou a discutir isso de uma forma muito específica, tanto que a gente reorganizou todas as referências e as duas equipes de referência do CAPS nós dividimos por C.S. Então, a equipe um ficava com a leste, a equipe dois com norte e noroeste e aí foi redistribuído por C.S., para facilitar o matriciamento. Porém, chegou a acontecer, sim, de ter encontros com o C.S., mais especificamente, no Costa e Silva, que fica na região leste. Porém, a gente ficou esperando muito uma demanda do C.S. A gente vai muito fazer o matriciamento de acordo com a demanda do C.S., então, acontece, mas começou a acontecer não da forma que a gente esperou (grupo focal trabalhadores CAPS AD).

Uma das principais questões ocorre pela expectativa que a proposta de apoio matricial gera sobre os sujeitos matriciadores. Por mais que os profissionais dos CAPS AD possuam uma maior apropriação da clínica a&d, não necessariamente isso se reverte num conhecimento prático de como isso deve ocorrer na atenção básica, pois trata-se de uma modalidade de cuidado a ser construída, exigindo a alteração de processos de trabalho que interferem nos modos de gestão e subjetividade dos profissionais da rede básica. Em muitas situações, em função do recente movimento de implementação de CAPS AD, se configuram equipes com menos experiência de rede pública do que das equipes de atenção básica. Esses fatores indicam que, no encontro entre equipes de saúde mental e equipes de atenção básica, opera-se um apoio, à base de trocas, segundo o qual só é possível saber quem matricia quem a partir do próprio encontro. Isso permite equivocadamente a posição de que o apoio matricial trará respostas e soluções para as equipes apoiadas, o que desvirtua o próprio sentido do conceito.

Na pesquisa sobre apoio matricial das equipes de saúde mental para as equipes da atenção básica, Figueiredo e Onocko Campos (2012) descrevem que, para algumas equipes, o apoio matricial “deu certo” quando os apoiadores assumiram o caso para si e “não deu certo” quando o apoio tentou criar, de forma conjunta, as soluções para o caso ou situação

analisada. O encontro entre equipes especialistas e generalistas deve pressupor, como metodologia de articulação, o apoio, mas, em algumas situações, deve-se operar com a delicadeza de definir, de antemão, aquele que apoia e aquele que é apoiado.

Em certas situações, definir esta função de antemão é expor profissionais a um exercício para o qual eles não estão preparados. Logo, propor rodas de conversa, discussão de caso e trocas de experiências pode ser um modo de gerar articulação em que a função de apoio e a de matriciamento não estejam localizadas, previamente, no grupo de especialistas. Neste sentido, por exemplo, pode-se muito bem propor que profissionais da rede básica tragam à cena o contexto do território, o que faz emergir a dimensão existencial de problemas que, em alguns casos, se encontram distante das realidades dos CAPS AD. Onocko Campos & Gama (2010) enfatizam os fatores que dificultam o exercício do apoio matricial, dentre eles, a formação de profissionais, tanto da atenção básica, quanto da saúde mental para operarem numa lógica de atenção não individualizada e elitizada. É provável que a dificuldade de articulação entre CAPS AD e ESF, relatada pelos trabalhadores dos CAPS AD, seja um indicativo do movimento de institucionalização do apoio matricial, que tende a colocá-lo não como uma metodologia possível, mas sim como uma das principais estratégias de articulação. Este tipo de questionamento exige estudos mais específicos, diante dos quais nos limitamos a expor algumas hipóteses com o intuito de não transformar o apoio matricial numa prescrição e apostar em outras formas de articulação que possam, ao longo do processo, acionar a função de apoio matricial.

Dentro desta perspectiva, a inserção, na rede, da dimensão experiencial do uso de drogas na sua expressão territorial põe os redutores de danos, a um só tempo, como distribuidores e demandantes de apoio matricial, por parte dos gestores e diversos trabalhadores. Para o desenvolvimento desta proposta, os redutores de danos buscaram, ao

longo do acompanhamento da pesquisa, sair de uma posição de quem só demanda, para uma de quem também tem o que ofertar para as equipes e para a rede. Apresentar-se como referência para os casos de usuários em situação de rua, cria, para as equipes, um suporte ante um mundo desconhecido e, aparentemente, hostil e violento.

Pautar uma clínica da experiência de a&d insere o apoio matricial como uma função exercida entre os diferentes atores envolvidos, uma vez que todos possuem saberes e experiências para serem compartilhadas. Dentre este leque de saberes, incluem-se também os saberes desenvolvidos pelos usuários sobre as suas próprias histórias e uso de drogas. Para criar redes territoriais de cooperação, a clínica precisa não se basear, exclusivamente, nos padrões e frequências de uso, mas sim nos sentidos e afetos que envolvem as experiências com as drogas.

6.9) Modos e modelos de internação na perspectiva da redução de danos

Na rede de Campinas - SP coexistem três modalidades de atendimento que permitem afastar o usuário do convívio com as drogas, que correspondem a diferentes modelos de internação. Embora sejam diferentes modelos de atenção, as internações ocupam uma função de ser retaguarda de projetos terapêuticos coordenados pelos CAPS AD. Os trabalhadores do CAPS AD enfatizaram que o modelo da atenção não é pautado pela internação, sendo esta mais um dentre outros recursos. A rede Campinas – SP conta com um núcleo de retaguarda do Hospital Psiquiátrico Cândido Ferreira – Núcleo de Atendimento à Dependência Química (NADeQ) com dez leitos específicos para álcool e outras drogas; a enfermaria de saúde mental no Hospital Geral Ouro Verde com vinte leitos (não exclusivos para álcool e outras drogas); e o leito-noite em um CAPS AD III (24h) com

oito leitos. Neste sentido, o núcleo de retaguarda NADeQ serve como leito-noite para os outros dois CAPS AD do município.

Embora sejam modelos, *a priori*, distintos, os modos de gestão do cuidado indicam diferentes modalidades de internação. Não obstante internação seja um nome genérico, na prática, observa-se uma diferença entre internação e utilização de leito-noite. Na maioria das vezes, a rede de CAPS AD utiliza os leitos-noites por um período que pode variar de um dia até uma semana. Raramente os leitos noturnos ficam ocupados por mais tempo do que uma semana. As internações feitas no Hospital Ouro Verde se caracterizam como internações breves com média de permanência de quinze dias.

Na nossa análise, nos limitaremos a destacar os sentidos apresentados pelos sujeitos da pesquisa, sem entrar numa avaliação do modo de organização interno destes serviços. Privilegiamos a relação que o CAPS AD mantém com estes serviços, no intuito de destacar a função da internação nos projetos terapêuticos singulares, os critérios utilizados para solicitar uma internação e como a redução de danos comparece nesta articulação.

