

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
ESTUDOS DA SUBJETIVIDADE
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

Leonardo Pecoraro Costa

**Fissurando políticas: uma cartografia dos afetos entre a
Assistência Social e a Saúde na atenção ao uso prejudicial
de drogas.**

Mestrado em Psicologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sílvia Tedesco

**Niterói/RJ
2013**

LEONARDO PECORARO COSTA

**Fissurando políticas: uma cartografia dos afetos entre a
Assistência Social e a Saúde na atenção ao uso prejudicial
de drogas.**

Dissertação apresentada ao Programa de pós-graduação em psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sílvia Tedesco.

Niterói/RJ

2013

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá**C837 Costa, Leonardo Pecoraro.**

Fissurando políticas: uma cartografia dos afetos entre a Assistência Social e a Saúde na atenção ao uso prejudicial de drogas / Leonardo Pecoraro Costa. – 2013.

237 f.

Orientador: Sílvia Tedesco.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2013.

Bibliografia: f. 206-227.

1. Subjetividade. 2. Uso de droga. 3. Direito. 4. Assistência social.
5. Saúde mental. I. Tedesco, Sílvia. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

CDD 158

Fissurando políticas: uma cartografia dos afetos entre a Assistência Social e a Saúde na atenção ao uso prejudicial de drogas.

Leonardo Pecoraro Costa

Composição da Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Silvia Tedesco (Orientadora – UFF)

Prof. Dr. Eduardo Passos (UFF)

Prof^a. Dr^a. Alejandra Pastorini (UFRJ)

Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Cavalcante Lima (UFRJ)

Niteroi / RJ.

2013

Repartida

Nossa infância nunca saiu da linha. No trajeto até à escola nós corríamos, intercalando os tempos da estrada. Entre paradas pro descanso e as repartidas em disparada, nós testávamos os limites. Ofegantes, mas salientes, nós nos mantínhamos animados com a situação e nos gloriávamos dos últimos quinhentos metros corridos. Sem querer e sem perceber nos testávamos na vida. Testávamos o limite mesmo de suportá-la, de nos mover por ela, esgueirando-nos pelos trilhos de boi que nos conduziam à aprendizagem nem sempre bela ou agradável: mas aprendíamos.

Aprendemos lá, nesse lugar nem tão distante. Ao contrário, muito próximo, mas que nos cansa buscá-lo, frequentá-lo, principalmente quando a sola dos pés se encontra desprotegida no contato com a areia quente e o pó do caminho. Nós corríamos e descansávamos. Repartíamos a vida em trechos, sem nos preocupar com a vista. Sentávamos onde os limites dos pulmões indicavam. Nunca fomos capazes de estabelecer um único ritmo de passada. Nunca nos preocupamos em cronometrar o percurso, embora soubéssemos que o fôlego esticava na medida mesma do exercício. A escola ficava cada vez mais perto.

Entre aquilo que nos assombrava de verdade e as histórias que inventávamos para justificar os atrasos, aparecia uma distância do tamanho da criatividade que só crescia. Transgredíamos fazendo arte e, apanhamos muito por isso. Mas, o que fazer? Nossa linha não era reta.

Hoje nos vejo ainda correndo aquela estrada. Aquele caminho ainda está aqui, sendo repartido no ritmo dos pulmões: mas o fôlego hoje é outro – eu ando fumando demais. Atualmente, não nos vejo testá-los em sua capacidade, ao contrário vejo-nos respeitar seus limites que são cada vez menores. E com isso a escola ficou mais distante. Aprendemos menos porque chegamos mais tarde: o foco hoje também é outro.

Ainda temos o hábito das disparadas loucas, mas as paradas pra respirar não são mais permitidas. No máximo aliviamos o passo. Nossas repartidas, assim, são sempre acompanhadas de uma irremediável canseira. E chegar a aprender de fato, é algo raro, devido ao esgotamento que nos acomete.

Lembro dos nossos olhos, dos sorrisos na cara, ao acostarmos-nos nos barrancos. Tínhamos a sensação de vitória de termos chegado ali. E ali era um lugar qualquer do caminho. Um caminho, inclusive, que trilhávamos de olhos fechados, de cor e salteado, assim como as lições que nos eram tomadas no fim da tarde. Nossas pernas empoeiradas eram testemunhas do suor de dávamos. Dávamos o sangue pra aprender: e aprendemos.

Aprendemos que o caminho é si mesmo sábio, mas que muda de tamanho, independente da capacidade nossa de transcorre-lo. O caminho é um caminho inteligente. Em vez da gente aprende-lo, ele é que nos apreende. Ele corre em nós resfolegante e faz paradas se acostando na nossa barriga. Segue os mesmos rastros que deixamos marcados naquela poeira. Ele vem atrás de nós, seguindo as marcas que deixávamos no trajeto, nas barreiras que destontávamos, e destontávamos pelo simples prazer de criar obstáculos.

Aquele caminho nunca deixou o nosso encalço. Grudado no calcanhar, ele nos tropeça, se embaraça na barra das calças, nos chama a atenção das lembranças. Mas sabe o que é mais engraçado? É que entre as tantas coisas aprendidas, nas horas que o caminho me encontra, acabo lembrando daquelas primeiras aulas depois de tanta correria. Tenho muita saudade da estrada que fizemos, mas quando preciso partir de novo é da tua companhia que mais sinto falta.

Dedico este trabalho à memória de Maria Angélica Costa (1966 – 2011).

Agradecimentos

A meus pais e ao meu irmão, pela âncora e pelo embalo.

A Professora Silvia Tedesco, cujas letras foram o ponto primeiro de afeto que inspirou o pré-projeto dessa pesquisa. Mais tarde, já como minha orientadora, sinalizou os caminhos, apontando horizontes tangíveis.

A Nelma de Azeredo, agradeço pela confiança e pelas possibilidades abertas. Sem elas, não haveriam muitos dos encontros e afetos que determinaram esta produção. Sem sua convivência não teria sido possível experimentar a gestão na SEASDH e viver as contradições do fazer.

Aos profissionais da SEASDH, especialmente das Superintendências estaduais de Gestão, de Proteção Social Básica e Especial do SUAS, agradeço pelo apoio, incentivo e por colaborarem com esta pesquisa, fornecendo dados e informações sobre a rede de Assistência Social no estado do Rio de Janeiro.

A Fernanda Calixto Saint’Martin Leite, Ane Christian Bartholomeu, Carlos Castro Luz, Kátia Lemos e toda a equipe do atual Observatório Estadual de Gestão e Informações sobre Drogas, pelo companheirismo na gestão e nas discussões sobre as práticas assistenciais.

Aos amigos e amigas da área técnica de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde - SES e do CAPSad CENTRA-Rio; aos membros do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas – CEPOPD-RJ; e, às equipes de profissionais do antigo Programa Clínicas Populares, agradeço pela riqueza de ideias que permeiam esta pesquisa. Se o consenso nem sempre foi possível, a produção do diverso sim.

A Professora Cristina Rauter, pela aproximação com a filosofia de Espinosa.

Aos colegas da turma de mestrado, que acompanharam cada curva e desvio do traçado deste trabalho, agradeço pelas sugestões bibliográficas, pelas problematizações. Junto deles tudo ficou mais fácil. Aportar nas encruzilhadas da produção acadêmica nem sempre precisa ser angustiante. Ao contrário, quando somos um, somos também mais confiantes, mais alegres e mais vivos. Podemos rir com os próprios embaraços.

Sem desconsiderar a contribuição das Professoras Cláudia Osório, Márcia Moraes; dos Professores Helder Muniz, Paulo Vidal, Cláudia Abbes, agradeço às Professoras Rita Cavalcante, Alejandra Pastorini e ao Professor Eduardo Passos, pela generosidade em colaborarem com qualificação do que aqui foi construído.

A Astrid Brasil Nunes, pela constância e por me ajudar a fazer o bom do tempo.

Somos uma multidão, e é nela que se apruma cada letra desta escrita.

“Hum, mas vocês são pessoas apressadas, estou vendo – disse Barbárvore. – Fico honrado com a confiança que depositam em mim; mas não deveriam ficar assim totalmente à vontade tão depressa. Há ents e ents, vocês sabem; ou há ents e seres que se parecem com ents mas não são, por assim dizer. Vou chama-los de Merry e Pippin se isso lhes agrada – bons nomes. Pois não vou lhes dizer meu nome; não por enquanto, de qualquer forma. – Um olhar estranho, meio irônico e meio sábio, veio de seus olhos numa centelha esverdeada. – Em primeiro lugar, porque levaria muito tempo; meu nome é como uma história. Os nomes verdadeiros, na minha língua, contam histórias dos seres a quem pertencem, no velho entês, como vocês diriam. É uma língua adorável, mas leva muito tempo para se dizer qualquer coisa nela, porque não dizemos nada nela a não ser que valha a pena gastar um longo tempo para dizer, e para escutar.”

(J. R.R. Tolkien, O Senhor dos Anéis).



PRODUTO BIOCONTAMINADO

A SUA UTILIZAÇÃO PODE TRAZER RISCOS

Fissurando políticas: uma cartografia dos afetos entre a Assistência Social e a Saúde na atenção ao uso prejudicial de drogas.

Resumo:

Esta pesquisa se propõe a mapear a construção das competências da Assistência Social e da Saúde, a partir do recorte da atenção estatal sobre o uso prejudicial de drogas. Pretendemos, com isso, produzir uma compreensão sobre como a temática do uso de drogas transversaliza com a construção das políticas de Assistência Social e de Saúde e quais as consequências desses atravessamentos para a história recente das práticas assistenciais relacionadas ao tema no estado do Rio de Janeiro. Implicado diretamente aos estudos da subjetividade, este trabalho estará dedicado a produzir memórias sobre o processo de construção dos direitos das pessoas que usam drogas, incluindo nessa construção os direitos de receber assistência do Estado. Visando a enriquecer a base conceitual das discussões, problematizamos a construção histórica dos direitos sociais no Brasil, recorrendo a um diálogo com a filosofia de Espinosa e sua concepção de direito natural, afeto e potência. Em função das dimensões midiáticas que o tema das drogas ganhou atualmente no Brasil, construímos, junto de Deleuze e Guattari, um analisador das potências e dos perigos atuais implicados ao processo de construção das políticas públicas e das práticas assistenciais. Para isso, recorreremos à fissura, termo tão recorrente para se referir aos ímpetus incontroláveis das pessoas em busca por drogas, fazendo dela um uso tecnológico. Por fim, analisando como a Redução de Danos pôde ascender à condição de paradigma e como seus princípios orientadores apontam para uma nova compreensão da noção de usuário, formulamos algumas proposições sobre como RD pode ser transposta para os serviços da Assistência Social, produzindo maior convergência com os serviços de Saúde Mental.

Palavras Chave: subjetividades; uso de drogas; direitos; assistência social; saúde mental.

Fissuring policies: a cartography of affections between the Social Assistance and Health Care in the attention to the harmful use of drugs.

Abstract:

This study intends to map the competences building of Social Assistance and Health policies, from the cut of the State attention of the harmful use of drugs. Our intention is to produce an understanding of how the question of drug use transversalizes with the construction of Social Assistance and Health and the consequences of these crossings in the recent history of care practices related to the topic in the Rio de Janeiro state. Involved directly to studies of subjectivity, this work will be dedicated to producing memories about the building process of the rights of people who use drugs, including in this construction, the rights to receive state assistance. Aiming to enrich the conceptual basis of the discussions, will be problematized the historical construction of social rights in Brazil, using a dialogue with Spinoza's philosophy and his conception of natural right, affection and potency. According to the dimensions of the media that the theme drugs has gained in Brazil today, we built, with help from Deleuze and Guattari, an analyzer of potencies and dangers involved in the production process of public policies and care practices. For this, we take the fissure, term used recurrently to refer to uncontrollable hunger of people looking for drugs, turning it into a technological use. Finally, by analyzing how the Harm Reduction (HR) could ascend to the status of paradigm, and, as its guiding principles link to a new understanding of the notion of user, formulate some propositions about how HR can be applied to the services of Social Assistance, producing greater convergence with the Mental Health services.

Keywords: subjectivities; drug use, rights, social assistance, mental health.

SUMÁRIO

Cartas de Apresentação	15
1ª Carta – Do campo de inserção da pesquisa	15
2ª Carta – Entre o velho e o novo	17
3ª Carta – Dos problemas que emergem do campo da experiência	21
4ª Carta – Do trânsito das inquietações e da construção do objeto	24
5ª Carta – Das notas sobre o método	27
6ª Carta – Do desenho do texto	30
<hr/>	
1 - Capítulo I – Do Direito Natural ao Direito Social	34
1.1 - Espinosa e o direito natural	34
1.2 - O que é proteção social?	40
1.3 - Direito social e protagonismo	44
1.4 - As vírgulas da interpretação histórica	47
1.5 - O direito social como <i>phármakon</i>	53
1.6 - O que é droga?	61
1.7 – Resistências e produção de corpo	68
1.8 – Desvios e normatividades	71
<hr/>	
2 - Capítulo II - Saberes, vícios e delírios	75
2.1 - Introdução à fissura	75
2.2 - Como se produzem fissuras?	78
2.3 - Paranoias e epidemias	80
2.4 - Analisando impregnações do hálito	85
2.5 - A fissura da esfinge devoradora	91
2.6 - A fissura como escape	96
<hr/>	
3 - Capítulo III – Entre fazeres; entre saberes	99
3.1 - A Assistência Social e a atenção ao uso prejudicial de drogas	99
3.2 - Assistência Social: um breve retrospecto	103
3.3 - Da divisão do trabalho ao trabalho de dividir	108
3.4 – Outros resultados das divisões: a rede complementar	114
3.5 – Controle sobre práticas e produção de subjetividades	117
3.6 - Entre o Psicossocial e o Socioassistencial	121

3.7 - Entre nomadismos e micro-diásporas: as referências	129
3.8 - Síndrome de Gabriela versus metamorfose ambulante	134
<hr/>	
4 - Capítulo IV – Experimentar, usar e arriscar	142
4.1 - Percursos da RD no Brasil	142
4.2 - A RD e as direções das políticas sobre drogas no estado do Rio de Janeiro	147
4.3 - Contágios e afetos entre a Assistência Social e a Saúde Mental no estado do Rio	155
4.4 - Redutores de Danos: quem são e onde estão?	162
<hr/>	
5 - Capítulo V - Experiências de contaminação	169
5.1 – O atual das práticas e a rede SUAS no estado do Rio de Janeiro	169
5.2 - A alta complexidade e a rede complementar de serviços do SUAS	173
5.3 – Pede pra sair!	176
5.4 - Práticas Higienistas: perversões da proteção social	181
<hr/>	
6 – Conclusão - Moléculas de proteção social	185
6.1 - Rola uma química?	185
6.2 - Experimentando o épico	189
6.3 – Como se produz um usuário?	192
6.4 – Proposições e experimentações	197
6.5 – Entre o focal e o universal	202
<hr/>	
7 - Referências Bibliográficas	206
7.1 - Bibliografia	206
7.2 – Bibliografia Documental	213
7.3 – Notícias e informativos	226
7.4 – Filmografia e musicografia	227
<hr/>	
8 - Apêndice: Mapeamento dos percursos de produção das políticas relacionadas ao tema das drogas no Estado do Rio de Janeiro, 1980 – 2013	228

Lista de Siglas e Abreviaturas

- CAPS Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS-ad Centro de Atenção Psicossocial - álcool e outras drogas
- CARE-AD Centro de Acolhimento Regionalizado para usuários de álcool e outras drogas
- CEAD Conselho Estadual Antidrogas e/ou Centro Estadual de Assistência sobre Drogas
- CEPOPD-RJ Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas do Rio de Janeiro
- CF Constituição Federal
- CFESS Conselho Federal de Serviço Social
- CFP Conselho Federal de Psicologia
- CIB Comissão Intergestores Bipartite
- CIT Comissão Intergestores Tripartite
- CONEN Conselho Estadual de Entorpecentes
- CPRJ Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro
- CRAS Centro de Referência da Assistência Social
- CREAS Centro de Referência Especializada da Assistência Social
- DEPRID Departamento Estadual de Prevenção Integral às Drogas
- LBA Legião Brasileira de Assistência
- LOAS Lei Orgânica de Assistência Social
- NEPAD Núcleo de Pesquisa em Atenção ao Uso de Drogas
- NOB Norma Operacional Básica
- ONG Organização Não Governamental
- PNAD Política Nacional Antidrogas
- PND Política Nacional sobre Drogas
- PNAS Política Nacional de Assistência Social
- PT Partido dos Trabalhadores
- RD Redução de Danos
- SAPRID Subsecretaria Adjunta de Prevenção e Repressão ao Uso Indevido de Drogas
- SEASC Secretaria de Estado de Ação Social e Cidadania
- SEASDH Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos
- SEDCON Secretaria Estadual de Defesa do Consumidor
- SEJCON Secretaria Estadual de Justiça e Defesa do Consumidor
- SEJDIC Secretaria Estadual de Justiça e Direito do Cidadão
- SEJINT Secretaria Estadual de Justiça e Interior
- SJU Secretaria Estadual de Justiça

SENAD Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SES Secretaria de Estado de Saúde
SISNAD Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUAS Sistema Único de Assistência Social
SUS Sistema Único de Saúde
UA Unidade de Acolhimento referenciadas aos CAPS-ad
UFRJ Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFF Universidade Federal Fluminense
UERJ Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Lista de gráficos e tabelas

Gráfico I: comparativo das drogas de eleição mais referidas por usuários que buscaram atendimento no CEAD no período de 2003 a 2009.