Quando os trabalhadores discutiram os motivos que os levam ao pedido de internação, e os modos como isso é feito, não compareceu uma diferenciação entre os modelos de Hospital Psiquiátrico e Hospital Geral. Focaram, primeiro, nos movimentos internos que geram o pedido de internação para, depois, fazer uma diferenciação entre os dois modelos. Os trabalhadores dos CAPS AD destacaram que um dos principais motivos para pedido de internação é a demanda da própria equipe por avaliação de casos graves de comorbidade.

Uma razão é a necessidade de internação para elucidar um pouco o diagnóstico. A gente tem pensado bastante nas internações quando existe uma comorbidade, alguma outra doença mental associada. Por exemplo, alguns pacientes a gente tem optado pela internação porque a pessoa está muito delirante, está se colocando muito em

risco, por conta das questões da doença mental e nem tanto do uso, mas as coisas, em algum momento, se misturam e aí a pessoa se coloca muito em risco. Algumas das nossas internações também vão por esse caminho, para a pessoa dar uma estabilizada e aí a gente conseguir acessar ela melhor no tratamento (narrativa GF trabalhadores CAPS AD).

Destaca-se, neste trecho, que a internação serve para elucidar o diagnóstico, pois, uma vez abstinente, é possível avaliar melhor como evolui o quadro de delírios. Outro motivo é a necessidade de proteger o usuário de momentos de crise em que ele se põe em risco. Em relação a isso, alguns profissionais questionam:

O usuário, às vezes, está correndo algum risco e a gente tenta, acaba agindo no sentido de livrá-lo desse risco. Mas qual é o limite? Precisa de alguém de fora para lembrar que a gente não pode resolver tudo pela pessoa, que a gente precisa considerar também o desejo dessa pessoa. Não só o nosso desejo enquanto serviço de saúde, mas, às vezes, a gente entra nessa questão de querer salvar, mas salvar do quê? Salvar para quê? (narrativa GF trabalhadores CAPS AD).

A internação pode ser utilizada como uma válvula de escape da angústia da equipe ante uma situação de risco. A internação é também vista como um momento de estabilização do usuário para que seja possível acessá-lo e, deste modo, dar início ao tratamento. Neste momento, algumas articulações se tornam mais possíveis, como uma aproximação com os familiares, que fazem visitas no momento da internação. Citando um caso específico, a aproximação com os familiares se deu por meio de uma visita domiciliar articulada com o C.S.. Além das funções citadas no trecho anterior, a internação tem uma função para “pacientes muito debilitados clinicamente que precisam dessa intervenção momentânea para melhorar de questões clínicas, não necessariamente psiquiátricas.” (narrativa GF Gestores)

Outra questão apresentada pelo grupo e que gerou dissenso foi o modo de incluir a internação no projeto terapêutico singular. Para alguns, a internação é o ultimo recurso, enquanto outros questionam esta posição. Entendem que a internação deve ser vista como um recurso a mais, sem, necessariamente, ser colocada como a última alternativa. De acordo com esta posição, fazer da internação a última alternativa é um modo de reforçar a expectativa de que a internação vai salvar o usuário.

Por um lado, a sociedade e a família supervalorizam a internação. Mas, por outro, nós temos a tendência a desvalorizá-la, como se fosse o último dos últimos recursos, que nada mais valeu e aí a gente vai utilizar da internação. Parece que a gente não tem um leque de opções, de recursos a serem utilizados, e a gente compõem de acordo com as necessidades de cada caso e não como falência de recursos. Temos um monte de outros recursos, não deu certo, então eu vou para a internação. Será que não seria o momento da gente estar revendo como a gente está conduzindo os casos? Não desconsiderar a internação, a internação é um recurso escolhido, depende do caso. E, às vezes, não é pelo caso que a gente toma essa decisão e sim pela falência dos outros recursos. E quando a gente utiliza a internação como último recurso, ela acaba operando na lógica da salvação. (narrativa GF trabalhadores CAPS AD)

O modo de se pensar, propor e articular a internação como uma estratégia do PTS trouxe à cena a forma como a redução de danos e a abstinência comparecem nesta formulação. Uma posição entende que a internação é uma medida para se alcançar a abstinência, mas que os fracassos em torno deste objetivo geram uma frustração na equipe, que passa a se contentar com a redução de danos. Para a maioria dos sujeitos, a internação é entendida como uma medida de redução de danos. Embora o paciente tenha uma suspensão do uso durante o período de internação, o objetivo não é, necessariamente, em torno da expectativa de alcançar a abstinência.

Em alguns casos, a internação é utilizada como estratégia de redução de danos. Pois existem situações em que o paciente está se colocando em risco social e em risco pelo excesso de uso. Nestes

casos, em que o usuário caminha para a morte, a internação entra como uma medida de proteção à vida desse sujeito e de outros que ele venha a colocar em risco. Não esperando, necessariamente, que, após a alta, ele permaneça abstinente. Mas se, naquele momento, a internação é uma medida de proteção, então é uma estratégia de RD. (narrativa GF trabalhadores CAPS AD).

Os diferentes atores demarcaram distinções entre os modelos e modo de articulação com os dois serviços e destacaram vantagens e desvantagens, sem definir preferências por um dos modelos. Esta avaliação foi trazida, principalmente, pelos gestores.

O Ouro Verde foi um ganho pro município... à medida que você desconstrói essa visão muito especializada. Embora seja uma enfermaria de saúde mental, fica dentro de um hospital. São dez leitos financiados para usuários de álcool e drogas, e a opção foi em ampliar, para ser uma enfermaria em saúde mental. Isso é importante dizer também. E tem uma perspectiva mais de cuidado clínico. O ouro verde é um pouco meio termo. Introduz-se essa problematização AD, dentro do espaço hospitalar, que não é hospital psiquiátrico. E tem a internação no Cândido Ferreira, que é, por mais que a gente tenha caminhado na proposta da humanização, do cuidado etc. e tal, uma internação dentro do contexto do hospital psiquiátrico, são leitos psiquiátricos. (narrativa GF gestores).

De acordo com os gestores, a negociação com o Hospital Psiquiátrico é mais flexível do que com o Hospital Geral. Além de destacarem que são modelos distintos, apontam para os diferentes modos de articulação. Na retaguarda do Cândido Ferreira, o usuário pode frequentar as atividades do CAPS AD durante o dia, funcionando como sistema semiaberto. Enquanto na enfermaria do Hospital Ouro Verde o usuário não pode sair da internação para as atividades do CAPS AD.