Gráfico II: comparativo de drogas de consumo mais referidas por usuários de múltiplas drogas atendidos no CEAD no período de 2003 a 2009.

Gráfico III: série histórica, de 2000 a 2012, do número de internações no Programa Clínica Populares.

Tabela I: comparativo dos serviços de proteção social de alta complexidade da Assistência Social implementados pela rede privada – Censo/SUAS 2011

Cartas de Apresentação

1ª Carta: Do campo de inserção da pesquisa

Formalmente, esta pesquisa começou em agosto de 2011, com o início do mestrado no Programa de Pós-graduação do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense – UFF. No entanto, para que qualquer interessado possa ter melhor compreensão do que aqui será problematizado e analisado, parece ser conveniente, antes de qualquer coisa, historicizar algumas condições que tornaram possível essa produção. Qualquer pesquisa tem sua própria história. Sem o entendimento sobre como se criam o pesquisador e objeto e, como se constrói o *topos* sobre o qual a pesquisa se ergue, muito do seu sentido pode se perder. Assim, com o intuito de facilitar a leitura, nos dedicamos, nesse primeiro momento, ao desenho de um mapa que indique os tempos e lugares de onde essa pesquisa fala.

Esse estudo nasceu e se produziu da experiência com a gestão das Políticas sobre Drogas no Estado do Rio de Janeiro, o que nos insere num vasto campo de afecções. A trajetória dessas políticas nesse estado é bastante singular, e por questões que envolveram, entre outros movimentos políticos, sucessivas mudanças nas estruturas de governo, fez com que, a partir de 2007, a Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH ficasse responsável por sua implementação.

Assim, além das competências de fazer avançar o Sistema Único de Assistência Social – SUAS rumo à sua consolidação no estado e, entre as políticas que transversalizam com os Direitos Humanos, a SEASDH tinha como responsabilidades: a tarefa de dar continuidade a um programa governamental de atendimento a pessoas que fazem uso prejudicial de drogas; promover o processo de construção, para o estado do Rio de Janeiro, de uma Política sobre Drogas que fosse efetivamente pública. Isso requeria, entre as tantas incumbências, fazer funcionar, em moldes mais democráticos, o Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas – CEPOPD-RJ e fazer dialogar os direitos sociais e os direitos humanos.

Experimentar a gestão das Políticas sobre Drogas junto à SEASDH, nos situava num espaço-tempo muito propício a uma pesquisa implicada aos estudos da subjetividade, pois que nos permitia mergulhar numa espécie de ponto de convergência, por onde se cruzavam forças políticas diversas. No estado do Rio de Janeiro, muitas delas já foram, inclusive, objeto de outros estudos (LIMA & ALARCON, 2004; SILVA, 2012). No que se refere aos aspectos macro políticos desses movimentos, os trabalhos de revitalização e atuação do CEPOPD-RJ nos inseriam numa intensa agenda de articulação institucional, permitindo-nos

acompanhar, de maneira muito próxima, as políticas do Governo Federal relacionadas às drogas e seus rebatimentos para estados e municípios.

Nos últimos anos, podemos observar algumas iniciativas onde as ações no Estado passaram a ganhar visibilidade na agenda pública, impulsionando inquietações acerca das práticas de cuidado e assistência nos serviços publico-estatais. Tendo o crack como droga carreadora e foco central das ações de controle, o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”(BRASIL; 2010a, 2011a), e, o Programa Nacional – “Crack, é possível vencer!” (BRASIL; 2011c), tem envolvido, no rol programático de suas propostas e metas, um incremento dos dispositivos de vigilância e segurança nos territórios, assim como o fomento a pesquisas, o desenvolvimento e oferta de cursos diversos, onde o conhecimento na área das drogas, especialmente aqueles que orientam as práticas de cuidado e assistência acabam por ser questionados.

Acompanhar a agenda de implementação desses planos, muitas vezes representando o CEPOPD-RJ e a própria SEASDH, nos permitia observar, registrar falas, impressões, não apenas como consequência das discussões atuais em torno da temática das drogas em si, mas também como resultado dos afetos produzidos no encontro entre outras políticas. Saúde, Assistência Social, Direitos Humanos, Segurança Pública, Justiça, etc, todas compareciam nesse mesmo espaço-tempo de ebulição, fosse em encontros com diversas representações de Ministérios, com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e demais Conselhos Estaduais, fosse em reuniões ordinárias do Colegiado do CEPOPD-RJ, seminários ou fóruns locais de discussão da rede de serviços. Todos esses espaços se apresentavam para nós como espaços de intervenção técnico-política, o que já nos confrontava com o compromisso ético. Qualquer proposta de alteração de condução nas Políticas sobre Drogas poderia significar alterações no curso das outras políticas.

No que se refere aos aspectos micro políticos, o próprio fazer nos lançava numa experiência singular. A prática da gestão junto à SEASDH, em si mesma, podia ser sentida como substância tóxica capaz de produzir alterações de consciência, portanto, produtora de subjetividade. Por a mão na massa da gestão da Política sobre Drogas e, sobretudo, na gestão de um programa direcionado ao atendimento a pessoas que usam drogas de forma prejudicial, dentro da pasta da Assistência Social, produzia estranhamentos vários, fazendo a própria experiência transbordar de si mesma, disparando outras direções. Não foram poucas as vezes em que se ouvia, dentro e fora da SEASDH as perguntas: - Afinal, o que a Assistência Social tem a ver com esse assunto? - Cuidar de usuários de drogas não é papel da Saúde? Esses questionamentos permitiam que múltiplas inquietações, com idades diferentes, ganhassem outra dimensão, reclamando, nesse contexto, maior atenção.

2ª Carta: Entre o velho e o novo

Com a Reforma Psiquiátrica e, a partir de 2003, com “a política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas” (BRASIL; 2003), norteadas pela Redução de Danos – RD como paradigma e modelo orientador das práticas de cuidado, o programa estadual gerido pela SEASDH passava a ser compreendido como uma espécie de anormalidade face às atuais diretrizes da Saúde Mental. E, sem desconsiderar essas mudanças de orientação no campo da Saúde, com a construção de uma tipificação para os serviços do SUAS (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2009b), esse programa também passaria a ser entendido como uma espécie de estorvo dentro da própria Assistência Social, o que provocava embates frequentes. Mas, considerando a opção política do Governo do Estado em mantê-lo e, considerando que os serviços do programa estadual continuavam a ser acessados, forçando sua continuidade, era preciso entender os movimentos e forças políticas produtoras desse contexto.

Sob o aspecto da assistência prestada a pessoas que fazem uso prejudicial de drogas no estado do Rio de Janeiro, cabe o registro de que embates entre a Assistência Social e a Saúde não se iniciaram em 2007, com a atual gestão do governo estadual e/ou com a “calamidade” midiática em torno do crack. No decorrer da última década, eles tem sido frequentes, face à escolha das sucessivas gestões no Governo por um modelo de atendimento especializado de cuidado para essa população. Conforme já documentado em parte (LIMA & ALARCON, 2004; SILVA, 2012), por uma questão de heranças institucionais, deixadas pela extinta Secretaria Estadual de Justiça, esse programa estadual, assim como a política que trata do tema das drogas, se ancorou na pasta da Assistência Social e Direitos Humanos.

Concebido no final da década de 1990, num modelo de “clínica especializada para tratamento de dependentes químicos” o programa, ligado ao antigo Conselho Estadual Antidrogas – CEAD, tinha entre seus objetivos atender à população de “baixa renda”. Executado por meio de parcerias celebradas entre o Governo do Estado e ONGs, o programa, que ficou conhecido na última década como “Programa Clínicas Populares”, passava então a ser sentido, entre os militantes das políticas de Saúde Mental e Assistência Social, como entrave às novas orientações do SUS e do SUAS. Essa crítica se asseverava ainda mais diante do fato de que os recursos para a manutenção desse programa eram provenientes do Fundo Estadual de Saúde – FES, descentralizados para a Assistência Social,

por meio de resoluções conjuntas anuais das Secretarias de Estado de Saúde - SES e SEASDH¹.

Até meados de 2012 esse programa contou com três Clínicas: a primeira, Michele de Moraes, localizada no Bairro de Santa Cruz, Rio de Janeiro, inaugurada em 2000; a segunda, Ricardo Iberê Gilson, no distrito de Juparanã, município de Valença, iniciou suas atividades em 2001; e, a terceira, Nise da Silveira, inaugurada em 2003, funcionava às margens da Rodovia Presidente Dutra, no município de Barra Mansa. Além dessas três clínicas, o programa contava ainda com um serviço de atendimento-dia, criado, no final da década de 1980. Funcionando num prédio da UERJ, no bairro de São Cristóvão desde essa época, esse serviço conservava o nome CEAD em virtude de ter sido inicialmente, uma espécie de braço executivo do antigo Conselho Estadual Antidrogas (SILVA, 2012).

Ao longo da última década, impulsionado pelas mudanças na própria Política Nacional sobre Drogas (BRASIL; 2005b) e com o advento da Lei nº 11.343/2006, esse programa estadual e seus serviços passaram por sucessivas mudanças. Reordenado em 2009, o CEAD por exemplo, passou ser chamado de Centro Estadual de Assistência sobre Drogas. Mantido também por convênios celebrados com ONGs, a partir desse ano, por orientação da gestão da SEASDH, o CEAD reordenou sua metodologia de trabalho, na intenção de aproximá-lo das diretrizes da Assistência Social. O CEAD deixava assim de ter um foco estritamente ambulatorial de agendamento de consultas individuais com especialistas.

Compreendia-se que, ao ampliar o número de profissionais do serviço social na equipe, e passando a incluir na rotina de atendimento uma série de outras atividades: artísticas, esportivas, oficinas sobre direitos trabalhistas e previdenciários, assembleias de usuários, passeios culturais; criar-se-iam possibilidades de uma aproximação com o trabalho de um CREAS (Centro de Referência Especializado da Assistência Social). No entanto, em função da referência histórica criada pelo CEAD como espaço de assistência especializada para pessoas com problemas decorrentes do uso prejudicial de drogas e, como vários bairros da cidade do Rio de Janeiro não dispunham de CAPS-AD, foram mantidos na equipe dois psiquiatras, servidores estatutários cedidos por outros órgãos do executivo estadual, o que o mantinha, tal como as três clínicas do programa, ainda com características técnicas de um serviço de Saúde Mental.

¹ No âmbito do Plano Plurianual (PPA) e da Lei Orçamentária Anual (LOA/2012) esse Programa de Trabalho aparece sob título “Proteção Social Especial ao Usuário de Drogas” / PT: 2961.10.303.0110.2778. A descentralização dos recursos do FES para a SEASDH, no ano de 2012, se deu por meio da Resolução Conjunta SES/SEASDH nº 37, de 25 de janeiro de 2012, modificada posteriormente pelas Resoluções Conjuntas SES/SEASDH nº 69, e Resolução conjunta SES/UERJ/SEASDH nº 70, ambas de 14 de agosto de 2012, conforme Processo E-23 / 1626 / 2012 e publicadas em Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro (DOERJ) de 23/08/2012.

No decorrer de 2012, em meio ao turbilhão que envolveu a implantação do Programa “Crack, é possível vencer” (BRASIL; 2011a), outras intervenções de gestão foram implementadas. As antigas clínicas foram remodeladas em Centros de Acolhimento Regionalizados para usuários de álcool e outras drogas – CARE-AD e o antigo CEAD em Observatório de Gestão e Informações sobre Drogas do Estado do Rio de Janeiro – OGIDERJ.

O hibridismo incômodo do programa estadual podia ser entendido quando verificávamos que as três unidades de internação eletiva (as clínicas) possuíam características tanto de serviço de Saúde quanto de Assistência Social: meio serviço de acolhimento institucional, meio clínica, meio casa de passagem, meio unidade de acolhimento. O antigo CEAD, atendendo, a partir de 2009, a uma área territorializada no município do Rio de Janeiro, também tinha essas características híbridas: meio Centro-pop, meio CAPS-AD. Assim, muito das fragilidades verificadas na gestão das políticas assistenciais ligadas ao tema das drogas na SEASDH, pareciam refletir e expressar a realidade dos percursos da gestão e implementação dos serviços público-estatais de assistência nos municípios: eram uma amostra da rede.

Ainda que fora das normas mais recentes do SUS e do SUAS, a experiência com a gestão dessas ações permitia interrogar o atual das práticas dos serviços de Assistência Social e de Saúde. A simples opção política do Governo do Estado em insistir na manutenção do programa, já parecia denunciar um esvaziamento das políticas de Saúde Mental no estado, trazendo para a Assistência Social a responsabilidade de responder pelos serviços assistenciais nessa área. E, quando comparados às normas atuais que orientavam a gestão das políticas da Assistência Social, os serviços do programa também não eram mais obsoletos ou mais transgressores quanto toda a rede de proteção social de alta complexidade da Assistência Social.

Dentro da própria esfera da gestão estadual do SUAS podiam ser encontradas outras do “anormalidades”. Destoando de um comando único da Assistência Social, passavam a ser alvo de críticas a manutenção das históricas Fundações para a Infância e a Adolescência – FIA e Fundação Leão XIII, com seus abrigos para idosos e pessoas com deficiência, tais como os localizados em Dorândia, no município de Barra do Piraí e em Rego Barros, no município de Conceição de Macabu, onde, crianças com toda sorte de deficiências haviam sido abandonadas, tornando-se adultas dentro desses serviços, sem nenhum contato com a comunidade.

Pelo lado da Saúde, a ausência de leitos nos hospitais gerais para desintoxicação e atendimento aos agravos clínicos e comorbidades associadas ao uso prejudicial de drogas; o

número insuficiente de CAPS-AD no estado e os indicativos de desinvestimento e retrocessos na RD como modelo orientador de práticas de cuidado direcionado a usuários de drogas, acenavam para um lugar de desvalorização da Saúde Mental no estado. Simultaneamente, quando acompanhávamos as dificuldades dos usuários em acessar e se manter no programa e comparávamos esses dados com pesquisas que abordam os agravos sociais associados ao uso prejudicial de drogas, encontrávamos nos serviços do SUAS, distribuídos pelos territórios, fragilidades semelhantes que reclamavam um reordenamento, assim como práticas mais condizentes com a realidade das situações apresentadas.

Num momento onde a Saúde Mental ainda vive as agruras de desconstruir os velhos manicômios, para fazer implantar sua rede territorial de cuidado, buscando formas de alavancar a Redução de Danos como modelo orientador de cuidado na área das drogas, a Assistência Social começa a tatear no reordenamento de sua antiga rede de asilos e serviços de acolhimento institucional, tendo ainda uma série de lacunas em relação às escolhas políticas e teórico metodológicas de abordagem à questão.

Na Assistência Social, muitos desses serviços de abrigamento para pessoas em situação de rua, por exemplo, se configuram ainda como verdadeiros depósitos humanos e impõem condições para o atendimento, semelhantes àquelas impostas aos usuários de drogas. Historicamente marcados por práticas disciplinadoras, os velhos dispositivos da Assistência Social (asilos, abrigos, casas de passagem), conhecem há muito o uso prejudicial de drogas como causa e/ou consequência das situações de vulnerabilidade social.

No estado do Rio de Janeiro, segundo o “Plano para o desenvolvimento de ações ao uso e abuso do álcool e outras drogas” da Fundação Leão XIII registrava-se que, no ano de 2001, quase 27% das pessoas abrigadas nas suas unidades eram “usuários portadores de dependência química” (RIO DE JANEIRO; 2004, p. 2). Confrontando esses dados com o levantamento nacional da “população adulta em situação de rua”, feito no ano de 2008 nas 27 capitais brasileiras, verificam-se algumas aproximações. Segundo essa pesquisa, 28,1% da amostra pesquisada já havia passado por “centros de recuperação de dependentes químicos”, e 27% por abrigo institucional (BRASIL; 2008). Ou seja, independente da existência de um programa específico para cuidar de usuários de drogas na SEASDH, os serviços da Assistência Social, antes e depois do advento do SUAS, de forma geral, já vinham executando esse tipo de trabalho.

O advento de uma Assistência Social pública no Brasil, pós Constituição de 1988, trouxe todo um reordenamento paradigmático que forçou a que essa política viesse a adquirir funções de ampliação da proteção social, de defesa social e institucional, e, de vigilância socioassistencial. Durante esse processo de implementação do SUAS no Brasil, vários novos

dispositivos público-estatais, tais como os Centros de Referência (CRAS, CREAS, Centros-Pop), responsáveis pela oferta de uma série de serviços de base territorial passaram a funcionar, ampliando os níveis de proteção social.

Acerca da vigilância social, o censo SUAS 2010, mostrava que, em todo o Brasil, 14,5% das “situações mais frequentes atendidas pelos CRAS, estavam relacionadas a usuários de drogas” (BRASIL; 2011, p. 28). No estado do Rio de Janeiro, os dados do Senso-SUAS/2011 apontavam que, no mês de agosto desse ano, “entre os novos casos de violações de direitos atendidos pelo Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI, em 90 CREAS existentes, encontravam-se 1.181 casos onde o uso prejudicial de drogas estava relacionado”². Ou seja, esses dados traziam um indicativo de que, se usuários de drogas continuavam a acessar e serem atendidos na antiga rede de serviços de Assistência Social, os novos serviços criados com o advento do SUAS também o fazem com frequência.