O ganho que a rede tem no Cândido, e isso surge no discurso dos usuários, está na forma de conduzir os casos com a equipe do CAPS AD, na interlocução com os serviços. Existe uma possibilidade um pouco maior de interlocução, de alargamento nas práticas com o Cândido. Então é possível negociar o tempo de permanência. No Ouro Verde, bateu os dias do tempo de internação, existe uma tensão, uma proposta de dar alta. E aí, cadê o projeto terapêutico

singular? Fica pautado numa proposta mais quadrada de contrato. No ouro verde, por exemplo, se eu interno lá e eu fumo... é imperativo, não pode fumar! Então vai ter uma terapêutica, pra parar o tabagismo, repressiva... então isso faz diferença no jeito de olhar, os usuários pra essa forma de cuidar (narrativa GF gestores).

Esta visão é questionada, pois alguns gestores se perguntam se esta negociação é uma flexibilidade em torno do projeto ou diz respeito a uma tendência maior do Hospital Psiquiátrico de tutelar, de institucionalizar, e, desta forma, garantir tempos mais longos de internação. De acordo com alguns gestores, esta flexibilidade poderia ser um sintoma da rede, em que a necessidade da equipe de afastar um usuário problemático e a tendência de institucionalizá-lo se encontram e se agenciam. Neste sentido, comparece outra avaliação, a de que a dureza do Hospital Ouro Verde é, por outro lado, uma maior cobrança desta instituição pela corresponsabilização do cuidado durante a internação e na preparação para a alta. No Hospital Ouro Verde, por ser uma proposta de breve duração, a internação cumpre uma função de retaguarda, há uma maior pressão para que a avaliação do caso e a alta sejam compartilhadas, desde a chegada, a permanência e a saída do usuário.

Então, cria aquela possibilidade – “eu acho que eu quero ficar mais um pouco, aí vai ficar mais noventa dias. E para as equipes é aquela relação – “internou? Beijinho, a gente conversa daqui a três semanas”. O Cândido dá essa abertura. O Ouro Verde não, meu bem. Internou no Ouro verde? Ta certo! No outro dia, o telefoninho – “quem é que da equipe vai vir aqui pra discutir o caso junto?!” Então o Ouro Verde bota o serviço para pensar logo (narrativa GF gestores).

Quando se trata de internação propriamente dita, e não apenas de utilização do leito-noite, a proposta do Hospital Psiquiátrico tenderia a uma maior institucionalização dos usuários do que nas internações do Hospital Geral. Durante a discussão, principalmente entre os gestores, notamos uma sutil divergência política entre os modelos propostos com

gestão direta da prefeitura e os modelos propostos em cogestão entre a Prefeitura Municipal de Saúde e o Hospital Cândido Ferreira⁴⁹. Como a pesquisa não pôs em foco as divergências políticas e históricas produzidas em torno deste contrato de cogestão, não abordaremos esta questão em profundidade. Nos limitaremos a trazer apontamentos que expressam as diferenças entre os modelos. Esta divergência política interfere na gestão dos leitos e no modo como eles são regulados.

Outro problema é a questão das vagas, porque, no Cândido Ferreira, você tem uma estrutura, uma relação com a central de regulação, você tem 10 leitos pra AD. No Ouro Verde é tudo no mesmo bolo (*não há um numero de leitos específicos para usuários de álcool e outras drogas*), então, também quando a gente identifica uma necessidade de internar, não é sempre que tem no Ouro Verde. Porque tem uma relação histórica, que alguns serviços que são gerenciados mais diretamente pela prefeitura não internam no Cândido, então, sempre que a gente tenta internar no Ouro Verde, os casos que estão lá são de outras questões que não necessariamente do uso de substâncias. Então, tem essa tendência de acabar indo pro Cândido, por que, assim, nessa relação com a regulação, você tem dez leitos específicos pra álcool e outras drogas (narrativa GF gestores [grifo do autor]).

Com a implantação dos leitos-noite em álcool e outras drogas (CAPS AD III - 24h), os gestores puseram-se a analisar qual o sentido de internar, seja no Cândido ou no Ouro Verde, uma vez que, desde então, e isso é uma tendência, há a possibilidade de utilização dos leitos-noite A&OD dos CAPS AD. Para os gestores, embora sejam raros os pedidos de internação, e que estejam diminuindo, os pedidos continuam a acontecer em função do desgaste da equipe. No leito-noite do CAPS AD III (24h), o cuidado segue sob responsabilidade da equipe do CAPS AD, ainda que ela tenha sido ampliada. Para alguns gestores, este aspecto não pode ser desconsiderado, e fazer a gestão das internações implica

⁴⁹ CândidoCândido Ferreira é uma instituição sem fins lucrativos que tem convênio em cogestão com a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, administrando diversos serviços da rede de saúde mental deste município. (<http://www.Cândido.org.br/content/blogcategory/14/44/>)

acolher a situação da equipe perante o caso, negociar mais com o Hospital Ouro Verde e não permitir que as internações no Hospital Psiquiátrico sejam longas demais. Eles avaliam que esta gestão está sendo mais definida pelo modo como os serviços de retaguarda funcionam do que pelo manejo do caso.

Mas essas escolhas tem que ser pautadas no caso. Se a gente quer um espaço, e na construção do PTS o paciente também quer parar de fumar, então olha que interessante, lá do Ouro Verde, ele também vai conseguir iniciar esse acompanhamento. A gente identifica que é um caso de comorbidade, onde o paciente está em uma franca crise, e um espaço mais aberto é interessante. Seria muito rico, mas a gente ainda não consegue fazer isso. Mas essas diferenças são boas, compõem (narrativa GF gestores).

Em relação à utilização do leito-noite, no próprio CAPS AD, os gestores apontam que é um equipamento novo e que ainda não existem critérios muito claros de ocupação. Há um consenso que este equipamento é um avanço, pois os leitos-noite permitem que a equipe acompanhe o usuário durante o período de afastamento do convívio social. Assim, a equipe pode intervir mais de perto, avaliando os efeitos desta estratégia no cotidiano. Avaliam que a rede de CAPS AD é a que menos interna e que as internações têm diminuído bastante.

Um ponto de grande contradição é o CAPS AD III (24h) e o Hospital Ouro Verde serem instituição que se propõem “livres de tabaco”. Isso impede que os usuários fumem cigarro durante a utilização do leito-noite e no período de internação, sendo este veto apontado como algo difícil de ser manejado. Os gestores consideram haver uma contradição com a direção da redução de danos, pois essa regra não é passível de negociação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os caminhos que até aqui traçamos são parcialidades feitas de recortes, afetos e intensões. De modo amplo, avaliamos que há, em curso, um forte retrocesso das políticas de drogas no Brasil, criando um caminho na contramão de diversos países do mundo em que a mudança da política proibicionista anda a passos largos. Nos encontramos diante do risco das políticas de saúde serem pautadas pela lógica mercantilista e autoritária em que a má utilização do recurso público implicaria em sérios prejuízos para a saúde da população brasileira e para os cofres públicos. A inversão de prioridades a partir da mobilização da opinião pública pelos formadores de opinião em massa acaba por reproduzir iniquidades e concentração de recursos em agendas específicas em detrimento de outras. Além disso, opera-se, no campo macropolítico, um discurso que reforça um modelo de atenção centrado na demanda por internação (voluntária, involuntária e compulsória) que gera baixa eficácia e iatrogenia.

O inevitável fracasso deste modelo necessita de acompanhamento, pesquisas e divulgação dos efeitos gerados pelas decisões tomadas neste momento da política brasileira. Infelizmente, em alguns municípios, serão inevitáveis os efeitos sinistros destas medidas. Se, para usuários que desejam parar de usar drogas, alcançar a abstinência já é algo muito difícil, não precisa ser *expert* para supor que, nos casos em que não se deseja parar de usar, a utilização da força, como medida em massa, não trará resultados expressivos. Além de não alcançar os resultados explicitamente expostos, todo o processo institucional que envolve tais medidas cria uma esfera em que as liberdades individuais e o respeito aos direitos humanos são desconsiderados em nome de um suposto bem maior.

Convivemos num contexto histórico e político no qual os rumos da sociedade brasileira apontam para o risco de que o aumento de poder de consumo de uma parcela

maior da sociedade não venha acompanhado de uma superação de uma subjetividade reacionária e elitista. Quanto mais enriquecemos, mais temos que nos proteger das mazelas que põem em risco a propriedade e o progresso da família brasileira. Temos que acompanhar e se articular aos movimentos sociais contrários a estas posições para aumentar a capacidade de reação e inversão de uma tendência nacional.

O atual contexto é marcado pela incorporação de novos equipamentos de saúde que operam a partir da lógica substitutiva e territorial de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, que possibilitam criar estratégias que resistam à tendência macropolítica. Entretanto, pudemos observar que a aliança entre bancada religiosa, justiça, corporação médica, mídia e o núcleo familiar formam um bloco duro que imprime forte pressão sobre a rede substitutiva. Neste sentido, a politização do debate entre profissionais, gestores e usuários é uma estratégia vital para que a agenda em saúde não se torne tecnicista.

Quanto aos limites da pesquisa, entendemos que uma composição de métodos permitiu lançar luz sobre algumas questões que necessitam ser mais trabalhadas. No campo teórico, um estudo mais detalhado sobre as histórias das drogas, certamente, pode contribuir com elementos que possibilitem dar mais consistência ao método. No campo empírico, a avaliação dos movimentos atuais necessita de uma abordagem mais próxima de algumas dimensões que compõem a rede de saúde: destacamos a importância de avaliar mais diretamente a atenção básica, os familiares e os territórios existenciais envolvidos. Acreditamos que um acompanhamento mais próximo a estas três instâncias permitirá tirar conclusões que avançam em relação ao que foi produzido até aqui. Além disso, avaliar os movimentos de aproximação entre dois pontos extremos da rede de saúde também pode ser uma chave de análise potente: avaliar as articulações em curso entre instituições asilares e consultoria na rua.

O dispositivo “drogas” nos possibilitou olhar o SUS tanto de dentro quanto de fora. As políticas de drogas, por constituírem um campo mais extenso que a saúde pública, possibilitou que olhássemos os dilemas do SUS a partir de categorias de análise externas ao próprio SUS. Ao mesmo tempo, o SUS oferta lentes para que possamos, a partir do lugar da saúde coletiva, olhar e indicar novos horizontes para as políticas de drogas.

O habito militante de analisar o SUS a partir das categorias que ele mesmo oferta acaba por produzir uma análise pautada pelos princípios, normas e diretrizes do próprio sistema. Neste sentido, tudo que foge ou contraria estes princípios e diretrizes passa a ser entendido como movimento contra o SUS ou que não pertencem ao SUS. Cria-se um jogo de pertence e não-pertence como se o SUS fosse um conjunto uniforme. Defender o SUS é também analisar suas contradições. E avaliar estas contradições implica avaliar tanto o que se atualiza quanto o que não se atualiza no SUS como dilemas integrados ao próprio sistema. Do contrário, ficaríamos rebatendo as contradições sobre uma imagem ideal do SUS, aquela que impulsionou um movimento constituinte. Existe um SUS ideal, constituído legalmente, e um SUS feito de práticas concretas. É neste ultimo que convivem as maiores contradições e ambiguidades do próprio sistema. Ao olharmos o SUS a partir do amplo contexto das drogas, verificamos que existem muitas brechas no próprio sistema, por meio das quais é possível empreender movimentos de poder que contrariam seus próprios princípios. Além disso, existem muitos movimentos potentes que levam os princípios e diretrizes em direções pouco exploradas.

Para concluir, entendemos que há, em jogo, por um lado, movimentos que querem afirmar o SUS como obra mal acabada e, por outro, movimentos que defendem o SUS como obra aberta. O SUS do mundo concreto é, portanto, um movimento atravessado por diversas linhas que precisam ser cartografadas constantemente. Insere-se, assim, o desafio

de manter vivo um poder constituinte em meio às contradições constituídas. Assim propomos a defesa de um quarto sentido de SUS, o SUS utópico. Defender o SUS como uma obra aberta implica ativar forças constituintes de um SUS utopia. Assim, distingue-se um SUS utopia de um SUS ideal. Neste sentido, a utopia nos impulsiona para o futuro. Analisar o SUS a partir de um ideal não alcançado nos conduz ao não reconhecimento dos movimentos além SUS como parte deste projeto. Manter o sonho vivo nos impulsiona para frente em meio às contradições na busca por novas militâncias. Marcha da Maconha, Marcha das Vadias, Movimento Anti-proibicionista, Defesa do Direito ao Aborto, Direito ao Casamento Gay são expressões de uma nova militância que muitas vezes não são reconhecidas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica. Certamente o tema das drogas se encontra na margem do SUS e nos mobiliza para que o próprio movimento da Reforma Sanitária amplie suas frentes de articulação. Seguimos convictos de que há em curso a construção de novos horizontes utópicos para o SUS.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, J. E PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In *Pistas do método da cartografia*. Passos et al. (orgs.). Sulinas. Porto Alegre. 2009, pp. 131-149

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, T. *Almanaque das drogas: um guia informal para um debate racional*. São Paulo, Editora Leya, 2012

ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. Editora Atlas, São Paulo, 2009.