Diante desses indicativos, as inquietações disparavam em várias direções, na busca por alcançar a tão desejada intersectorialidade e/ou a integralidade das políticas de atendimento: ela seria possível num contexto atual de seguidos planos de enfrentamento às drogas? Como esse trabalho vinha se traduzindo na experiência do cuidado e da assistência propriamente dita? Quais práticas se tem materializado nos serviços do SUAS quando as questões do atendimento se volta para um público que tem o uso prejudicial de drogas entre as variáveis que interagem com as vulnerabilidades, agravos sociais e violações de direitos que a Assistência Social visa prevenir e fazer superar? Como as normativas do SUAS vem abordando essas questões? Essas práticas são convergentes às diretrizes que orientam o trabalho nos serviços de Saúde Mental? Essas eram perguntas-problema que brotavam em abundância da experiência junto à SEASDH e que nos movimentavam em direção à pesquisa. Não tínhamos um problema a ser estudado, tínhamos múltiplas inquietações que convergiam para pontos de atravessamento.

3ª Carta: Dos problemas que emergem do campo da experiência

Entre as inquietações que vemos surgir das práticas, especialmente no âmbito das ações e dispositivos estatais, encontravam-se aquelas que forçam interrogações acerca da produção de conhecimentos no campo da Assistência Social. Sob esse aspecto, as diretrizes e normativas do SUAS, que norteiem as práticas nos serviços, aparentam contradições sobre

² Dados obtidos junto à Superintendência de Gestão do SUAS da SEASDH.

como trabalhar no atendimento com usuários de álcool e outras drogas: ora o uso prejudicial de drogas é elencado entre as situações produtoras de vulnerabilidade, exigindo proteção social do SUAS, ora é suprimido dos documentos orientadores, deixando equipes dos serviços sem saber quais os critérios utilizados para definir o público a ser assistido.

Por um lado, a falta de rigidez normativa poderia ser sentida como possibilidades, permitindo abertura aos processos de criação, moduladores de novas práticas mais alinhadas com a promoção e a garantia dos direitos sociais e humanos. Por outro lado, numa direção diametralmente oposta, surgem dessas mesmas lacunas oportunidades e iniciativas de deturpação do sentido e uso da noção de proteção social estatal a ser ofertada à população. Aquilo que deveria ser concebido como iniciativa de proteção, passa a legitimar práticas de medidas de segurança, absolutamente contrárias aos esforços e conquistas coletivas já auferidos pelos movimentos sociais tanto na Saúde quanto na Assistência Social.

Resumidamente, diríamos que medida de segurança é um dispositivo jurídico aplicado ao autor de crime com o fim de curá-lo ou, no caso de tratar-se de portador de doença mental “incurável”, de torná-lo apto a conviver em sociedade sem voltar a delinquir. Ou seja, a medida de segurança se fundamenta na noção de periculosidade, que ainda sustenta a existência dos manicômios judiciários e/ou hospitais de custódia. Diferente da sentença que determina a prisão de um criminoso comum, cujo prazo de encarceramento tem uma data para expirar, a medida de segurança não tem prazo pré-fixado para terminar. Dessa forma, aquele que é submetido à medida de segurança estará sujeito a avaliações periódicas que funcionarão como uma espécie de tribunal contínuo, onde médicos, psicólogos, assistentes sociais são convocados a julgar se aquele sujeito está apto ou não para retornar a viver em sociedade.

Iniciativas como a do “acolhimento compulsório”³, promovidos na Cidade do Rio de Janeiro⁴, é um bom exemplo dessas deturpações, abrindo campo para indagações e reflexões sobre qual paradigma ético-político sustentaria as atuais diretrizes públicas que orientam a operacionalização dos atuais serviços de proteção social especial da Assistência Social.

³ Prática arbitrária de recolhimento de pessoas que estejam em situação de rua (usuárias de drogas ou não), segregando-as em espaços institucionais fechados e/ou transferindo-as para outras localidades de menor visibilidade pública, sob o pretexto de que essas pessoas precisam ser protegidas de si mesmas, uma vez que oferecem perigo a si e a outros. Por isso, na prática, o acolhimento compulsório se traduz em medida de segurança.

⁴ A Resolução nº 20 da SMAS do Rio de Janeiro instituiu “Protocolo do Serviço de Abordagem Social”. Entre os procedimentos listados (28 ao todo), destacam-se: o acionamento do Conselho Tutelar, já que a permanência de crianças e adolescentes nas ruas “não poderá ser vista como uma possibilidade”; o encaminhamento de crianças e adolescentes para unidade de acolhimento, impedindo-os de evasão; acompanhamentos de todos os acolhidos (crianças, adolescentes e adultos) à delegacia, para verificação de mandados de busca e apreensão. Sobre o assunto e desdobramentos, ver texto da “Ação Civil Pública” proposta pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em < <http://www.cressrj.org.br/download/arquivos/acao-civil-publica-de-improbidade-administrativa-contra-eduardo-paes-e-rodrigo-bethlem.pdf> > Acesso em 25 de jun. de 2013.

Longe de serem ingênuas, essas interrogações não buscam apenas uma informação, mas permitem confrontações oriundas de militâncias diversas, pressionando gestores e trabalhadores do SUAS pela construção de uma resposta, um conhecimento, que expresse uma tomada de posição ético-política que seja convergente com a história de luta pela defesa de direitos sociais e humanos.

Desde 2004, que a atual Política Nacional sobre Drogas, no eixo que dispõe sobre o tratamento, a recuperação e a reinserção de usuários, já acabava por confrontar a Saúde e a Assistência Social. Esse confronto se dá, especialmente, naquilo que toca as suas competências, seus compromissos ético-políticos e fragilidades setoriais na produção de respostas públicas, de forma que não venham a atualizar ações de caráter imediatista e moralizador da questão. Assim, especialmente após o advento da RD como paradigma e modelo orientador do cuidado, uma das tarefas para pesquisas atuais nessa área, e a nossa não poderia se furtar a esse compromisso, estaria em problematizar a naturalização de certos conhecimentos e práticas, verificando de que maneira eles se aproximam e/ou se distanciam de noções comuns tais como dependência química, recuperação, reinserção social.

Atrelado às dificuldades de ampliação da rede de serviços, à sobrecarga de demandas nos equipamentos existentes, à sobreposição de agendas que definem prioridades para o atendimento, esse tipo de conhecimento naturalizado ajuda a impedir ações proativas no território, fazendo-as retroagir a um modelo de apartação e segregação tanto na Saúde quanto na Assistência Social. Nesse sentido, a problemática tende a se agravar perante o conjunto de dificuldades materiais e técnicas verificadas para prover, na prática, a assistência aos usuários, o que só reforça os modelos de asilamento como proposta.

Os mesmos saberes que produzem a individualização do problema do uso prejudicial de drogas, parecem individualizar também a busca por solução e, num contexto de precariedade da gestão, de falta de acesso a técnicas de manejo por parte dos trabalhadores, enrijecem-se as normas disciplinares e institucionais como formas, quase que exclusivas, de manter a ordem e o funcionamento dos serviços. Os dispositivos disciplinares e normalizadores passam a ganhar maior dimensão para compensar a falta de estrutura?

No limite do agravamento, esse tipo de situação, faria com que o usuário passasse a ser responsabilizado, quase que exclusivamente, pela inviabilidade e fracasso das intervenções, impedindo a reflexão sobre as ações estatais e a integração das diferentes iniciativas num contexto mais amplo de proteção social. Nessas circunstâncias o usuário deixaria de receber cuidado, como que sendo culpabilizado e punido por algo que deveria ser motivo principal da assistência a ser prestada.

Portanto, nesta pesquisa parecia ser fundamental trazer para discussão e análise aquilo que aparece, na prática, como justificativa para inviabilidade ou para o fracasso da intervenção. Era preciso verificar se aquilo que é usado como dado explicativo das causas para as dificuldades dos usuários acessarem e se manterem nos serviços disponíveis, não eram resultados da forma como esses mesmos serviços tem sido implementados. Era preciso entendermos como se constrói a noção comum de “resistência” dos usuários aos tratamentos.

O conhecimento cria uma estética que, cedo ou tarde, incide sobre os desenhos e modelos que se criam para as políticas públicas. Do ponto de vista da gestão da Assistência Social, pensar, então, as práticas de cuidado e assistência dirigidas a pessoas que fazem uso prejudicial de drogas não nos parece ser um ato que se possa dissociar de uma reflexão sobre como esse problema é construído com a interferência dos movimentos de produção teórico-acadêmica. Partindo de uma literatura que demonstra que a produção de objetos da investigação científica implica produção de sujeito do conhecimento (PASSOS, KASTRUP & ESCÓSSIA, 2009), ficam os estudos da subjetividade e, conseqüentemente, a Psicologia, convocados a contribuir nesse processo. Essa dimensão política do conhecimento traz assim a responsabilidade de pensá-lo sob o paradigma da ética, de forma que não se crie ainda mais embaraços que aqueles já causados pela naturalização de conceitos e pela banalização de informações.

Isso significa que, qualquer pretensão em tecer considerações que envolvam as práticas assistenciais no contexto atual das políticas de enfrentamento às drogas no Brasil, necessariamente implicará produção de subjetividades. Em se tratando de utilizar alguns conceitos associados às práticas de cuidado direcionados a pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, o cenário brasileiro parece exigir atenção. Em razão das atuais proporções midiáticas que se criaram atualmente em torno desse tema, muito desta pesquisa estará dedicado a pensar a produção de políticas públicas e os modos pelos quais elas passam a ser experimentadas.

4ª Carta: Do trânsito das inquietações e da construção do objeto

Cada uma das interrogações que surgiam já poderia ser convertida em objeto de mais de uma tese. No entanto, todas elas perdiam seus contornos na medida que o hibridismo da nossa experiência nos aproximava das regiões onde esmaeciam os limites que separavam as práticas de gestão das práticas de assistência e/ou quando se apagavam as margens que

separavam o SUS e do SUAS. E com o apagamento desses perímetros identitários, apagavam-se também alguns dos muros sobre os quais víamos construir especialidades. Estávamos à deriva?

Habitar simultaneamente a Assistência Social e a Saúde Mental parecia significar não estar nem lá nem cá, nem antes nem depois, mas em outro tempo-lugar. Descrevendo em parte a trajetória dos judeus alemães e trazendo para a discussão a experiência da diáspora, Zigmunt Baumann, numa citação a Kurt Lewin, afirma que “seria característico daqueles que transitam entre diferentes grupos, um certo sentimento de não pertencer a nenhum deles” (BAUMANN; 1999, p. 130). Porém, revendo o conceito de território em Deleuze e Guattari, verificamos que ele é concebido por esses autores como produto dos meios e dos ritmos. Nessa compreensão, o território desta pesquisa passaria a ser composto por partes de meios: partes do exterior, do interior, partes intermediárias, partes anexadas. Os territórios possuem zonas de domicílio e abrigo, zonas exteriores de domínio, fronteiras ou membranas mais ou menos porosas, zonas neutralizadas, assim como reservas de energia.

Os meios são aberto no caos, que os ameaça de esgotamento ou de intrusão. Mas o revide dos meios ao caos é o ritmo. O que há de comum ao caos e ao ritmo é o entre-dois, entre dois meios, ritmo-caos ou caosmo: ‘Entre a noite e o dia, entre o que é construído e o que cresce naturalmente, entre as mutações do inorgânico ao orgânico, da planta ao animal, do animal à espécie humana, sem que esta série seja uma progressão...’. É nesse entre-dois que o caos torna-se ritmo. O caos não é o contrário do ritmo, é antes o meio de todos os meios. Há ritmo desde que haja passagem transcodificada de um para outro meio, comunicação de meios, coordenação de espaços-tempos heterogêneos (DELEUZE & GUATTARI, 1997 / 2008b, p. 119)

Para esses autores, só haverá território na medida em que os componentes dos meios deixem de ser direcionais e passem a ser dimensionais, quando deixam de ser funcionais e se tornam expressivos (DELEUZE & GUATTARI, 1997 / 2008b, p. 121). De toda forma, o que nos parecia importante para situarmos nossa pesquisa eram as velocidades com que essas referidas passagens estavam se produzindo.

Acampar com uma pesquisa nessas zonas de fronteira, produzia mestiçagens e novas experimentações surgiam como ocasião. Em meio a territórios de domínios de práticas que se fazem demarcar cotidianamente, um conhecimento mestiço parece, por si só, uma espécie de incômodo, de desestabilizador de parâmetros normalizantes. Quando a valorização da homogeneidade identitária gera uma espécie de ideal de pureza, qualquer sinal de mestiçagem pode passar a ser objeto de controle.

Conhecimento fora do padrão, vindo da experimentação, não deixa de ser um conhecimento meio ralado, com pequenos defeitos decorrentes do atrito e do contato resultante do processo de produção. E, por aparentar certa sujeira, será objeto de práticas

disciplinares. Seu corpo será alvo de normas específicas, banhos intermitentes, que visarão limá-lo, limpá-lo e condicioná-lo para distribuição. Mais tarde, torna-se compreensível que experimentar e provar (d)esse controle produz suas próprias intoxicações, alterando o fluxo das ideias, logo das inquietações.

Sob essas circunstâncias considerávamos também que, embora essa pesquisa pudesse vir a interessar diretamente a profissionais e pesquisadores, íntimos das questões que pretendíamos abordar, muitas dúvidas poderiam emergir para aqueles outros interessados, que não tiveram a oportunidade de acompanhar os movimentos e transformações mais recentes a que, uma ou outra política social estiveram implicadas. Devendo ser entendida como miscigenação, produto dessas experimentações, essa pesquisa nos cria a responsabilidade de tornar inteligível para leitores inseridos no campo da Saúde e, da Saúde Mental em particular, uma linguagem própria do território da Assistência Social e, para leitores desta, a tradução dos idiomas e dialetos daquelas, o que nos exigirá transversalizar com a terminologias próprias de cada um dos campos, com os conceitos e noções, os aspectos históricos de cada uma.

Diante dos embaraços mais urgentes na atenção ao uso prejudicial de drogas, que apontam para o perigo de deturpação dos serviços de Assistência Social, transformando-os em dispositivos de segurança, e considerando as fragilidades para se avançar com a RD no estado do Rio Janeiro, originalmente, desenhamos um problema sob a forma da seguinte interrogação: seria possível à Assistência Social adotar a RD como paradigma e modelo orientador das práticas de cuidado a usuários de drogas nos serviços do SUAS? Esse problema vinha acompanhado por uma hipótese, a de que, além da assistência direcionada às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, enquanto paradigma, a RD tem potência de impregnar as práticas nos serviços do SUAS, produzindo redes mais quentes na promoção e garantia de direitos sociais e humanos.

No entanto, havia ainda algumas dúvidas sobre se a RD seria o melhor fio condutor para a produção da pesquisa. O pesquisar mudava o trajeto das inquietações na medida que avançávamos com o trabalho. Enquanto nos debruçávamos em construir um método para essa pesquisa, ficava cada vez mais evidente que a nossa experiência na gestão da Política sobre Drogas no estado do Rio de Janeiro, que incluía um programa de assistência a usuários de drogas, era apenas um ponto para onde convergiam subjetividades vindas de diversos tempos e lugares. A problemática da pesquisa passava a se situar “ENTRE” a Assistência Social e a Saúde, nos seus percursos de construção, tendo como pano de fundo o paradigma criminalizador das drogas.

No contato estreito entre Assistência Social e a Saúde Mental, a gestão das Políticas sobre Drogas na SEASDH pôde ser afetada, implicando novas modulações para as ações governamentais no estado do Rio de Janeiro. De forma que, no processo de construção do nosso objeto, formulamos um PROBLEMA: A RD pode auxiliar a que as práticas de Assistência Social e Saúde Mental venham a se potencializar mutuamente no campo da atenção ao uso prejudicial de drogas?

A nossa experiência junto à gestão das Políticas sobre Drogas na SEASDH permite entender que a RD pode afetar os serviços da Assistência Social, auxiliando no cumprimento de suas funções de proteção, vigilância e defesa dos direitos sociais, assim como os serviços do SUAS podem potencializar a Saúde Mental auxiliando a própria RD a ganhar o lastro necessário rumo a sua consolidação enquanto paradigma orientador das práticas de cuidado, ampliando, inclusive seu raio de afetos para além da questão do uso prejudicial de drogas.

Assim apontamos como OBJETIVO GERAL: cartografar os afetos (as forças políticas implicadas) ENTRE as Políticas de Saúde e de Assistência Social no estado do Rio de Janeiro, a partir de um recorte dos relevos que se produzem com e na construção de suas competências estatais para com a atenção ao uso prejudicial de drogas.

O objeto desta pesquisa se ergue, portanto, numa fronteira ENTRE FAZERES, fincados em diferentes tempos normativos orientadores das práticas de cuidado e assistência aos usuários de drogas, e ENTRE SABERES, oriundos de territórios distintos, que aqui restringiremos ENTRE a Saúde Mental e da Assistência Social. São sobre esses afetos que viremos a nos ancorar nessa dissertação. Muito menos que descrever nossa experiência junto à gestão das Políticas sobre Drogas na SEASDH, pretendemos reunir condições para encontrá-la como produto dessas afecções, resultado desses encontros entre políticas. Isso lançava a pesquisa em direção a dois OBJETIVOS ESPECÍFICOS: entender como a temática do uso prejudicial de drogas atravessa e é atravessada na construção das políticas de Assistência Social e de Saúde Mental e quais as consequências desses atravessamentos na construção de uma história recente para as Políticas sobre Drogas no estado do Rio de Janeiro.

5ª Carta – Das notas sobre o método

Interessados em mapear produção de subjetividades, poderíamos entender o trânsito das inquietações que já descrevemos como fruto de um nomadismo, resultado da potência de perceber-se estrangeiro dentro da própria morada. Regis e Fonseca, dissertando sobre as “cartografias como estratégias de produção do conhecimento”, falam desse aspecto nômade

da pesquisa (REGIS & FONSECA; 2012). Retomando Walter Benjamin, esses autores falam dessa “capacidade de estranhamento” que nos desenraiza, tanto da “percepção do habitualmente é reconhecível”, quanto do “utilitarismo herdado da sociedade capitalista moderna” (Ibidem, p. 273).

Segundo outros autores que consultamos, a cartografia se configura como um método de pesquisa-intervenção (KASTRUP, 2009; PASSOS, KASTRUP & ESCÓSSIA, 2010; NEVES et al, in BRASIL, 2010c). Proposto por Deleuze e Guattari, o método cartográfico nos remete a uma experimentação problematizadora no acompanhamento dos processos de criação e recriação do *socius*. O que nos permite mapear a produção de realidades, por meio do acompanhamento dos seus movimentos de composição e decomposição implicados em modos de subjetivação.

Procurar um lugar para a pesquisa, ou melhor, construí-lo e situá-lo num possível mapa vivo, significa olhar ao lado, a dinâmica das relações de vizinhança, as áreas de perigo, os trajetos e as passagens que nos permitem compreender o movimento de implicação ético-política que interfere, de forma decisiva, na geografia do território que a própria pesquisa constrói.

O campo problemático nos possibilita analisar os acontecimentos em seu misto, ou seja, naquilo que portam como atualização de visibilidades, dizibilidades e expressão do estado de coisas e no que enunciam como virtualidades produtoras de estranhamentos, rupturas e inflexões que provocam alterações e ampliam a sensibilidade aos regimes de visibilidades e expressão instituídos em modos de ser, fazer e sentir a realidade. Vemos então, que o próprio processo de formação é convocado a esta experimentação problematizadora da química do mundo para nela, e com ela, acompanhar seus jogos, seus rastros de circulação, fazer sua cartografia (NEVES et al, in BRASIL, 2010c, p. 48).

Sob o aspecto da produção científica, esse estudo virá a adquirir as características de uma experimentação, uma vez que experimentar parece expressar com muita propriedade a dimensão inacabada da tarefa de cartografar. A parcialidade na produção dos resultados residirá especialmente na atualidade dos processos de construção sobre os quais nos debruçamos. Embora venhamos abordar aspectos históricos relacionados aos afetos entre a Assistência Social e a Saúde já trabalhados em outros estudos, nos concentraremos, naquilo que remete ao âmbito nacional, na última década - 2003 a 2013, quando entendemos, algumas mudanças importantes passaram a ocorrer nos dois campos, reverberando diretamente sobre a atenção ao uso prejudicial de drogas em todo o país. Em âmbito estadual, diante da carência de estudos que tratem do tema no estado do Rio de Janeiro, mapearemos um período maior: 1980 a 2013.

A problematização e as discussões encontradas nesta dissertação estão fincadas em terrenos vários, onde suas raízes se conectam a um complexo de inquietações, todas entrelaçadas entre si. Embora muito desses terrenos tenham adquirido um caráter periférico, devido ao recorte necessário ao traçado dos perímetros da pesquisa, o nosso objeto não deixou de se nutrir das outras inquietações vindas de fora desses limites. Portanto, cabia uma validação que fizesse incluir em registros aquelas memórias que, clandestinas, a impulsionaram, fizeram-na ganhar o corpo, o movimento e o vigor necessários para que fosse levada a termo.

Como método, a produção de memórias é uma cartografia, um procedimento que, em si, pode ser considerado como uma prática mnêmica. É um procedimento para o estudo da dimensão processual dos modos de produção de subjetividade - e esses modos não se deixam apreender por metodologias que representam os objetos, fixando-os em categorias abstratas e universais, e que deixam de fora da pesquisa/projetos o fluxo processual no qual as subjetividades são produzidas (BARROS; KASTRUP, 2009). Cartografar é acompanhar a trajetória da experiência de um tornar-se. E é somente uma memória que pode ser eleita como um método de apreensão de um tornar-se (NEVES et al, in: BRASIL, 2010c, p. 46).

Se cartografar significa produzir uma memória, podendo ser usado como método de apreensão de um tornar-se, era preciso entendermos quais movimentos estiveram em jogo nessa experiência, onde a própria pesquisa aparece como resultado de uma história de AFETOS. Para produzir uma memória precisávamos documentar. No estado do Rio de Janeiro, especialmente, notávamos uma carência de sistematização dos percursos e movimentos que interferiram nos fluxos da Política sobre Drogas até os dias atuais. Era preciso não apenas reunir documentos, mas produzir um documento que permitisse ler as continuidades e rupturas desses percursos se quiséssemos entender como algumas questões relacionadas ao nosso campo de inserção se produziam como problema.

Entendemos que, como cartógrafos, transversalizaremos com os métodos de um historiador, mas não os de um historiador qualquer. Para produzir uma memória dos afetos entre a Assistência Social e a Saúde no campo da atenção ao uso prejudicial de drogas é preciso entender como o próprio saber histórico é convocado a contribuir nesses processos e qual concepção de História pode ser utilizada para nortear um mapeamento do tipo a que nos propomos. Produzir memória não é apenas evocar da História um fato, mas edificar lembranças que possam ser evocadas a partir de pequenos movimentos muitas vezes desprezados das análises macro políticas: produzir memória é uma intervenção sobre o processo de produção de subjetividades.

Na produção desta cartografia, portanto, optamos em trabalhar com atas de reuniões de colegiados, normativas, relatórios, manuais, leis, decretos, etc, onde possamos obter pegadas, ainda que pequenas, dos afetos produtores de subjetividades na área da atenção ao uso prejudicial de drogas. Esses documentos se nos apresentavam não apenas como resultado de encontros entre subjetividades cambiantes, tanto na Assistência social quanto na Saúde, mas como marcadores da invenção de novas realidades, de novos sentidos sobre a atenção ao uso prejudicial de drogas e sobre as práticas assistenciais.

Propomo-nos a revisar e analisar os percursos de construção desses registros, que constituem a matéria base de nossa pesquisa, confrontando-os com outros estudos afins e com dados da nossa própria experiência. Devido à vasta gama de informações que podiam ser obtidas no nosso campo de inserção, optamos por utilizar alguns dados da gestão na SEASDH e alguns registros do nosso diário de campo, pois entendemos que isso ajudaria a enriquecer as discussões trazidas ao texto. Não faríamos esse trabalho sem a contribuição de análises de outros autores e pesquisadores.

6ª Carta – Do desenho do texto

Optamos por abrir essa dissertação com uma problematização acerca da concepção de proteção social e direito social. No primeiro capítulo, buscando entender por que muitas pessoas que usam de drogas parecem ser tratadas como se não tivessem direitos, trabalhamos nossas análises junto à filosofia de Espinosa. A partir de conceitos como o de direito natural, afeto e potência, teceremos algumas considerações sobre como o direito social se produz e como a proteção social se constrói a partir dos afetos e da potência dos corpos. Muito da literatura revisada, que aborda a proteção social e a construção dos direitos sociais tem se utilizado de uma perspectiva histórica fundamentada em categorias de análise de base marxista. Como o método cartográfico que utilizamos em nossa pesquisa se aproxima em diversos aspectos de uma perspectiva histórica vista de baixo, no estilo thompsoniano, afastando-se da concepção de movimento histórico em Marx, encontrar-se-ão também nesse primeiro capítulo algumas análises sobre os modos de se interpretar a História. Pretendemos encontrar em Espinosa, em sua crítica aos modelos universais, uma outra forma de se interpretar o protagonismo político produtor de direitos.

Auxiliados por Foucault também nos propomos nesse início a algumas reflexões sobre as leis que tratam do tema das drogas, tentando desconstruir noções comuns sobre dependência

química e resistência dos usuários aos tratamentos. Para nos auxiliar nessa tarefa recorreremos à concepção de normatividade e aos desvios propostos por Canguilhem.

O segundo capítulo estará dedicado a construir um analisador da produção de subjetividades na ceara dos atuais planos de enfrentamento às drogas. Aproveitando a fissura corriqueira, tão recorrente para se referir aos ímpetos incontrolláveis das pessoas que usam drogas, nos baseamos em análises de Deleuze e Guattari sobre o tema, tentando produzi-la como tecnologia, aparelho capaz de analisar toxidades dos hálitos políticos. Uma vez que a nossa pesquisa se propõe a uma intervenção sobre as formas de pensar as práticas assistenciais, era preciso entender como se produzem subjetividades a partir de impregnações, biocontaminações e alterações de consciência resultantes da produção e do uso dos conhecimentos e informações. Isso era uma questão ética. Tomar a fissura como analisador da produção de subjetividades, num contexto de planos de enfrentamento às drogas, se apresentava como possibilidade de produzir outros sentidos para as intoxicações e abstinências.

O terceiro capítulo se concentrará num mapear de pequenos rastros deixados pelos movimentos de construção da Assistência Social e da Saúde. Tentando entender os atravessamentos gerados pela divisão das competências dessas políticas para com a atenção ao uso prejudicial de drogas, teremos a oportunidade de analisar como algumas lacunas atuais a respeito do assunto estão relacionadas a outros movimentos mais amplos de separação de territórios políticos. Ou seja, muito daquilo que se poderia apontar como atropelos para se alcançar a integralidade da assistência no campo da atenção ao uso prejudicial de drogas pode ser entendido, pelo menos em parte, como resultado de um processo de construção da diferenciação entre a Assistência Social e a Saúde. Movimentos esses que refletem lutas por valorização de fazeres, implicam práticas de controle sobre saberes, criam cisões e afastamentos entre as políticas, inclusive no que se refere aos aspectos conceituais que norteiam modos de pensar as transformações sociais e orientam práticas de intervenção.

Inseridos num campo que nos obrigava a trabalhar sob diferentes diretrizes e normas que orientam práticas em diferentes serviços, de diferentes políticas públicas, já tínhamos motivos para muitos embaraços, incluindo aqueles relativos ao domínio teórico. Para evitar possíveis obstáculos e reducionismos a um tema implicado com a produção de subjetividades e, tentando tornar a discussão inteligível tanto para leitores da área da Saúde quanto da Assistência Social, escolhemos incluir nesse capítulo algumas discussões acerca dos aspectos históricos e políticos relacionados ao Movimento de Reconceituação no

Serviço Social e suas implicações sobre a construção do SUAS e da Reforma Psiquiátrica sobre a Saúde Mental.

No quarto capítulo dedicaremos um maior detalhamento à Redução de Danos, suas conquistas e constrangimentos políticos. A partir de discussões de outros autores que já trataram do tema, tentaremos apreender a RD em seu processo de ascensão à condição de paradigma. Entendemos que a RD se propõe à produção de uma nova experiência de uso: uso de drogas e/ou uso dos serviços. Como experimentação comprometida com resultados e por isso, enquanto estratégia, a RD desmonta noções comuns que temos a respeito de usuário. Junto de Foucault e suas análises sobre o uso dos prazeres e de Agamben sobre as profanações do uso, teremos oportunidade de demonstrar que o usuário não pré-existe, ele é produção. Teceremos assim alguns argumentos, tentando demonstrar que a RD só pôde ser alçada à dimensão de paradigma na medida de uma nova compreensão: a de que os danos provocados pelo uso de drogas só podem ser entendidos quando correlacionados às condições sociais que determinam o uso que se faz dos serviços que pretendem tratar e assistir as pessoas que usam drogas.

Nessa parte também abordaremos as dificuldades para fazer avançar a Saúde Mental, tentando entender como a construção das Políticas sobre Drogas no estado do Rio de Janeiro geraram para a Assistência Social uma demanda de atenção ao uso prejudicial de drogas na última década. Como o mapeamento dessas memórias no estado resultou num produto muito extenso, utilizaremos nesse capítulo, apenas alguns dados para confronto com outros estudos. Optamos por juntar a íntegra do nosso inventário sob a forma de apêndice a essa dissertação.

O penúltimo capítulo resultou num mapeamento do quadro atual dos serviços do SUAS no estado do Rio de Janeiro, especialmente no que se refere aos serviços de proteção social de média e alta complexidade. Privilegiamos inventariar como eles tem se inserido nessa rede de atenção ao uso prejudicial de drogas, quais as suas possibilidades de aproximação com as cenas públicas de uso drogas e outros agravos sociais associados e quais os perigos que rondam as práticas assistenciais atuais.

No último capítulo nos propomos às conclusões desse trabalho. Retomando afetos entre a Assistência Social e a Saúde Mental, finalizaremos discutindo as possíveis ligações químicas entre as políticas. Entre outras considerações finais para a dissertação, buscaremos desenhar uma proposta de complementaridade entre a Assistência Social e a Saúde, abordando como o paradigma da RD pode ser transposto estrategicamente para os serviços da Assistência Social, auxiliando na aproximação entre serviços e ampliando a potência protetiva dessas políticas sociais.

Analisando as normativas do SUAS, verificaremos que, em realidade a RD já está prevista para a Assistência Social e algumas práticas já podem ser convergentes com as orientações do campo da Saúde. No entanto, conforme disposta no SUAS, a RD ainda se põe como um objetivo a ser alcançado. A novidade estaria em transformá-la num caminho em direção a esse objetivo, usando estrategicamente os princípios orientadores da RD que ainda não foram sequer discutidos.

1 - Capítulo I – Do Direito Natural ao Direito Social

1.1 - Espinosa e o direito natural

Um fumante se preparava para acender seu cigarro, quando foi abordado por uma senhora: ‘- Menino, joga isso fora! Isso vai te matar aos poucos, você não sabe?’ E o fumante responde: ‘- É, a senhora tem razão. Mas, por outro lado, quem disse que quero morrer rápido? (autor desconhecido).

A anedota popular em epígrafe nos ilustra um encontro fortuito entre duas pessoas, mas que, com alguma propriedade nos traduz como se travam, no cotidiano, os enfrentamentos em torno do uso de drogas. Esses encontros, ainda que ao acaso, parecem envolver sempre algum nível de repressão, de um lado e, de resistência, do outro. Assim, uma piada de tabagista nos serve bem para dar partida ao viremos a problematizar nesse início.

No decurso dos trabalhos que envolveram esta pesquisa éramos diuturnamente assaltados pela mídia, com insistentes matérias que abordam os debates sobre uso de drogas no país. Entre essas matérias encontram-se, desde aquelas que versam sobre articulações macro políticas em torno da proposta de mudanças nas Leis (nacionais e internacionais) que dispõe sobre o assunto, passando pelo tema das ações repressivas do Estado às cenas de uso do crack nas vias públicas, até as confusões e atropelos nos encaminhamentos das pessoas que usam drogas de forma prejudicial e que necessitam de assistência pública. O interesse da imprensa sobre esse tema já foi objeto de estudos (SPARANO; 2002) e entende-se que essas notícias pululam em tal abundância na imprensa escrita, nos telejornais e nas redes sociais atualmente, que tornariam desnecessárias maiores referências. Aqui nos restringimos a citar algumas manchetes mais atuais.

Governo paulista começa em dez dias internação involuntária de usuários de crack (Carta Capital, 04 de janeiro de 2013).

FH quer tucanos se opondo a projeto de lei sobre drogas. Texto prevê cadastro de usuários e internação; votação foi adiada (O Globo, 10 de abril de 2013).

O Serviço de Saúde Mental de Teresópolis alega que não tem como atender a Justiça por não possuir clínicas especializadas na cidade. A assessoria da Secretaria Estadual de Saúde do Rio informou que o assunto competia à Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos. Por sua vez, a Seasdh alegou que a responsabilidade é da recém-criada Secretaria de Prevenção à Dependência Química (O Dia, 24 de abril de 2013).

A despeito da legislação vigente e das normas que orientam os serviços do SUS e do SUAS, o tema em torno das internações involuntárias e compulsórias, e das práticas de recolhimento de usuários de drogas das ruas, infestam os noticiários. Enquanto, de um lado

se ouvem os alertas contra as violações dos fundamentos e princípios Constitucionais, tais como a dignidade da pessoa humana e a prevalência dos direitos humanos, de outro, os que apoiam as medidas repressivas, se fundamentam na necessidade de proteger os cidadãos, afirmando que o Estado está cumprindo o seu dever. É inquietante pensar no que seja o exercício do direito (direito à saúde, à educação, à assistência social, etc) quando as lentes da fotógrafa Adriana Lorete, flagram um funcionário da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro numa perseguição a um usuário de drogas (Carta Capital; 22/01/2013).