BAHIA, L. – As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. Ver. *Ciência e Saúde Coletiva*, V.3, nº15, set-out, 2008

BARROS, L.P. E KASTRUP,V. – Cartografar é acompanhar processos. In *Pistas do método da cartografia*. Passos et al. (orgs.). Sulinas. Porto Alegre. 2009, pp. 52-75.

BASTOS, F. I. Redução de Danos e Saúde Coletiva: Reflexões a propósito das experiências internacional e brasileira. In Cristiane Sampaio e Marcelo Campos (org.). *Drogas, dignidade e inclusão social. A lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro: ABORDA, 2003, pp. 15- 44.

BATISTA, V.M. *Difíceis ganhos fáceis*. Rio de Janeiro: Instituto de Criminologia Carioca/Freitas Bastos, 1998.

_____. Drogas e criminalização da juventude pobre. In Associação Beneficente São Martinho (org.). *No mundo da rua*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2001. p. 44-56.

BENEVIDES DE BARROS, R. *Grupo: a afirmação de um simulacro*, Tese de doutorado, PUC-SP, São Paulo, 1994

BENEVIDES DE BARROS, R. E PASSOS, E. Clínica e Biopolítica na Experiência do Contemporâneo. In: *Psicologia Clínica*. PUC – RJ, vol. 13, n. 1, 2001, pp. 89- 99.

_____. Clínica, política e as modulações do capitalismo. *Revista Lugar Comum*. Rio de Janeiro, n. 19-20, jan-jun de 2004, pp. 159-171.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Relatório Final III Conferencia Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2002.

_____. A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília, 2003.

_____. Perfil das Associações e Redes Brasileiras de Redução/Redutores de Danos. Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília, 2003b.

_____. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Ministério da Saúde; Brasília, 2003c.

_____. Portaria 1.028 de julho de 2005. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas. Brasília, 2005

_____. Portaria 1.059 de julho de 2005 - destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPS AD - e dá outras providências, Brasília, 2005.

_____. Lei 11.754, de 23 de julho de 2008. Presidência da República, Casa Civil. No Diário Oficial da União (DOU) de 24 de julho, a Secretaria Nacional Antidrogas passa a se chamar Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), Brasília, 2008

_____. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Brasília, 2008b.

_____. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, 2010.

_____. Portaria 4. 279 de 30 de dezembro de 2010. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2010b

_____. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, 2011.

_____. Portaria 1.473, de 24 de junho de 2011. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de

Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2011b.

_____. Portaria 122, 25 de janeiro 2012. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, Brasília, 2012.

_____. Portaria Nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da RAPS, Brasília, 2012b.

BUENO, R. Estratégias de Redução de Danos em Santos – SP. In Francisco Inácio Bastos et al. (orgs.). *Troca de Seringa: Drogas e Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998, pp. 163-169.

CAMPOS, F.C.B. O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos [tese]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP; 2000.

CAMPOS, G.W. Equipes de referência e o apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, (4)2, p.393-403, 1999

_____. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade* v.15, n.2, p.23-33, maio-ago 2006.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? In. O SUS na prática: avanços e limites. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Volume 12, nº 2 (pp. 301-307) 2007.

_____ Um método para análise e cogestão de coletivos. Hucitec, São Paulo. 2007b.

_____ Saúde Paidéia. Hucitec, São Paulo. 2007c.

CAMPOS, G.W E DOMITI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.23, nº2, pp. 399-407, 2007.

CAMPOS, G.W. ET. AL. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. Campos,G.W e Guerrero, A.V. (orgs). São Paulo, Hucitec, 2010, pp. 132-153.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro. Editora Forense, 2011.

CARVALHO, S.R.; PENA, R. E SOUZA, T.P. Interfaces entre pesquisa-intervenção, cuidado e formação em saúde: o internato de medicina em gestão e planejamento na FCM – Unicamp. In: Onocko Campos, R. e Furtado, J. (orgs). Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde. 2011, pp. 237-256

CECÍLIO, L.C. O. Modelos tecnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1997, vol.13, n.3 [citado 2013-01-15], pp. 469-478.

_____. As necessidades de Saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. , *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro. UERJ. IMS: ABRASCO, 2001, pp. 113-126.

CECÍLIO, L. C. O. ET AL. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.11 [citado 2013-01-15], pp. 2893-2902.

CHAMPAGNE, F. ET. AL. A análise de implantação. In Avaliação: conceitos e métodos. (Orgs). Brousselle, A. et. al. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, p.217-240

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(7):1614-1619, jul, 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.11, no.3, p.705-711, 2006.

CUNHA, G.T. Construção da Clínica ampliada na atenção básica. Hucitec, São Paulo, 2005.

_____. Atenção básica e os desafios do SUS. In: Cadernos Humanizaus; volume 2; Atenção Básica, Brasil, Ministério da Saúde, 2010, pp. 29-46.

DELEUZE, G. Foucault. São Paulo: Brasiliense, 1988.

_____. Foucault, historiador do presente. In: Carlos Henrique Escobar, (org). Dossier Deleuze. Rio de Janeiro: Hólon Editorial, 1991.

_____. O que é um dispositivo? O mistério de Ariana. Lisboa: Veja - Passagens, 1996.

_____. “Imanência: uma vida”. In Vanconcelos, J. e Rocha, F. A. (orgs). *Gilles Deleuze: Imagens de um filósofo da imanência*. Londrina. Ed UEL, 1997, pp.15-19.

_____. A vida como obra de arte. In: Conversações; pp. 118-126. Editora 34. Rio de Janeiro, 2006b.

_____. Rachar as coisas, rachar as palavras. In: Conversações; pp. 105-117. Editora 34. Rio de Janeiro, 2006c.

_____. Um retrato de Foucault. Conversações; pp. 127-147. Editora 34. Rio de Janeiro, 2006d.

_____. A filosofia crítica de Kant. Edições 70. Lisboa, 2009.

DELEUZE, G. E GUATTARI, F. Anti-édipo. Capitalismo e Esquizofrenia, Editora 34, 1976.

_____. O que é a filosofia? Editora 34. Rio de Janeiro. 1993.

_____. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia; vol. 1. Editora 34. Rio de Janeiro. 2009.

_____. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia; vol. 4. Editora 34. Rio de Janeiro. 2007.

DREYFUS, H.L. E RABINOW, P. Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro. Ed. Forense Universitária, 2010.

DOMANICO, A. “Craqueiros e cracados: bem-vindo ao mundo dos nóias!” Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Tese de Doutorado, 2006.

DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica: definición y método de evaluación, enfoques básicos para la evaluación. México: La Prensa Mexicana, 1984

_____. Explorations in quality assessment and monitoring. vII, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1988

DUALIB, L. B., RIBEIRO, M., & LARANJEIRA, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 24(4),545-57.

ESCÓSSIA, L. E TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In *Pistas do método da cartografia*. Passos et al. (orgs). Sulinas. Porto Alegre. 2009, pp. 92-108

ESCOHOTADO, A. Historia general de las drogas. Editora Espasa Calpe. Madri, 2005.

FARAONE, S. ET AL. Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. *Interface (Botucatu)* [online]. 2010, vol.14, n.34, pp. 485-498. Epub 17-Set-2010.

FIGUEIREDO M.D., ONOCKO CAMPOS R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):129-138, 2009.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):743-752, 2009.

FREIRE COSTA, J. História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. Editora Garamond Universitária. Rio de Janeiro. 2006.

FOUCAULT, M. Vigiar e Punir. Editora Vozes. Petrópolis, 1977.

_____. Sobre a história da sexualidade. *Microfísica do Poder*, Editora Graal, Rio de Janeiro, 1986, pp 243-276

_____. História da sexualidade 1: a vontade de saber. Edição Graal, Petrópolis, 2001.

_____. Em defesa da sociedade. Editora Martins Fontes. São Paulo, 2005.

_____. *Hermenêutica do Sujeito*. Editora Martins Fontes. São Paulo, 2006.

_____. O uso dos prazeres e as tecnologias de si. In *Ditos e Escritos V*. Ed. Forense Universitária. Rio de Janeiro; pp 192-217; 2006b.

_____. *Nascimento da Biopolítica*. Editora Martins Fontes. São Paulo, 2008.

_____. *Segurança, Território e População*. Editora Martins Fontes. São Paulo, 2009.

_____. Sujeito e Poder, Apêndice da primeira edição (1982); In *Michael Foucault: uma trajetória filosófica*. Hubert L. Dreyfus e Paul Rabinow, Ed. Forense Universitária. Rio de Janeiro. pp. 273-295, 2010.

_____. A política de saúde do século XVIII. (in) *Ditos e Escritos VII: Arte, Epistemologia, Filosofia, e História da Medicina*. Forense Universitária. Rio de Janeiro; pp. 357-373 (2011a).

_____. O nascimento da medicina social. In: *Ditos e Escritos VII: Arte, Epistemologia, Filosofia, e História da Medicina*. Forense Universitária. Rio de Janeiro; pp. 402-424. (2011b).

FOUCAULT, M. E DELEUZE, G. Os intelectuais e o poder. *Microfísica do poder*. Editora Graal, Rio de Janeiro, 1986, pp. 69-78.

FURTADO, J. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(1):165-182, 2001.

FURTADO, J. E ONOCKO CAMPOS. A transposição das políticas públicas de saúde mental no Brasil para as práticas em novos serviços. *Revista Latino-americana de psicopatologia fundamental*. 8(1), 2005, pp.109-122.

_____. O percurso da pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre saúde coletiva e saúde mental. In: ONOCKO CAMPOS, R., FURTADO, J.P., PASSOS, E., BENEVIDES, R. (Orgs). *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, pp. 189-208.

_____. A participação de diferentes grupos de interesse na geração de conhecimento da rede de serviços avaliada. In: ONOCKO CAMPOS, R., FURTADO, J.P., PASSOS, E., BENEVIDES, R. (Orgs). *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008b, pp. 231-248.

GERMAN D, STERK C,E. Looking beyond stereotypes: exploring variations among crack smokers. *J Psychoactive Drugs*. 2002;34(4):383-92.

GÉRVAS, J.; FERNANDEZ, M. P. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Ver. Bras. Epidemiol.* Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 205-218, 2005.

GRUND, J.P. Drug use as a social ritual: functionality, symbolism and determinants of self-regulation. Roterdã: institute voor Vershavingsonderzoek (IVO). Erasmus Universiteit, 1993.

GUATARRI, F. *Revolução Molecular*. São Paulo: Brasiliense, p. 88-105, 1981.

_____. A transversalidade (1964). In: *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. Aparecida /S.P: Idéias & Letras, 2004.

GUATTARI, F. E ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Editora Vozes. Petrópolis. 1996.

GUBA, E. E LINCON, Y *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

HARTZ, Z. Institucionalizando a avaliação de programas e políticas de saúde: culinária e corte-costura nas lições francesas. In: *Cadernos de Saúde Pública* v.15, n.2, abril/jun, Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1999.

HARTZ, Z. ET AL. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In. Hartz, Z. e Silva, LM. (orgs). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos*

às práticas de avaliação de sistemas e serviços de saúde. Salvador-Rio de Janeiro, Edufba, Fiocruz, 2005, pp. 41-63.

HESSEL, S. Indignai-vos. São Paulo, Leia, 2011.

JULLIEN, F. O diálogo entre as culturas: do universal ao multiculturalismo. Rio de Janeiro. Editora Zahar, 2009.

KARAM, Maria Lúcia. Redução de Danos, ética e lei. In Sampaio e Campos (org.). Drogas, dignidade e inclusão social: A lei e a prática da Redução de Danos. Rio de Janeiro:ABORDA, 2003, pp. 45- 100.

LABROUSSE, A. Geopolítica das drogas. São Paulo. Desatino, 2012.

LANCETTI, A. (org.) *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006.

LOURAU, R. *Analista Institucional em tempo integral*. In Sônia Altoé (org) pp. 186-198. São Paulo: Hucitec, 2004.

MALHEIROS, L. Tornando-se um usuário de crack. In: As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais. (Orgs) Filho, A.N. ET. AL. Edufba, Salvador, 2012, pp. 79-100.

MARQUES, F. E DONEDA, D.. A política brasileira de Redução de Danos. In Francisco Inácio Bastos (et. al org.). *Troca de Seringa: Drogas e Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998, pp. 137 -152.

MEDINA, M.G. ET. AL. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In. Hartz, Z. e Silva, LM. (orgs). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos às práticas de avaliação de sistemas e serviços de saúde*. Salvador-Rio de Janeiro, Edufba, Fiocruz, 2005, pp. 41-64

MERHY, E. Saúde e Direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. *Saúde Soc.* São Paulo, v.21, n.2, p.267-279, 2012.

MIRANDA, L. ET AL. Dos Grupos Focais aos Grupos Focais Narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: ONOCKO CAMPOS, R., FURTADO, J.P., PASSOS, E., BENEVIDES, R. (Orgs). *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 249-277.