Na verdade, podemos interpretar isso como uma visão herdeira de um olhar puritano em relação ao mundo. O homem tem que ser protegido de si mesmo, dos seus próprios impulsos. E é o Estado que vai cumprir essa função autoritária e paternal. (...) O Estado, então, não vai se limitar a regular as relações entre os cidadãos. O Estado vai regular a relação de cada cidadão consigo mesmo. (...) O Estado, para nos proteger de nós mesmos, chega a colocar-nos na cadeia. Para proteger nossa saúde, o Estado pode nos encerrar na cadeia. Ora, convenhamos que a cadeia não é um lugar muito saudável! Por outro lado, quem visita a cadeia, e eu fiz parte do Conselho da Comunidade, sabe que na cadeia há drogas também, que possuem um preço superior ao preço do mercado aqui afora. Então, a incapacidade do Estado de impedir o acesso a drogas na cadeia é o melhor exemplo, a imagem mais vívida do fracasso do Estado na tentativa de impedir o consumo (CANNO; 2009).

A julgar pelas notícias atuais e pelas palavras de Canno, podemos entender que essa ideia de Estado protetor vem incidindo diretamente sobre os modos de operar dos serviços públicos, entre os quais, os serviços de Saúde e de Assistência Social também acabam comparecendo como dispositivos de controle, fazendo com que a proteção social estatal seja revertida em medida de segurança. Pensamos que, nas situações referidas, não haverá muita discordância se afirmarmos que muitas pessoas que usam drogas tem sido tratadas de uma forma tão diferente de outros cidadãos, que às vezes parece que elas nem tem direito algum. Porém, se o ordenamento jurídico brasileiro dispõe e afirma a igualdade de direitos, como podemos entender que essas pessoas sejam tratadas como tendo menos direitos que outras?

Para começarmos então a pensar as práticas de trabalho com usuários de drogas nos serviços do SUAS compreendemos que deveríamos repensar a Assistência Social nas suas funções de “ampliação da proteção social, da vigilância sobre as incidências das violações e da defesa dos direitos sociais” (BRASIL; 2005a). Mas, diante do que se tem observado na prática, não poderíamos então nos pautar no que está dado, seja pela Lei e pela norma que dispõe das funções da Assistência Social ou qualquer outra que trate dos direitos sociais. Quando a própria proteção social, da maneira como está disposta, parece ficar sujeita a uma série (para dizermos um acaso) de interpretações, elas deixam de dar conta de explicar a

realidade das variações de sua aplicação. Se na prática, o direito social não parece ser o que está na Lei e nas normativas, o que podemos entender por proteção social como direito? Como um direito social se produz?

Tentando buscar uma outra explicação sobre como se produzem essas variações dos direitos sociais e tentando construir uma outra compreensão que possa qualificar as práticas assistenciais dirigidas aos usuários de drogas, optamos por buscar na filosofia espinosana, na concepção de direito natural, um outro fundamento. Embora não tenhamos encontrado nos textos de Espinosa nenhuma citação a direitos sociais⁵, entendemos que sua concepção de direito natural é suficiente para o que nos propomos.

De imediato, é importante fixarmos alguns aspectos da filosofia espinosana, imprescindíveis para entender o conceito de direito. Um deles diz respeito à ideia de “instituição” do direito que, de acordo com a tese central da política de Espinosa, é algo que imana da natureza. Ou seja, para Espinosa, o “estado civil” não é outra coisa senão uma continuação do “estado de natureza” do homem, o que faz com que todos os outros direitos sejam uma extensão do direito natural (ESPINOSA; 1632 – 1677 / 2009, p. 10 e 15)⁶.

O segundo aspecto, importante para entender o direito espinosano, está ligado à ideia de potência: força atual “que cada coisa natural possui para existir e operar” que, para Espinosa, é o próprio direito natural (Ibidem; p. 12). Ou seja, a potência sempre pode variar o seu grau, aumentar ou diminuir, de acordo com os afetos a que os corpos (qualquer coisa natural) estão sujeitos. Por isso, pode-se entender que o direito natural implica movimento histórico. Isso fica mais claro quando entendemos o que Espinosa conceitua como “afeto”.

Por afeto compreendo as afecções do corpo, pelas quais a sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada, e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções.

Explicação. Assim, quando podemos ser a causa adequada de alguma dessas afecções, por afeto compreendo, então, uma ação; em caso contrário, uma paixão (ESPINOSA; 1632 – 1677 / 2010, p. 15).

Para Espinosa o direito natural é algo da ordem das medidas, uma vez que ele é determinado por um quantum de potência que cada coisa natural possui para existir e operar. Isso nos permite ler que, para esse filósofo, os homens possuem direitos naturais diferentes (maiores ou menores), já que cada indivíduo, grupo e/ou sociedade, possui seu próprio grau de potência. Nesse momento, portanto, importa guardar que o direito natural espinosano define-se por qualquer força motriz que leva o homem a conservar-se no seu ser, não

⁵ A concepção de direito social, como veremos mais adiante, emerge mais tardiamente, no contexto de revolução industrial e quando as ideias de Marx sobre a sociedade de classes passam a se disseminar.

⁶ Sobre a relação de oposição entre “estado civil” e “estado de natureza” na história do pensamento político e, sobre o que Espinosa trata por instituição de natureza, pode-se encontrar maiores esclarecimentos em notas do tradutor nas páginas citadas.

importando se essas forças emanam da razão ou de qualquer outro apetite do corpo (ESPINOSA; 1632 – 1677 / 2009, p. 13). O direito natural se estende até onde se estende potência do homem, que varia em função dos afetos a que está sujeito. Em outras palavras, não haveria no homem qualquer força moral que impeça o homem de agir contra qualquer coisa que o ameace.

Quando, por conseguinte, apliquei o ânimo à política, não pretendi demonstrar com razões certas e indubitáveis, ou deduzir da própria condição da natureza humana, algo que seja novo ou jamais ouvido, mas só aquilo que está mais de acordo com a prática. E, para investigar aquilo que respeita esta ciência com a mesma liberdade de ânimo que é costume nas coisas matemáticas, procurei escrupulosamente não rir, não chorar, nem detestar as ações humanas, mas entende-las (ESPINOSA; 1632 – 1677 / 2009, p. 7 - 8).

Atento às práticas, todo o pensamento político de Espinosa se constrói em torno de uma ética e não de uma moral, portanto, de acordo a filosofia espinosana, “não há absolutamente nada proibido pelo direito de natureza a não ser aquilo que a ninguém é possível” (Ibidem; p. 21). A partir desses postulados, que olhar podemos lançar para o uso de drogas?

Um adolescente pode agir, bebendo umas cervejas se isso aumenta sua potência para vencer a insegurança diante de uma conquista amorosa ou beber para ser aceito no grupo de amigos. Uma secretária tem o direito de usar reiteradamente seu ansiolítico se isso a ajuda a suportar o assédio moral de um chefe tóxico, assim como um assalariado ou executivo podem usar compulsivamente o álcool, apenas pela busca de prazer, e, ou, para suportar a precariedade e as pressões das condições de trabalho. O uso de comprimidos azuis pode ser útil a alguns homens para reaver a potência sexual perdida, assim como uma “carreira de pó” (cocaína) ou uma “bala” (extasy) pode ser potente para fazer que uma festa (ou uma vida) sem graça pareça mais atrativa.

Um anestesista pode combinar a potência de seu conhecimento com a potência de uma droga para beneficiar seu paciente numa intervenção cirúrgica e um golpista pode usar essa mesma substância para dopar pessoas e roubar-lhes as senhas dos cartões de crédito. Um candidato à eleição pode usar o crack como mote para dar potência à sua campanha política e angariar mais votos nas urnas, assim como um empresário do mercado de tratamentos ou um traficante pode usar as drogas para especializar e dar potência aos seus negócios.

Esses são só exemplos, de uma infinidade, que poderíamos citar, onde o uso de drogas se expressa como possibilidades de aumentar e, ou, diminuir a potência, o direito natural, o que não significa, portanto, que nem todas as formas de uso que citamos acima, sejam por si mesmas um direito.

O que pretendemos ressaltar com esses exemplos é que, a menos que se esteja enganado e totalmente passivo aos encontros, ninguém age, recorrendo às drogas, por motivo outro que não seja o de fazer variar algum aspecto ou alguma condição da vida. Se as drogas são buscadas é porque elas se apresentam como dispositivos para a produção de mundo. Ainda que uma pessoa tenha um parco conhecimento dos efeitos que as suas múltiplas formas de uso possam gerar, ninguém recorre às drogas deliberadamente e *a priori*, para se diminuir ou se manter o mesmo, mas para produzir algo a mais que sem ela não parecia ser possível.

Por outro lado, não se deve pensar que ao homem é legítimo usar as drogas de qualquer modo. O seu uso como direito natural só se legitima na medida que os encontros com as drogas possam promover o aumento dos graus de potência para o homem. Todas as vezes que uma droga e/ou uma forma de uso das drogas faz variar a potência do homem para menos, esse uso deixa de ser direito.

Espinosa postula que o homem tem de ser a causa necessária dos afetos, e conforme prefácio da Parte III da *Ética*, ele irá chamar de servidão, “a impotência humana” para regula-los e refreá-los. Assim, submetido e passivo ao acaso dos encontros, o homem “é, muitas vezes, forçado, ainda que perceba o que é melhor para si, a fazer, entretanto, o pior” (ESPINOSA; 2010, p. 263).

Portanto, para que não se pense que podemos ficar sujeitos ao acaso dos afetos, e dos afetos com as próprias drogas, é importante salientar que para Espinosa “tudo quanto no homem é sinal de impotência não pode ser atribuído à sua liberdade” (ESPINOSA; 1632 – 1677 / 2009, p. 13 – 14). Esse argumento se justifica pelo fato de que, para Espinosa, a única coisa que diferencia o homem dos outros indivíduos (qualquer outra coisa natural) é a vontade livre (Ibidem; p. 13). Sendo a liberdade a principal característica do humano, muitas vezes “os homens estão conscientes de suas ações e de seus apetites, mas desconhecem as causas pelas quais são determinados a apetecer algo” (Idem, 1632 – 1677 / 2010, p. 265). Dessa forma é facilmente compreensível que muitas vezes justifiquemos nossas ações como sendo livres, quando em realidade podem não ser.

Destaca-se ainda que, para o filósofo, a liberdade do homem não significa ser livre para fazer qualquer coisa. Para Espinosa, a liberdade é uma virtude, uma perfeição do humano, e não uma contingência (Idem; 1632 – 1677 / 2009, p. 13). Se tudo que no homem é sinal de impotência não pode ser atribuído à liberdade, e se, a própria busca pela liberdade está condicionada pelos afetos, automaticamente, ficamos obrigados a entender o exercício do direito natural como protagonismo político, uma vez que, como já mencionamos, a ação para Espinosa (ao contrário da paixão que conduz à servidão) sempre visa aumentar a potência.

Além disso, não podemos conceber que a cada cidadão seja lícito interpretar os decretos ou direitos da cidade. Porque, se tal fosse lícito a cada um, ele seria por isso mesmo juiz de si próprio, na medida em que cada um poderia sem nenhuma dificuldade, desculpar ou dourar seus atos com uma aparência de direito e, conseqüentemente, instituiria a vida de acordo com o seu engenho, o que (pelo art. ant.) é um absurdo (ESPINOSA; 1632 – 1677 / 2009, p. 27).

Para Espinosa, não existiria nada que impeça o homem de fazer valer o seu direito natural, a não ser um outro afeto com uma potência ainda maior, daí a importância que o filósofo atribui à multidão e à produção de uma potência como direito da cidade, direito comum (Ibidem; p. 25 - 27). “É uma vez que o direito da cidade se define pela potência comum da multidão, é certo que a potência e o direito da cidade diminuem na medida em que ela própria ofereça motivos para que vários conspirem” (Ibidem; p. 30). Ou seja, compreende-se que Espinosa queira alertar com isso para o fato de que muito daquilo que está disposto no ordenamento jurídico, definido como direito em uma dada sociedade, pode acabar por privilegiar alguns ao invés de contemplar a todos. Isso faria com que a própria Lei (que define o direito da cidade) se fragilize, mobilizando o direito natural daqueles que não se sentem amparados. Seriam essas as causas necessárias das revoltas, das conspirações, dos movimentos sociais.

Se concordamos com Espinosa, podemos pensar os movimentos espontâneos, de se juntar, das pessoas que usam drogas (mesmo as drogas ilícitas) de uma outra forma. Segundo entendemos, esses coletivos não se criam apenas em torno de interesses individuais de consumo e/ou da venda das drogas. Pesquisas com usuários de crack, por exemplo, já ilustram, com propriedade, como se produzem e se transmitem conhecimentos de autocuidado e proteção mútua nesses grupos (RIBEIRO, SANCHEZ & NAPPO; 2010). Ou seja, quando leis proibicionistas (o direito da cidade), que definem o que lícito e/ou ilícito, criam uma realidade de privações para um grupo de pessoas, elas se valem do direito natural de se associar como única forma de produzir proteção do acaso dos afetos, sejam eles das próprias drogas e/ou dos afetos com o próprio Estado.

Outro estudo bastante recente, que trata das mudanças na gestão das políticas sobre drogas no estado do Rio de Janeiro (SILVA; 2012), produzindo memórias sobre enfrentamentos entre pessoas que usam drogas e o Estado, também nos remete a pensar a estratégia de grupos de banhistas nas praias do Rio, ao fazer uso de apitos para protestar e proteger os usuários de maconha contra as ações repressivas da polícia carioca. Esses estudos a que tivemos acesso nos trazem indicativos do caráter político explícito da cena pública de uso das drogas. Essas pistas nos acenam para movimentos capazes de aumentar a potência do

direito, pela produção de uma proteção social. Mas esses movimentos tem potência para produzir direitos sociais? Como compreendemos a proteção social e o direito social atualmente?

1.2 - O que é proteção social?

Para Aldaíza Sposati, o sentido de proteção social estaria relacionado a um “caráter preservacionista da vida”, o que não nos traz dificuldades para dialogar com o direito natural espinosano. E seria esse sentido de preservação que, segundo a autora, ensejaria a noção de direitos sociais. Enumerando as seguranças sociais previstas pela Política Nacional de Assistência Social - PNAS⁷, a autora afirma ainda que:

A segurança é uma exigência antropológica de todo indivíduo, mas sua satisfação não pode ser resolvida exclusivamente no âmbito individual. É também uma necessidade da sociedade que se assegure em determinada medida a ordem social e se garanta uma ordem segura a todos os seus membros. As políticas sociais representam um dos instrumentos especializados para cumprir essa função (SPOSATI, in: BRASIL, 2009c, p. 21).

Ou seja, no enfoque preventivo da proteção social, Sposati destaca o caráter de vigilância sobre a preservação da vida, quando amparo, segundo seu entendimento, indicaria “um estancamento da condição de deterioração” (Ibidem, 2009c, p. 21). Embora as explicações de Sposati adquiram plenitude de sentido quando compreendidas ao contexto técnico-político que pretende afirmar, para a Assistência Social pública no Brasil, uma função preventiva da proteção social, e que se afaste das ações compensatórias⁸, aqui, algumas ponderações acerca das produções das ações preventivas merecem reflexão.

As linhas que separam o acolhimento da prisão e a liberdade do exílio são muito tênues, o que permite, muitas vezes, que as últimas se mascarem nas primeiras, trazendo sérios danos à criação e preservação da vida. Na prática, dentro (e fora) dos territórios da Assistência Social, muitas das medidas que objetivariam a garantia de proteção social, podem, com facilidade, converterem-se em verdadeiras medidas de segurança, produzindo aquilo que deveriam prevenir. Num contexto de proteção social instituída e normatizada; financiada e gerida sob as diretrizes públicas, tão importante quanto garantir o que fazer, será promover um como fazer, que não venha a reproduzir aquilo que se espera desconstruir.

⁷ A Política Nacional de Assistência Social - PNAS, aprovada no ano de 2004, descreve as seguranças de sobrevivência (de rendimentos e de autonomia), de acolhida e de convívio (familiar e comunitário) como aquelas que devem ser garantidas a todos os cidadãos.

⁸ O caráter compensatório da assistência social (talvez como na saúde) esteve durante muito tempo atrelado àquelas iniciativas e intervenções que passavam a se produzir depois que os danos já se haviam instalado. A ausência de estratégias preventivas e resolutivas na Assistência Social é que em grande parte lhe conferiam o adjetivo de “assistencialista”.

Se, como refere Sposati, as políticas sociais representam um dos instrumentos especializados para cumprir essa função de promover uma ordem segura a todos os membros de uma dada sociedade, tão importante quanto garantir financiamentos para ampliação da rede de serviços públicos, será garantir que esses mesmos serviços sejam prestados de forma tal que, sua oferta não venha a promover mais riscos, violações de direitos, vulnerabilidades e danos do que aqueles aos quais os assistidos por esses serviços já se encontram expostos. O que queremos ressaltar com essa discussão é que nem sempre é tão fácil produzir políticas sociais como instrumento ordenador do comum. Uma coisa é observarmos a produção espontânea de diferentes formas de proteção social em diferentes coletivos, outra é construí-la estrategicamente dentro de um modelo com pretensões de contemplar a todos.

Segundo Costa (1995), os diferentes grupos humanos, conforme suas culturas, manifestam, de acordo com a heterogeneidade dos seus modos de vida, mecanismos de defesa grupal, diante de ameaças ou perdas de autonomia, ou diante de ameaças à sobrevivência dos mesmos. Isso se coaduna com a compreensão de Sposati, da proteção social como necessidade antropológica. No entanto, considerando os significados que determinadas iniciativas de proteção social podem adquirir para determinados grupos, em contextos históricos específicos, Costa observará que a proteção social pode envolver o contato com as relações entre sujeitos históricos diferentes⁹. Nesse sentido, para efeitos de análise das transformações sociais, dever-se-ia considerar uma dialética entre o evento, o acontecimento, e as continuidades do tempo histórico.

No Brasil, referências análogas fazem coincidir a legislação social e o padrão institucional previdenciário e assistencial pós-30 com a noção de proteção social. Cabe fazer algumas considerações sobre essas rígidas demarcações conceituais. (...) A noção de proteção social, além de expressar elementos culturais de longa duração e de conter rupturas, localiza persistências de outros tempos históricos vividos em simultâneo, numa dada época sob análise (COSTA; 1995, p. 99 -100).

Para Costa, um dos problemas estaria em reconhecer tanto a desproteção quanto a proteção social como regularidade histórica de longa duração. A autora entende que as iniciativas que se calçam em impressionismos e análises de conjuntura, cumprindo um papel de redutores de conflitos sociais, correm o risco de simplificações e reducionismos se não são

⁹ Para exemplificar essas relações entre diferentes sujeitos históricos, a autora exemplifica retomando um episódio onde a Prefeitura de Niterói, com a justificativa de implementar proteção social, tomou a iniciativa de implantar um creche numa dada comunidade do município. Ao contrário do que se poderia esperar à época, houve uma enorme rejeição ao serviço por parte das mães naquela comunidade. Enquanto a Prefeitura considerava que as mulheres deveriam ter o direito de estarem mais livres de tarefas domésticas rotineiras, para se dedicarem a outras atividades socialmente mais valorizadas, as mães passaram a pleitear o direito de cuidar e educar os próprios filhos.

consideradas no âmbito de um contexto mais amplo de continuidades e rupturas históricas (COSTA; 1995, p. 99 -101). Resumindo, diríamos que, segundo Costa, quando diferentes sujeitos históricos coabitam num mesmo espaço, aquilo que muitas vezes é concebido como proteção social por alguns, poderá não sê-lo por outros, o que exige da produção de proteção social estatal (e das leis que dispõem sobre o direito da cidade) uma especial atenção.

Costa nos traz uma gama de ilustrações que remetem, por exemplo, às justificativas do sistema fabril emergente no início do século XX em implantar serviços de proteção social para seus empregados e, sobre as explicações sobre o “retardo” das leis sociais no Brasil. Ela argumenta que os “agricultores de floresta se insubordinavam ao sistema fabril em marcha, e apresentavam, como na clássica observação de Celso Furtado, uma forte preferência pelo ‘ócio’ ao fim da escravidão”. Para a autora, essa foi a forma daquelas pessoas “preferirem a liberdade de viver por conta própria, recorrendo aos recursos da natureza ou às atividades de fundo de quintal, na periferia das cidades em formação”. Como o sistema fabril emergente se inaugurava com salários baixos demais, o padrão de subsistência de escravos libertos acabou por produzir aquilo que chamamos de “biscate”. Ainda que isso passasse a significar duplas jornadas de trabalho num mercado informal, esse fazer produzia proteção social e, conforme Costa, isso “foi a continuidade transformada de modos de vida e de processos culturais experimentados sob a escravidão” (Ibidem, p. 108).

Sob esse aspecto, compreende-se que, tanto a proteção social ofertada pela família e grupos aos seus membros, quanto aquela advinda do Estado-providência, seriam apenas formas de expressão de proteção social. E nesse quesito, destaca-se como a nossa forma de compreender a proteção social está condicionada por teorizações macroeconômicas e políticas, de cunho economicista, que nas palavras de Costa, estariam

quase sempre embebidas dos paradigmas inerentes às economias industriais avançadas, deixam de recuperar as especificidades estruturais do processo de reprodução humana e da formação do mercado de trabalho, no interior dos quais os padrões de proteção social se desenvolvem (COSTA; 1995, p. 108 -109)

Ou seja, quando transversalizamos os argumentos de Costa com uma leitura da filosofia espinosana, obtemos uma compreensão da dinâmica produtora das diferenças de proteção social. Elas estão sujeitas aos afetos que fazem variar o grau de potência do direito, verificado em cada um dos tempos sob análise. A proteção social estatal, normalmente, fundamentada no direito da cidade, nas leis, precisa dialogar, a todo momento, com o direito natural que se expressa na produção espontânea e ininterrupta de proteção social em diferentes grupos.

Entendemos que as dificuldades em reconhecer a desproteção e a proteção social como regularidade se devam à própria construção histórica dessas noções e conceitos. A definição dos critérios que passam a distinguir o que pode e o que não pode ser reconhecido como protagonismo político promotor de direitos sociais é algo passível de ser datado. Segundo entendemos, é exatamente a criação desses critérios que faz parecer que os direitos sociais emergiram tardiamente no Brasil, depois dos direitos civis e políticos. No entanto, se acompanhamos a filosofia espinosana, o direito social, como extensão do direito natural, deverá ser compreendido como algo que se institui antes de qualquer outro direito, pois a própria ação de se associar do homem decorre da causa necessária de aumentar sua potência diante daquilo que o ameaça.

O direito natural opera sempre em direção à construção de uma proteção social comum, que poderá diminuir ou aumentar, de acordo com os afetos, incluindo nessa dinâmica os afetos com o próprio direito já estabelecido em leis. Segundo Espinosa, “se dois se põem de acordo e juntam forças, juntos podem mais” e assim passam a ter mais direito natural, uma vez que essa junção aumenta o grau de potência (ESPINOSA; 1632 – 1677 / 2009, p. 18). E como para Espinosa, o direito natural está diretamente associado ao esforço em preservar-se no ser, “de modo que um não venha a ser oprimido por outro, ainda que os homens possam ser inimigos uns dos outros, eles acabam por se juntar, uma vez que a potência de um não pode ser comparada à potência dos outros juntos” (Ibidem, p. 18).

E assim concluímos que o direito de natureza, que é próprio do gênero humano, dificilmente pode conceber-se a não ser onde os homens tem direitos comuns e podem, juntos, reivindicar para si terras que possam habitar e cultivar, fortificar-se, repelir toda força e viver segundo o parecer comum de todos eles (ESPINOSA; 1632 – 1677 / 2009, p. 19).

Para Espinosa, o direito de natureza individual do homem se anula na medida em que esse direito diminui diante da ausência de garantias de um indivíduo em poder mantê-lo. Isso faz com que o direito natural, seja defendido pelo filósofo como algo que só pode ser concebido naquilo que é produzido como comum, pois “quanto mais forem os que assim se põem de acordo, mais direito tem todos juntos”. (Ibidem; p.19). Pensamos que, junto a Espinosa e com o suporte das autoras já referidas, tenhamos conseguido responder a pergunta sobre o que é a proteção social.

1.3 - Direito social e protagonismo

Para compreender possíveis sentidos que adquirem os direitos sociais na atualidade, onde a questão do uso prejudicial de drogas se coloca como um problema que exige proteção social

estatal, seria então preciso entender como e em que contexto histórico se tem produzido as condições de desproteção social, como se produzem os perigos e os danos à vida individual e/ou coletiva.

Na prática, as leis que dispõem sobre o controle da produção, distribuição e uso das drogas, especialmente aquelas drogas tornadas ilícitas, parecem pretender controlar apenas alguns modos de uso dessas drogas. Como já discutimos, independente de serem lícitas ou ilícitas, as drogas estão sujeitas a múltiplas formas de uso. Atualmente o crack tem sido o melhor exemplo disso e, embora seja uma droga considerada ilícita, é usado de diversas formas e seu uso tem demonstrado o quanto ele é potente para produzir lucros. Sem desconsiderar os bons negócios para os traficantes, a imprensa e segmento político também parecem estar alertas para as possibilidades de sucesso de toda e qualquer produção que leva uma pitada dessa droga. Parece que, atualmente, toda receita que tem entre seus ingredientes uma dose qualquer de crack, tem boas chances ser aceita e comercializável.

Mas quando apenas alguns modos de uso das drogas passam a ser objeto de controle, abrem-se as margens para algumas provocações, por exemplo: quando o controle passa a focar somente algumas formas de uso, o próprio controle não amplia o direito de uso das drogas a alguns e reduzindo o direito de outros? A essa pergunta, responderemos rapidamente que sim, e que essa variação do direito é absolutamente legítima, uma vez que, pela lei, podemos todos falar do crack, embora, de acordo com a lei, não possamos produzi-lo, nem vendê-lo e nem fumá-lo. Mas, as várias formas de uso das drogas não estão todas sujeitas aos afetos e, portanto, sujeitas a um uso prejudicial? Perguntando de outra forma: falar sobre o crack de determinada maneira não poderá gerar prejuízos semelhantes àqueles produzidos por quem o fuma? No nosso entendimento diremos que sim, mas reservaremos o capítulo seguinte desse trabalho para analisar detalhadamente essa questão. Aqui queremos nos reportar à variação do direito e àquilo que transversaliza com sua produção.

Na prática cotidiana, direito e razão tem sido vistos quase como sinônimos e, exatamente por não estarem sujeitos a uma relação de oposição binária, podem ser entendidos como uma espécie de aliados políticos. Existe entre o direito e a razão uma aliança e pode-se entender que isso se deva também a uma produção histórica. Em poucas linhas diremos que essa aliança política remonta à construção de uma lateralidade, de uma geografia para o mundo que se propõe a produzir lugares (direito e esquerdo), e que é uma cópia, uma reprodução da disposição bíblica do juízo final. Tal qual a disposição da pintura na Capela Sistina, quem fica à direita de Deus no tribunal divino são os justos, a esquerda está reservada aos impuros, aos transgressores.

Quando ainda no Antigo Regime, a Europa absolutista era compreendida (pelos menos pelos europeus) como centro do mundo e dominada pelo cristianismo, tudo que ficava à sua direita era sentido (julgado) como bom, como certo, lugar de residência do belo, do correto. O paraíso, o éden, os campos elísios, conforme a Bíblia, necessariamente ficavam à direita do juiz divino, e essa concepção de lateralidade produzia um mapa do mundo. O próprio nome do Brasil parece estar ligado historicamente aos mitos europeus acerca de um paraíso na terra. As “Ilhas Brasilis” que, segundo os mapas, ficavam à direita da Europa era onde, segundo as crenças da época, brotaria a fartura: a água e o sol, leite e mel, a abundância. À sua esquerda estavam os infernos e os escuros do mundo, os desertos áridos, a barbárie. Memórias da invasão Persa?

Quando a própria cartografia de um mundo supostamente fixo pôde ser produzida à imagem de um tribunal é preciso olhar atentamente para aquilo que se desenha atualmente como direito e de que maneira esse direito se associou em sua produção à produção da razão. Não teria Descartes, em suas Meditações, decidido pelo “cogito”, tendo como base a mesma cartografia do juízo final e, no lugar do próprio juiz, tenha sentenciado aos infernos o gênio maligno que, segundo ele, enganaria os nossos sentidos? O próprio Foucault, em “a verdade e as formas jurídicas” pode discorrer sobre como a produção do conhecimento científico bebeu das técnicas jurídicas de inquérito e exame (FOUCAULT; 1973 / 2003). No que diz respeito à produção histórica de uma razão transcendente, portanto, não parece haver mais muitas dúvidas do quanto a sua produção está associada à produção do direito.

Os profissionais do direito, desde a graduação, aprendem a raciocinar pelo sistema da contradição (dialético) que forma guerreiros. O curso ensina a interpretação das leis, o uso da doutrina e da jurisprudência, de modo a prepará-los para uma guerra, para uma batalha jurídica em torno de uma lide (visão estrita do conflito): ‘disputa de interesses qualificada por uma pretensão resistida’, em que duas forças opostas lutam entre si e só pode haver um vencedor. Todo caso tem dois lados polarizados. Quando um deles ganha, necessariamente o outro tem de perder (BRASIL; 2011e, p. 38).

E nesse sentido, não são apenas os profissionais do direito, juízes, promotores, defensores, advogados, que foram treinados sob essa doutrina. O próprio senso comum se apropriou dessa cartografia: nada melhor para se verificar a forma de funcionamento de um tribunal do que seja uma disputa informal (não judicializada) por direitos. Fora da ceara técnica, para se garantir que se tem direito, é preciso dar mostras de que se tem razão. Na prática cotidiana das disputas, afirmar que fulano está com a razão numa briga, adquire o sentido de afirmar que fulano está certo, e por estar certo, fulano tem direito, ou pelo menos mais direitos que seu opositor. Quando se trata portanto de cartografar a produção de subjetividades no campo

do uso prejudicial das drogas é preciso ler, independente de leis, as antigas cartografias que ainda estão em vigência.

Numa cultura que ainda lê no imaginário cristão e nos postulados cartesianos uma razão como uma, senão a maior das riquezas humanas, os territórios de razão, compreendidos como os mais férteis, são apropriáveis e sujeitos a disputas. Afinal, quem se atreve a abrir mão de (de)ter a razão? Mas enquanto isso, temos que interrogar: o que tem impedido que a razão enquanto riqueza, aliada do direito, possa fluir de forma mais igualitária. Distribuir razão, sob esse aspecto, é uma questão de justiça social. Pensamos que não seja por acaso que a insanidade, o uso de drogas, tenda a ser apontada como natural dos mesmos espaços onde tem sido confinadas a pobreza, a marginalidade, as discriminações étnicas. Com que frequência nos perguntamos qual a cor da população carcerária no Brasil? O lado esquerdo, o lado sinistro, ainda parece ser compreendido como lugar, ocasião no mapa, onde o mal se produz: um lugar de condenados, territórios de risco e por isso devem ser evitados.

Quando o direito e a razão são dispostos num mapa rígido, eles se tornam passíveis de apropriação, ambos são monopolizáveis, o que afeta, diretamente, o modo como determinadas leis são formuladas e interpretadas. Numa cartografia do mundo que tem pretensões de fixá-lo, torna-se necessário entortar os mapas, virá-los de ponta cabeça, tentar vê-los na frente do espelho. Se o direito tende a ficar sempre do lado de quem tem a razão é porque há naturalizada uma concepção de que, quem detém a razão está sempre do lado certo, do lado do bem comum. E nesse sentido, se cada uma das múltiplas formas de uso de drogas não podem ser compreendidas como direito comum, ficam elas sujeitas ao acaso dos afetos, podendo ser monopolizadas por alguns (os donos da razão), produzindo ameaças e perigos para muitos (os chamados alienados).

Na prática, é absolutamente aceitável pela sociedade que um deputado possa ter o direito de usar crack como mote para aumentar a potência de sua campanha política, que os empresários das mídias possam usá-lo como ingrediente para incrementar a venda de jornais e a audiência de programas de TV, e que seja algo da ordem do sinistro que um outro cidadão venha a fumá-lo pelos seus próprios motivos. Se tudo é uso, por que o modo de uso do deputado é considerado um direito político, um direito de expressão e por que o outro não é?

Se de um lado, os coletivos de usuários de drogas se montam, estrategicamente, em função da necessidade de proteção social, não apenas contra os prejuízos oferecidos pelo uso da droga em si, mas para protegerem-se da ação do próprio Estado, por outro lado, o aspecto da ilegalidade do uso de algumas drogas faz com que os movimentos desses coletivos não sejam reconhecidos institucionalmente como direito de expressão e manifestação política;

muito menos que sejam vistos como parte um movimento social mais amplo capaz de questionar e pressionar a sociedade e o Estado por mudanças nas leis que tratam do tema. O que nos faz ver que, na prática, nem toda forma de proteção social é compreendida como direito social¹⁰.

Segundo a velha cartografia do tipo tribunal, que pretende fixar os lugares no mundo, emperrando os seus movimentos de produção espontânea, algumas formas de proteção social não podem ser compreendidas como direito. Esses movimentos são sinistros e, são sinistros exatamente porque os coletivos que os produzem estão possuídos, estão alienados, sob a jurisdição e domínio de gênios malignos que enganam os sentidos. Eles tem sinistros e não direitos, e não tem direitos porque estão fora do juízo perfeito (juízo divino), estão desprovidos da razão.

A construção de direitos sociais, da maneira como o concebemos atualmente, parece estar diretamente ligada a um protagonismo político que só se permite reconhecer quando circunscrito por determinadas modalidades. Sob o aspecto dessa rigidez, todavia, devemos guardar atenção para as formas de interpretação da transformação histórica, que não reconhecem, mas excluem do movimento histórico, outras formas de protagonismo, especialmente as que se dão em condições sociais totalmente adversas e desfavoráveis àquele modo de organização política pré-determinada pela lógica utilitária imposta pelo capitalismo e pelas heranças clericais e absolutistas.

1.4 - As vírgulas da interpretação histórica

Quanto aos “modelos universais”, que em grande medida são utilizados por nós para comparar e avaliar o grau de perfeição das coisas, Espinosa cuidou de criticá-los no “prefácio da parte IV de sua Ética” (ESPINOSA; 1632 – 1677 / 2010, p. 263 - 267). São esses modelos que passam a guiar a nossa concepção do que seja belo, qualificando como feio aquilo que se distancia do modelo. Com base nessa crítica, passamos a entender que esses mesmos modelos universais também pré-determinam a estética da produção dos sentidos para aquilo que podemos compreender como continuidades e rupturas históricas: seja na passagem de um modelo de sociedade a outro, seja entre um antes e um depois da emergência de determinados direitos.