NEGRI, A. E HARDT, M. Multidão: guerra e democracia na era do Império. Rio de Janeiro:

NEGRI, A. E COCCO, G. 2005. Glob(AL). Biopoder e luta numa América Latina globalizada. Ed. Record, Rio de Janeiro-São Paulo, 2005.

OLIVEIRA, P.M. Políticas antidrogas e as governamentalidades modernas: implicações

ético-políticas do projeto Justiça Terapêutica. Dissertação de mestrado. Pós-graduação em Psicologia – Estudos da Subjetividade. Universidade Federal Fluminense, 2008.

OLIVEIRA, L. G. E NAPPO, S.A.. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.42, n.4 [citado 2013-01-07], pp. 664-671 .

ONOCKO CAMPOS R. ET AL. Avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre saúde coletiva e saúde mental. *Rev Saúde Pública*;43(Supl. 1):16-22, 2009.

ONOCKO CAMPOS R. ET AL. Saúde mental na atenção primária em saúde: estudo avaliativo numa grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4643-4652, 2011.

ONOCKO CAMPOS, R. E GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. Campos,G.W e Guerrero, A.V. (orgs). São Paulo, Hucitec, 2010, pp. 221-246.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18 [4]: 625-644, 2008.

PASSOS, E. ET AL. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Editora Sulinas. Porto Alegre. 2009.

PASSOS, E. E BENEVIDES DE BARROS ET AL. A dimensão instituinte da avaliação. In: ONOCKO CAMPOS, R., FURTADO, J.P., PASSOS, E., BENEVIDES, R. (Orgs). *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p.209-230.

PASSOS, E. E BENEVIDES DE BARROS, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In Pistas do método da cartografia. Passos et al. (orgs). Sulinas. Porto Alegre. 2009b, pp. 17-31

_____. Por uma política da narratividade. In Pistas do método da cartografia. Passos et al. (orgs). Sulinas. Porto Alegre. 2009b, pp. 150-171

PASSOS, E. E SOUZA, T.P. ET AL. Processo coletivo de construção de instrumentos de avaliação: aspectos teóricos e metodológicos sobre indicadores e dispositivos processuais

PASSOS, E. E SOUZA, T.P. Redução de Danos e Saúde Pública: Construções alternativas à política global de guerra às drogas. *Psicologia & Sociedade*; 23 (1): 154-162, 2011.

PAULON, S. M. A análise de implicação como ferramenta na Pesquisa-Intervenção. *Psicologia e Sociedade*. Porto Alegre, v. 17, n. 3, set/dez 2005, p. 16-23.

RAUTER, Cristina. Criminologia e Subjetividade. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

RIBEIRO, L.A.; SANCHEZ, Z.M. E NAPPO, S.A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *J. bras. psiquiatr.* [online]. 2010, vol.59, n.3 [citado 2013-01-08], pp. 210-218.

RIGHI, L.B. Redes de Saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e fortalecimento da atenção básica. In: *Cadernos Humanizados*; volume 2; Atenção Básica, Brasil, Ministério da Saúde, 2010, pp. 59- 74.

ROCHA, M.L. E AGUIAR, K.F. Pesquisa-intervenção e a produção de novos olhares. *Ciência e Profissão*, 23,4, pp. 2003.

RODRIGUES, H.C. E SOUZA, V.L.B. A análise institucional e a profissionalização do psicólogo. In: V.R. Kanghagi e O. Saidon (orgs). *Análise Institucional no Brasil*, Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, 1987, pp. 27-46.

RODRIGUES, T. Tráfico, Guerra, Proibição. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: *Drogas e Cultura: novas perspectivas*. Labate, B., Goulart, S., Fiori, M., Carneiro, H. (Orgs). pp. 91-104. Salvador: EDUFBA, 2008.

ROMANINI M., ROSO, A. Mídia e Crack: Promovendo saúde ou reforçando Relações de dominação. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2012 32 (1), pp. 82-97.

ROSA, B.P.G.D., E WINOGRAD, M. Palavras e pílulas: sobre a medicalização do mal-estar psíquico na atualidade. *Psicol. Soc.* [online]. 2011, vol.23, n.spe, pp. 37-44.

SANTOS FILHO, S.B. Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.4, p. 999-1010, 2007.

_____. Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas. Ijuí: Ed. Unijuí, 2009.

SANTOS FILHO, S. SOUZA, T.P, E GONÇALVES, L.L.M. Avaliação como dispositivo de humanização em saúde. In: Onocko Campos, R. e Furtado, J. (orgs). *Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde*. 2011, pp. 257-278.

SANTOS, N.R. Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, V.33, nº81, Jan-Abr, 2009.

SANTOS, L. E ODORICO DE ANDRADE, L. SUS: o espaço de gestão inovadora e dos consensos interfederativos. Editora Saberes. Campinas - SP, 2009.

SILVA, S.F - Sistema Único de Saúde: avanços e dilemas de um processo em construção. Ver Saúde em Debate, v.33, nº81, Jan-Abr/2009.

SILVIA, L.M., Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z. e SILVIA, L. M. (orgs). Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, pp. 15-41.

SILVA, L. M. e FORMIGLI, V. L. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. In: Cadernos de Saúde Pública 10(1). Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1994, p.80-91.

SOUZA, T.P. Redução de Danos no Brasil: aspectos históricos e políticos. Dissertação de Mestrado Estudos da Subjetividade, Universidade Federal Fluminense. Niterói. 2007.

SPINOZA, B. Ética. Belo Horizonte, Autêntica Editora, 2009.

STARFIELD, B. Is US health really the best in the world? JAMA, v. 284, p. 483-485, 2000.

_____. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

TEDESCO, S. E SOUZA, T.P. Territórios da clínica: redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas. In: Conexões: Saúde Coletiva e Políticas da Subjetividade. (Orgs.) Carvalho ET AL. Editora Hucitec, São Paulo, 2009, pp. 141-156.

TELES, E. Democracia, segurança pública e coragem para agir na política. In: Ocupy: movimentos de protestos que tomaram as ruas. Boitempo Editorial: Carta Maior. São Paulo, 2012, pp. 77-82.

TRAVASSOS, C. E CASTRO, M.S. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Editora Fiocruz, CEBES, Rio de Janeiro, 2008, pp. 215-246

TYKANORI, R. Em busca da cidadania. In Florianita Campos e Cláudia M. Henriques (orgs) *Contra a maré a beira mar. A experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Página Aberta, 1997, pp. 67-77.

VARGAS, E.V. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: *Drogas e Cultura: novas perspectivas*. Labate,B., Goulart,S., Fiori,M., Carneiro,H. (Orgs). pp. 41-64. Salvador: EDUFBA, 2008.