Muito do que podemos conceber como um fato histórico, ou seja, fato marcante que determina transformações sociais subsequentes, só pode ser assim qualificado se esse fato se

¹⁰ Sobre as controvérsias ligadas ao direito de expressão, vale conferir os noticiários atuais que tratam das dificuldades impostas por juízes e Ministério Público à “Marcha da Maconha”.

enquadra no padrão estético que pretende servir de base para mirar e avaliar o grau de perfeição da interpretação. E não que esses modelos se apliquem apenas a extensos períodos de tempo, à História como grande narrativa. O uso desses modelos estéticos de interpretar também é decisivo para compreendermos como se buscam apontar atualmente as primeiras experiências de uso de drogas, como uma espécie de fato histórico que marca um antes e um depois das drogas nas histórias de vidas de pessoas que as usam. Só uma história vista de cima, produzida a partir de um mirante mantenedor da fixidez das hierarquias poderia ter tal pretensão.

Sob a ótica do direito natural espinosano, é facilmente compreensível que, num determinado contexto histórico, uma forma de protagonismo possa vir a ser mais potente que outra. Todavia, quando um modo de protagonismo passa a ser aceito como “modo padrão”, fica a interpretação histórica condicionada (confinada) a considerar como fatos históricos, promotores de direitos sociais, apenas aqueles grandes marcos (sociais, políticos, econômicos, etc) que se enquadram nesse “o modo”. Segundo Espinosa,

Quando as coisas estão dispostas de maneira tal que, quando nos são representadas pelos sentidos, podemos facilmente imaginá-las e, conseqüentemente, facilmente recordá-las, dizemos que estão bem ordenadas; se ocorrer o contrário, dizemos que estão mal ordenadas ou que são confusas. E como as coisas que podem ser imaginadas facilmente são mais agradáveis do que as outras, os homens preferem a ordenação à confusão, como se a ordenação fosse algo que, independente de nossa imaginação, existisse na natureza (ESPINOSA, 2010, p. 71).

Segundo Martins, citando Francisco J.C. Falcon, existiriam aí algumas ponderações que já apontariam para a necessidade de distinguir discurso histórico de saber histórico, uma vez que, “o discurso da historiografia dita positivista que serviu de referência para o discurso das ciências sociais, constitui algo há muito criticado e superado pela historiografia” (FALCON apud MARTINS; 1998, p. 28 -29). Sobre essas observações e, sobre essa capacidade da história (disciplina numa dada época) vir a formar e deformar a História (matéria, empíria), já fizemos alhures, algumas considerações.

Por discurso histórico entendemos uma espécie de postura política, que caracteriza a forma como determinados fatos permanecem na memória de uma dada cultura, mas, não apenas como são guardados e armazenados pela memória social, mas à forma e a frequência com que são evocados dessa memória, propagando-se através do eixo temporal. O que diferenciaria um fato histórico de um outro fato qualquer, é justamente a forma e a frequência com que esse fato é lembrado e associado a determinadas conseqüências que se sucederam no tempo (COSTA; 2005, p 55).

Sob o aspecto de uma História cuja interpretação dos fatos se construa a partir do mirante das elites sociais, dos “grandes fatos”, qualquer possibilidade de uma cena de uso público de

drogas vir a ser entendida como manifestação política, fica reduzida a zero. Segundo esse modo de compreender o movimento histórico, um coletivo de “cracudos”¹¹ ou a marcha da maconha constituiria uma turba e não um movimento social. Só uma perspectiva histórica “vista de baixo” e/ou uma “micro-história” pode fazer reconhecer nesses pequenos movimentos, fora do padrão majoritariamente aceito, uma forma de protagonismo com potência transformadora do comum.

Em resenha do livro “Os protagonistas anônimos da História: micro-história”, do Professor Ronaldo Vainfas, Guimarães (2003) nos ajuda a entender como o saber sobre a História vem atentando para situações que passam ao largo das nossas leituras.

O certo é que essa corrente historiográfica foi muito mal compreendida, ora tomada como história cultural, ora confundida com a história das mentalidades e com a história do cotidiano. Ou, então, percebida como expressão típica de uma história descritiva, de viés marcadamente antropológico, que renunciou ao estatuto científico da disciplina, invadiu o território da literatura, rompendo de vez as fronteiras da narrativa histórica com o ficcional. Não seria exagero afirmar que ainda hoje a micro-história carrega o estigma de história menor, atacada principalmente pelos defensores dos modelos macrosociais de análise (GUIMARÃES; 2003, p. 318).

Segundo Guimarães, historiadores como Thompsom podem ser considerados bons exemplos daqueles que se empenharam em fazer uma História vista de baixo, onde a formação da classe operária inglesa, os movimentos de grupos menos favorecidos da sociedade passam a revelar um maior detalhamento das lutas por garantia de direitos sociais (Ibidem; 2003). No Brasil, estudos sobre a revolta dos marinheiros contra castigos que lhes eram impostos no trabalho, no início do século XX, também nos trazem uma visão diferente sobre o que considerar como protagonismo político com potência produtora de direitos (NASCIMENTO; 2008).

Consideramos que a perspectiva histórica vista de baixo, ou de uma micro história, se aproxima em diversos aspectos do método cartográfico que viemos utilizando em nossa pesquisa. Aparentemente, essa aproximação poderia nos fazer crer que nos distanciamos das categorias de análise de base marxista como possibilidades de pensar os direitos sociais como construção histórica. Segundo Raymond Aron (1987), por exemplo, em Marx é conveniente seguir “o movimento da história analisando a estrutura das sociedades, as forças de produção e as relações de produção, e não adotando como origem da interpretação o modo de pensar dos homens” (ARON; 1987, p. 201).

¹¹ Termo pejorativo usado para referir-se aos usuários de crack.

Essas relações de produção correspondem a um certo grau de evolução das suas forças produtivas materiais. O conjunto de tais relações forma a estrutura econômica da sociedade, o fundamento real sobre o qual se levanta um edifício jurídico e político, e ao qual correspondem formas determinadas da consciência social (ARON; 1987, p. 199).

Essa ideia de história que se sucede no tempo como um movimento evolutivo e que deve desprezar o modo de pensar dos homens como origem da interpretação, conforme Aron a descreve em Marx, guarda, segundo a bibliografia consultada, os fundamentos filosóficos da dialética hegeliana. Curiosamente e, por conta das mesmas referências em Hegel, essa visão evolutiva da sociedade também estava presente no pensamento de Freud e na fundação da Psicanálise.

Concorda-se geralmente em que, nas mitologias, quando certa geração de deuses é vencida por outra, o que se denota é a substituição histórica de um determinado sistema religioso por outro novo, seja como consequência de conquista estrangeira, seja como evolução psicológica (FREUD; 1913-1914 / 1974, p. 179, nota de rodapé).

Mas, afinal, o significaria esse “fundamento real sobre o qual se levanta um edifício jurídico e político”? O processo de produção de subjetividades, os modos de pensar do homem não seriam uma realidade? O abstrato é menos real do que o concreto? Quando nos utilizamos da filosofia espinosana, do método cartográfico e de uma concepção de história vista de baixo, estamos nos distanciando da concepção da História em Marx?

Construir respostas para essas perguntas exigiria, de um lado, uma cartografia outra, diferente da que nos propomos. Seríamos obrigados a retornar a Marx para entender a concepção marxiana da História, assim como sua influência sobre o trabalho de Thompson. Ademais, em termos de produção de conhecimentos, logo, produção de subjetividades, tanto quanto os originais de Marx, interessaria também rastrear os movimentos que fazem o seu pensamento chegar até nós. Isso demandaria outra pesquisa: cartografar possíveis influências espinosanas no pensamento marxiano, assim como influências marxianas em Deleuze e Guattari naquilo que remete à construção do método cartográfico por eles proposto.

Por outro lado, num contexto capitalista onde as empresas e o próprio Estado fabricam necessidades e desejos que só eles pretendem satisfazer, não parece haver ocasião para se pensar o processo de produção de subjetividades, onde sujeitos e direitos não sejam também concebidos como produto.

A subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. Uma coisa é a individualização do corpo. Outra é a multiplicidade dos agenciamentos da subjetivação: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social. Descartes quis colar a ideia de subjetividade à ideia de indivíduo (colar a consciência subjetiva à existência do indivíduo), e estamos nos envenenando com essa equação ao longo de toda a história da filosofia moderna. Nem por isso deixa de ser verdade que os processos de subjetivação são fundamentalmente descentrados em relação à individuação (GUATTARI & ROLNIK; 2005, p. 40).

Independente do quanto nos aproximamos e/ou nos afastamos da concepção marxiana da História, o que queremos aqui ressaltar é que, pensar o direito social a partir do direito natural em Espinosa, nos permite pensar a História (empíria) como um conjunto de marcas datáveis deixadas pelos movimentos dos corpos e pelos afetos, e a história (disciplina num dado período histórico) a potência atual (da época), que, de acordo com os afetos a que está sujeito o saber histórico, determina a maneira e a frequência como os fatos, as marcas datáveis, são evocadas e interpretadas. Ou seja, a própria produção da concepção de direito social só pode ser alcançada quando compreendida em sua processualidade, movimento constante produtor de variação das interpretações.

Em Espinosa não somos conduzidos a um sentido evolutivo, progressivo das sociedades. A partir do direito natural, compreendido como potência atual, que está sujeita aos afetos, nada permite supor que um modelo de sociedade futura será melhor que o atual, ou que o atual seja melhor que o passado. Não haveria um movimento crescente, progressivo do direito. Pode-se pensar, inclusive, que o que hoje está ruim, pode ficar ainda pior amanhã. Na filosofia espinosana, nada parece apontar para um movimento heurístico, o que exige um redobrar de atenções para aquilo que se produz cotidianamente.

Sob o aspecto da nossa leitura do direito natural espinosano, como possibilidade de pensar a produção do direito social como potência sujeita aos afetos, torna-se, então, imprescindível mapear os pequenos movimentos produtores de real. No caso da utilização dos modelos universais, que possibilidades teriam um coletivo de usuários de drogas vir a ser reconhecido como movimento social que, à sua maneira e dentro das condições que lhes são possíveis, luta por direitos sociais? Até onde a produção de leis e de direitos pode estar condicionada pela produção do medo?

Segundo Bering e Boschet (2006), movimentos desse tipo, tem sido qualificados como “infrapolíticos”, por passarem “por fora dos mecanismos tradicionais de participação e manifestação política, tais como os partidos e os sindicatos” (BEHRING & BOSCHET, 2006, p. 188). Dessa forma, acabam sendo alvo das repostas institucionais que tem na repressão a principal estratégia para atenuar os conflitos sociais, principalmente “num contexto de corte de recursos públicos e crise da democracia” (Ibidem, p. 188). Sem

mencionar as análises efetuadas por Wacquant que demonstram como a “onda punitiva” no contexto norte-americano, emerge como uma forma de gerir a miséria (WACQUANT; 2003 / 2007), podemos encontrar, também no Brasil, estudos sobre encarceramentos, que reafirmam essa tendência de segregar usuários de drogas, na sua maioria negros e pobres, encarnando nesses segmentos a periculosidade temida pela sociedade (BOITEUX; 2009).

De uma forma mais ou menos corrente, ouvimos dizer que, no Brasil, os direitos sociais, muito associados aos direitos trabalhistas, foram uma conquista tardia, vindo a ser alcançados somente depois que os direitos civis e políticos já estavam garantidos pelo ordenamento jurídico brasileiro. Isso decorre da compreensão dos direitos sociais como produto da lutas de classes.

Tais direitos surgiram nos moldes atuais, em decorrência da Revolução Industrial no século XIX, que passa a substituir o homem pela máquina, gerando, como consequência o desemprego em massa, centuriões de misérias e grande excedente de mão-de-obra, tudo isso gerou evidentemente desigualdade social, fazendo com que o Estado se visse diante da necessidade de proteção ao trabalho e a outros direitos como: a saúde, a educação, ao lazer, entre outros. Contudo, os direitos sociais tiveram realmente seu ápice com o marxismo e o socialismo revolucionário, já no século XX que trouxeram uma nova concepção de divisão do trabalho e do capital, por isso entende-se que os direitos sócios foram aceitos nos ordenamentos jurídicos por uma questão política, e não social isso é para evitar que o socialismo acabasse por derrubar o capitalismo (PESSOA; 2011).

Pessoa nos sugere que, muito dos direitos sociais foram concebidos no século XIX e XX, para evitar que o socialismo acabasse por derrubar o capitalismo. Isso significa que os direitos sociais teriam sido marcados por essa época como uma espécie de dispositivo “cala boca”, usado pelo poder, incluído o poder estatal, contra insatisfações e insurgências da classe de trabalhadores. Comparando essas conclusões com análises de outros autores, entendemos as políticas sociais parecem surgir sob a forma do assistencialismo e das políticas do favor, exatamente, com essas funções de aplacar situações de conflito social (BEHRING & BOSCHET, 2006, p. 78 -79). Parece ser exatamente com esses movimentos que se produzem ideias que se expressam pela compreensão dos direitos sociais como “mínimos sociais”: direitos mínimos.

Por um lado, pensamos que, segundo uma concepção espinosana do direito natural, não poderíamos entender a construção do direito social como uma espécie de evolução da proteção social (SPOSATI apud BRASIL, 2009c, p. 21)¹². Pensar o direito social dessa forma é o que permitiria continuar a pensa-lo como “mínimos sociais” e a marcar sua emergência histórica como direito de segunda categoria, destinado a cidadãos de segunda

¹² Aqui, quisemos marcar a referência da concepção de proteção social como “necessidade antropológica”, conforme definida por Aldáiza Sposati.

categoria. Consideramos que a manutenção dessa concepção só serve para desqualificar a proteção social e diminuir a potência dos direitos que se constroem em condições desfavoráveis. Trabalhando com uma concepção filosófica de direito do século XVII, quando a antropologia e as ciências sociais ainda não existiam, e sem a emergência do conceito de classe social, não estaríamos sequer autorizados a categorizar nem o direito nem a cidadania. Mesmo assim, entendemos que isso não nos impede de pensar o surgimento do direito social como aquisição ou como conquista, resultado do afeto entre diferentes potências.

Por outro, é justamente pelo fato de um dispositivo usado pelo poder estatal com a função de aplacar revoltas vir a ganhar historicamente, entre os que trabalham, a expressão de um direito socialmente adquirido, que nos faz repensar a ideia de emergência tardia dos direitos sociais. E, nesse caso, a aquisição desses direitos, no Brasil, pode ser mapeado em sua construção, antes mesmo da emergência dos direitos civis e políticos, pelo menos entre aqueles que representaram as forças produtivas que sustentaram a economia por um longo período: os escravos.

1.5 - O direito social como *phármakon*

Durante nossa pesquisa, nos deparamos com alguns estudos históricos que nos permitem pensar o consumo atual de drogas (ainda que não todas) como direito social. Esses indicativos, porém, devem ser compreendidos apenas como fragmentos históricos. Nos faltam ainda elementos de análise que nos permitam ligar esses estudos a uma história mais ampla da função social do uso das drogas, e, ao que parece, está ainda para ser escrita uma história que permita entender como o consumo de drogas ganhou uma expressão social, tal como atualmente se apresenta.

Para quem de nós tem pesadelos com as insistentes contos macabros dos telejornais, que relatam histórias da degradação das cenas de uso de drogas nas ruas, ou sobre a geração de violência urbana associada ao tráfico ilícito de drogas, algumas outras produções de memórias podem nos ajudar a produzir vigília sobre certos tipos de uso prejudicial de drogas, dos quais muito pouco se ouve contar.

Se não fosse pelo uso (que hoje considerariamos prejudicial) do álcool no século XVII, poderíamos supor que a realidade social do Brasil viesse a ser bem diferente. Ressalta-se nesse quesito histórico, que a própria construção das vulnerabilidades sociais do Brasil parece estar diluída no uso do álcool. Graças ao uso que se fez da aguardente-da-terra ou

jeribita à época, é que se tornou possível “o tráfico de 10.000 a 12.000 escravos africanos, ao ano, para a América Portuguesa na década de 1650” (CAETANO; 2003, p. 108).

Segundo Caetano, nessa época, a retomada do tráfico de escravos gerava para o Brasil, especialmente, para os Senhores de Engenho do Rio de Janeiro, a necessidade de encontrar uma estratégia mais lucrativa que garantisse superioridade aos produtos portugueses. Assim, despontavam como potência, a cachaça e o tabaco, especialmente por serem produzidos em larga escala no Brasil e com mão de obra escrava. Quanto mais cachaça, mais escravos, quanto mais escravos, mais cachaça. O crescimento de um era proporcional ao crescimento do outro.

Transformada em moeda, a cachaça brasileira oferecia compensações às baixas do preço do açúcar, frente à concorrência do Brasil com as Antilhas, quando, simultaneamente, demarcava a conquista da África pelos ‘luso-brasileiros’, ameaçando a Coroa Portuguesa. Isso fez com que a Corte, em 1647, instituisse medidas de proteção ao monopólio português no comércio do vinho e da aguardente (bagaceira) lusitana, proibindo o fabrico de cachaça em todo o Brasil (Ibidem; 2003).