VERTZMAN, J. E CAVALCANTI, M.; SERPA JR., Psicoterapia Institucional: uma revisão. In: Benilton Bezerra Júnior e Paulo Amarantes (orgs). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M. & FARIA, M.M. - Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletim da Oficina Sanitária do Panamá*, 120 (6): 472-482, 1996.

WODAK, A. Redução de danos e programa de troca de seringas. In. *Troca de Seringa: Drogas e Aids*. Francisco Inácio Bastos (et. al org.). Brasília: Ministério da Saúde, 1998, pp.55-72

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary Health Care. Geneva: WHO, 1978

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee on drug dependence. Geneva, 1993.

WORTHEN, B.R., SANDERS, J.R., FITZPATRICK, J. L. *Avaliação de programas – Concepções e Práticas*. Ed. Gente, 2004.

ZINBERG, N.M.D. Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use, New Haven: Yale University Press, 1984

ANEXO 1: ROTEIRO DOS GRUPOS FOCAIS

Tabela 1: Grupo Focal Redutores de Danos

Eixos de análise	Questões
Noção de redução de danos	✓ O que é redução de danos? ✓ Como a redução de danos comparece no trabalho de vocês? ✓ Quais os principais desafios do trabalho de vocês?
Rede	✓ Vocês encaminham usuários que vocês estão acompanhando para outros serviços da rede? Quais? Como isso ocorre? ✓ Quem são os responsáveis pelo cuidado dos usuários que vocês atendem na rua e que não vêm para o CAPS AD?
Território e equipe	✓ Como é a relação de vocês com a equipe do CAPS AD? ✓ Outros profissionais de saúde fazem alguma ação no território com vocês? Quais? Como isso ocorre? ✓ Quais as principais drogas utilizadas pelos usuários em situação de rua? ✓ Quais os principais efeitos do trabalho de vocês?

Tabela 2: Roteiro Grupo Focal Trabalhadores CAPS AD

Eixos de análise	Questões
1) Rede e CAPS AD	✓ Qual o papel do CAPS AD na rede de saúde? ✓ Quais os serviços da rede de saúde que o CAPS AD tem mais articulação? Como ocorre? ✓ O que vocês acham sobre a internação para

	usuários de álcool e outras drogas? E internação compulsória? E o leito-noite?
2) Redução de danos no CAPS AD	✓ A redução de danos é uma diretriz de trabalho para o CAPS-as? Captar o que os trabalhadores acham da RD. ✓ Como a redução de danos comparece no trabalho realizado no CAPS AD? (verificar como isso ocorre tanto na gestão quanto na clínica). ✓ Como vocês avaliam a relação entre abstinência e a redução de danos no cotidiano do CAPS AD? Captar contradições, complementaridades, oposições.
3) Território, equipe e redutores de danos	✓ Como é a relação da equipe do CAPS AD com os redutores de danos? (reunião de equipe, PTS, discussão de caso). ✓ Quem são os responsáveis pelo cuidado dos usuários que são atendidos pelos redutores de danos que não vêm ou não são encaminhados para o CAPS AD? ✓ Vocês realizam ações conjuntas com os redutores de danos no trabalho de campo? Se não, por que? Se sim, com que frequência; para que; e como?

Tabela 3: Roteiro Grupo Focal Gestores

Eixo 1: Gestão: CAPS AD, Rede e Redução de Danos	1. Qual tem sido o papel do CAPS AD na rede de saúde de Campinas?
	2. Quais são os efeitos que a lógica da redução de danos traz para a organização/gestão dos CAPS AD?
	3. Quais os principais desafios e potencialidades da lógica da redução de danos no âmbito da

	gestão (de rede e municipal)?
	4. Como é a relação da equipe do CAPS AD com a proposta da redução de danos?
Eixo 2: Internação e gestão	5. Quais as diferenças entre as propostas de internação para AD do Ouro Verde e do Cândido Ferreira? (potencialidades e fragilidades).
	6. Existe diferença entre internação e leito-noite? Qual?
Eixo 3 Trabalho em Equipe, Redutores de Danos e Território	7. Qual o papel dos agentes redutores de danos?
	8. Os redutores de danos participam de reuniões de mini-equipes e construção de PTS? Porque?
	9. Existem casos acompanhados pelos redutores no território (que não vem para o CAPS AD) que são compartilhados/discutidos com a equipe? Porque?
	10. Quem é a equipe de referência para os casos acompanhados pelos redutores de danos?
	11. Como vocês avaliam a relação entre o CAPS AD e o território?

ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa será realizada com fins acadêmicos, como subsídio para a Tese de Doutorado intitulada **Avaliação das estratégias de Redução de Danos: territórios e redes de atenção a usuários de crack, álcool e outras drogas**, Departamento de Saúde Coletiva, FCM/ UNICAMP.

A pesquisa tem como objetivo a produção de conhecimento sobre as estratégias de Redução de Danos na rede de atenção do município de Campinas - SP. Para isso, temos como objetivos específicos:

- Avaliar os modos de inserção da lógica da redução de danos na rede de saúde mental;
- Avaliar a gestão do cuidado na interface entre CAPS AD e a Atenção Básica a partir da atuação do agente redutor de danos: alcances, limites e perspectivas;
- Avaliar a gestão do cuidado na interface entre CAPS AD e agente redutor de danos: alcances, limites e perspectivas;
- Gerar subsídios para auxiliar o processo de tomada de decisão dos atores envolvidos nos serviços pesquisados.

Para a coleta de dados, serão feitas entrevistas e/ou grupos de discussão coordenados pelo pesquisador com os sujeitos da pesquisa - usuários, gestores e trabalhadores da rede de saúde de Campinas. Será utilizado um gravador de áudio para garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente.

O pesquisador preservará a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa na transcrição das gravações dos grupos, na descrição das observações e na incorporação das informações na redação da Tese. A participação na pesquisa não oferecerá nenhum tipo de prejuízo ou risco para os sujeitos da pesquisa, em nenhuma fase do estudo ou decorrente dele, de forma direta ou indireta. Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo. O pesquisador se compromete também a prestar qualquer tipo de esclarecimento, antes, durante e após a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela, além de retornar os resultados da pesquisa a todos os participantes.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, não restando qualquer dúvida a respeito do lido e explicado, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta. E, por estarem de acordo, assinam o presente termo. Campinas/ SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito

Assinatura do Pesquisador

Pesquisador: Tadeu de Paula Souza

Psicólogo e aluno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP. Telefones para contato: (19) 8838-5664

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – Caixa Postal 6111 – CEP: 13083-887 – Campinas/ SP – Fone: (19) 3521 8936 – E-mail: cep@fcm.unicamp.br