EU EL-REI faço saber aos que esta minha Provisão virem, que, por haver mandado escrever a Antônio Telles da Silva, sendo Governador do Brazil, e, 21 de Fevereiro do anno passado de 1647, que com as penas que lhe parecesse, fizesse extinguir de todo na Bahia e seu recôncavo, a bebida de vinho de mel, aguardente, e cachaça, que se havia introduzido em grande prejuízo de minha Fazenda; e ser informado que na execução se tem procedido com grande omissão e descuido; e respeitando também ao que de novo se me apresentou por parte dos Deputados da Junta da Companhia Geral do Commercio, a quem pelo capitulo 35 das condições que lhe approvei- concedi que com graves penas a dita bebida de vinho de mel, e aguardente de assucar, e cachaça, se extinguisse em todo o estado do Brazil:

Hei por bem e me praz que inviolavelmente e sem contradição alguma, se execute e cumpra o que pela Carta e capitulo da Companhia Geral referidos, tenho resolvido: com tal declaração que os negros dos engenhos poderão fazer e usar do vinho de cachaça somente, não o vendendo porem de nenhum modo a pessoa alguma, nem a mesma cachaça – e que esta proibição se não intenderá por hora em Pernambuco. Pelo que mando ao dito Governador do Estado do Brazil que ora é e ao diante fôr, e ao da Capitania do Rio de Janeiro, e mais Capitães, e Ministros de minha Fazenda, Guerra e Justiça do mesmo Estado, excepto aos de Pernambuco por ora, que, na conformidade e com as penas referidas, cumpram e guardem esta Provisão, e a façam cumprir e guardar, assim e da maneira que nella se contem, sem duvida nem contradição alguma; a qual valerá como Carta, posto que seu efeito haja de durar mais de um anno, sem embargo de Ordenação do livro 2º, titulo 40 em contrario; e se passou por nove vias.

Antonio Serrão a fez, em Lisboa, a 13 de Setembro de 1649. O Secretário Marcos Rodrigues Tinoco a fiz escrever == REI.

Liv. VX da Chancellaria fl. 241 v. (IOS LUSITANEAE – Fontes Históricas do Direito Português):

Em poucas linhas, diríamos que as medidas proibitivas instituídas de 1647 não estavam vingando, face a pouca capacidade de fiscalização. Mas com a regulamentação em 1649, dada pela Provisão de 13 de setembro de 1649, e com criação da Companhia Geral do Comércio, a Coroa voltou a ter o monopólio da venda de vários produtos nas colônias, incluindo as bebidas alcoólicas, gerando problemas para o comércio brasileiro. No Rio de Janeiro, isso resultou numa manifestação que pode ser compreendida como “luta por direitos”, pelo menos da parte daqueles que podiam ser reconhecidos como súditos da soberania além-mar (CAETANO; 2009).

A Revolta da Cachaça foi possivelmente o primeiro e um dos menos propalados movimentos de insurreição nacional contra a dominação portuguesa. Proprietários da cana de açúcar e alambiqueiros, indignados com a cobrança do imposto e perseguidos por vender aguardente, por este ser proibido, tomam o poder no Rio de Janeiro por cinco meses, são derrotados, seu líder é decapitado, conseguem depor um governador em 1661, e por fim são perdoados e ganham o respeito da Coroa (RODRIGUES; 2008).

Para nós, ainda que isso possa exigir pesquisas mais detalhadas, interessa entender que, naquele contexto, nem todas as formas de uso da aguardente pareciam aceitas, mas, era o sentido da utilidade atribuída ao seus modos de uso que permitia ver o que era bom ou prejudicial e para quem. Embora a Coroa Portuguesa tivesse intenção em controlar as ameaças políticas e econômicas que uma de suas colônias passava a representar, ela também não poderia negligenciar o fato de que a própria ordem da colônia precisava ser mantida.

Aos povos africanos parecia ser bom consumir bebidas alcoólicas, independente de querelas entre fornecedores brasileiros e portugueses. Quanto maior fosse a competição, mais barato e melhor a qualidade do produto. Por sua vez, à Coroa portuguesa parecia ser absolutamente aceitável que no Brasil se usasse a jeribita como moeda para alavancar a compra de escravos, até o momento que essa forma de uso veio a se tornar prejudicial à política e à economia da metrópole. A partir do risco promovido por uma forma de uso da cachaça brasileira à autoridade do Rei, e, na medida dos danos causados aos produtores de bebidas alcoólicas portuguesas, é que surge a lei proibindo sua produção e distribuição no Brasil.

O limite e a lei portuguesa não tinham por objeto o beber, nem a proibição era dirigida a todos. Como pudemos ver, a mesma Carta Régia que proibiu o fabrico e o comércio de aguardente em solo brasileiro, também garantia o seu uso entre os negros. Esse detalhe permissivo, para nossa análise, adquire mais peso histórico do que a Revolta da Cachaça em si mesma, já que parece terem sido os donos dos engenhos, e não os escravos, os revoltosos. Ora, se os povos africanos eram tão apreciadores da cachaça a ponto de aceitar seu uso como

moeda no mercado de escravos, nada melhor que manter a oferta do produto para confortar o banzo dos africanos aqui cativos.

A lei nesse caso aponta para o uso estratégico do álcool na diminuição dos riscos de rebelião nos negros nos engenhos, auxiliando na manutenção da ordem na colônia. No entanto, se por um lado, o uso da cachaça entre escravos no Brasil, podia ser aceito pela Coroa Portuguesa como dispositivo alienador¹³, que ajudava a impedir as revoltas nas senzalas, reduzindo as possibilidades de conflito entre escravos e donos de terras, por outro, nos parece, que o seu uso também pode funcionar como um anestésico que ajudava aos negros a suportar a dor do degredo, do tronco e dos açoites, do frio, do trabalho excessivo, da ração diária de alimentos insuficientes, etc, sem que isso significasse “um dobrar-se” à opressão escravista.

A cachaça é conhecida de muito tempo, desde os primeiros momentos em que se começava a fazer do Brasil, o Brasil. O açúcar, para adoçar a boca dos europeus, como disse o antropólogo Darcy Ribeiro, da amargura da escravidão; a cachaça para alterar a consciência, para calar as dores do corpo e da alma, para açoitar espíritos em festas, para atizar coragem em covardes e para aplacar traições e ilusões. Para tudo, na alegria e na tristeza, o brasileiro justifica o uso do álcool, da branquinha à amarelinha, do escuro ao claro do vinho, sempre com diminutivos (ANDRADE; ESPINHEIRA; sem data).

Precisaríamos perguntar: considerando as proporções da revolta que a proibição da cachaça ganhou no Rio de Janeiro à época, ainda que os negros não tenham participado desse levante, que sentido pode ter adquirido, entre os escravos, a permissão dada a eles pelo Estado português? Não seria a permissão legal, disposta na Carta Régia, um ateste de que tanto o Estado quanto os senhores de engenho viviam em constante (a)tenção a possíveis revoltas? Ter acesso à aguardente nas senzalas não pode ter adquirido a expressão de um direito conquistado (incluído num ordenamento jurídico), mesmo antes que as multidões de negros no Brasil tivessem seus direitos civis e políticos reconhecidos? Até onde pudemos pesquisar, a Revolta da Cachaça parece ter sido a responsável, inclusive, pelo declínio político da família dos Sá no Rio de Janeiro.

Ainda que os negros não tenham lutado ao lado de senhores de engenho na Revolta da Cachaça, a simples presença dos escravos nas fazendas, precisa ser considerada como potência de afeto produtora de direito. Numa linguagem deleuze-guattariana, diremos que, a relação binária de oposição (escravo/senhor; negro/branco) foi a moeda produtora desse

¹³ Usamos o termo alienador, em atenção a que *alieni juris* foi traduzido no Tratado Político como “sob a jurisdição de outrem”, em oposição a *esse sui juris*, “sob jurisdição de si próprio”. Sobre isso, ver nota de rodapé do TP. cap. I; art. 9, p. 16.

direito. E dizendo isso, estamos partindo da premissa de que uma conquista (compreendida como produção) nem sempre implica necessidade de palavras de ordem ou espadas desembainhadas. Quantas vezes, direitos são incluídos pelos legisladores no ordenamento jurídico, pelo simples reconhecimento da potência da multidão? Uma multidão, ainda que muda, se faz ouvir, ainda que analfabeta, se faz ler.

Entendemos que nossas análises não divergem daquelas já citadas (BEHRING & BOSCHET, 2006; PESSOA, 2011). A oferta estatal (caracterizada pela permissão da Coroa Portuguesa) do uso da cachaça entre escravos no Brasil do século XVII, parece assim cumprir a mesma função social ambígua que, mais tarde, nos séculos XIX e XX, passaram a ter as políticas sociais e os serviços assistenciais para a classe trabalhadora. Para os que constituem a força humana produtiva, ou seja, para os que trabalham, esses dispositivos funcionam como uma espécie de tranquilizante, que conforta minimamente uma condição social precária, e muitas das vezes, degradante de vida. Para as elites de modo geral e para o Estado, funcionam como ferramenta apaziguadora de conflitos e revoltas, auxiliando o poder na manutenção da ordem pré-estabelecida, mas que, se favorece a quem trabalha (escravo ou assalariado), favorece ainda mais aos donos dos latifúndios (senhores de engenho no século XVII) e aos administradores do capital (fábricas e empresas nos séculos XIX e XX)¹⁴. A que nos remete essa ambiguidade?

Segundo Derrida, além de remédio e veneno, o “pharmakon” ainda aponta para outros significados. “A escritura não é melhor, segundo Platão, como remédio do que como veneno”. O ‘phármakon’, conforme Derrida, nunca pode ser simplesmente benéfico. Esta “dolorosa fruição”, que está ligada tanto à doença quanto ao apaziguamento, é um ‘phármakon’ em si. Ela participaria do bem e do mal, do agradável e do desagradável. Ou, antes, é no seu elemento que se desenham essas oposições. (DERRIDA; 1991, p. 45 - 47).

Poderíamos concluir então que, no Brasil, pelo menos em um aspecto, existe entre o uso de drogas e as políticas sociais uma relação de equivalência? Logo de pronto tenderíamos a tomar esta proposta como um absurdo, afinal tratam-se de tempos históricos e de questões absolutamente distintas e que não guardam nenhuma relação. Como pretender atribuir a elas valências e/ou valores iguais? Mas a essa tendência à refutação automática nos propomos guardar certa cautela, pois entendemos que ela é resultado da lógica que nos impõe pensar a refutação como uma (re)taliação, ou melhor dizendo, estamos condicionados a pensar

¹⁴ Nesse caso, a ordem pré-estabelecida em favor do capital sai beneficiada duplamente. Afinal, para que tudo fique como está, é necessária uma produção de preconceitos que possam ser usados como justificativa de massa. Se muitos permanecem excluídos, “- é porque são desqualificados, são bêbados e drogados. São preguiçosos que querem viver às custas de benefícios do Estado.”

equivalências seguindo a “Lei de Talião”, onde um olho só pode equivaler a um olho; um dente a um dente.

Nossa argumentação, porém, se funda numa outra lógica: a que permite agenciar termos, tempos e conceitos absolutamente distintos. Pretender estabelecer equivalências onde, a princípio elas não caberiam é o que chamaríamos de “síntese disjuntiva” como aquela que atravessa os “Mil Platôs” em Deleuze e Guattari.

A síntese disjuntiva (ou disjunção inclusa) é o operador principal da filosofia de Deleuze, o conceito assinado entre todos. Pouco importa que seja um monstro aos olhos dos chamados lógicos: Deleuze, que definia de bom grado seu próprio trabalho como a elaboração de uma "lógica", criticava a disciplina institucionalizada sob esse nome por reduzir exageradamente o campo do pensamento ao limitá-lo ao exercício pueril da reconhecimento, e por assim justificar o bom senso satisfeito e obtuso aos olhos do qual tudo o que da experiência abala os dois princípios de contradição e do terceiro excluído é puro nada, e vão, todo empreendimento de aí discernir o que quer que seja (QPh, cap. 6). O pensador é antes de tudo clínico, decifrador sensível e paciente dos regimes de signos produzidos pela existência, e segundo os quais ela se produz. Seu ofício é construir os objetos lógicos capazes de dar conta dessa produção e levar assim a questão crítica a seu mais alto ponto de paradoxo: ali onde são focalizadas condições que não são "maiores que o condicionado" (esse programa conduz diretamente ao conceito de disjunção inclusa) (Zourabichvili; 2004, p. 57).

Mesmo para os não íntimos do pensamento deleuziano, pensar equivalências, tentando escapar à lógica da (re)taliação não é algo tão difícil. Não foi exatamente tentando escapar à Lei de Talião que se estabeleceu uma certa equivalência para mensurar o número de anos que determinado criminoso deve estar encarcerado? Não seria graças ao estabelecimento de uma certa regra de equivalência que se chega ao valor das multas para determinadas infrações, ou que se chega a pensar quantos “padre nossos” são necessários ao pecador como penitência para se conseguir a graça do perdão? Entre um crime “X” e um número “Y” de anos de cadeia não há, a princípio, nada de comum, não há nenhuma relação. No entanto, ainda assim, as regras de equivalência são necessárias e aplicáveis.

A lógica da (re)taliação nos impõe refutar, excluir imediatamente, a síntese disjuntiva, incluir imediatamente. “Ou” maçãs, “ou” bananas? Só podemos pensa-las alternadamente enquanto são heterogêneos. Pensar maçãs “e” bananas simultaneamente nos exige agenciar, produzir algo de comum entre ambas. O conceito “fruta”, nesse caso, agencia, promove a relação imediata.

Acreditamos que seja essa mesma lógica que permitiu a Marx afirmar que a produção é imediatamente consumo e que, o consumo é, imediatamente, produção (MARX; 1818-1883 / 2008, p. 246 - 251). “Cada qual é imediatamente o seu contrário. Ao mesmo tempo, opera-se um movimento mediador entre ambos” (MARX; 1818-1883 / 2008, p. 247). Na

introdução à “Contribuição à crítica da economia política” de Marx, Florestan Fernandes afirma:

Ora, o problema, no fundo, é uma questão de lógica: na concepção naturalista sacrifica-se a diferença essencial à unidade. De outro lado, se Marx fizesse somente o contrário, isto é, se sacrificasse a última à oposição, entraria em conflito aberto com sua concepção da realidade. O impasse foi resolvido dentro da lógica hegeliana: o próprio movimento da realidade estabelece uma lei de interpenetração dos contrários, por meio da qual é possível compreender inclusive o elemento comum e sua validade como fator explicativo. Sem os elementos comuns, o próprio desenvolvimento acumulativo da cultura e as transições bruscas de um período histórico para outro, com as correspondentes mudanças de organização social motivadas pelas transformações das relações de produção, seriam inexplicáveis (F. FERNANDES, in MARX; 2008, p. 24).

Podemos então voltar à questão: o que há de comum, no Brasil, entre a permissão para o uso de cachaça entre negros no século XVII e as políticas sociais que passam a surgir no início do século XX? O que há de imediato entre tempos tão distantes? A essa pergunta, diremos que, em termos de produção de real (produção de direitos), ambos surgem com a função social de atenuar os efeitos mais perversos do processo produtivo, mas, simultaneamente, reforçam a fixidez das relações de poder. Quando são capazes de desestabilizar a fixidez dessas relações é que eles deixam de ser uma função para ganhar expressão de direito social. O que não significa afirmar, em nenhuma hipótese, que isso seja fator de acomodação dos menos favorecidos a direitos mínimos conquistados. Se quisermos supor que o direito ao uso da cachaça nas senzalas do século XVII foi fator de acomodação entre os negros escravizados, teremos de supor que benefícios como os do Programa Bolsa Família serão fatores impeditivos de busca por direitos sociais mais potentes.

Se optamos por uma história “vista de baixo”, no estilo thompsoniano, o hábito de embebedar-se e do drogar-se poderia passar a ser entendido como dispositivo usado desde o período colonial (garantido e incentivado pelo Estado) para anestesiar a desesperança e falta de perspectivas de vida, especialmente entre os subalternos, mas que, simultaneamente, mantém viva a força da resistência, sempre em vias de rebelar-se. Produzidos como costume e tradição, que remontam, no Brasil, à cultura canavieira, incrementado pelas estratégias do mercado capitalista de fármacos, esses hábitos passariam, por uma perspectiva da história vista de baixo, a ser interpretados como uso, que nasce com uma função, mas que, com as transformações históricas, ganha expressão de um direito¹⁵.

¹⁵ Parece ser uma prática corrente entre juízes buscar nas tradições e nos costumes de uso os fundamentos para dispor sobre direitos que não estejam claramente previstos em lei. A própria noção de usucapião, invocada para definir, muitas vezes, um direito de propriedade, parece decorrer da compreensão de que o uso, como um costume, produz um direito.

Apesar das leis proibicionistas e de outros dispositivos de controle e repressão, as pessoas continuam a consumir drogas, mesmo aquelas tornadas ilícitas. Se tal comportamento pode ser observado, é porque essas pessoas compreendem que isso é um direito: se não fosse assim entendido, as pessoas não o fariam. O mesmo se dá no assistencialismo e nas políticas do favor. É exatamente o costume de usar a máquina pública para se promover que faz com que alguns políticos continuem fazê-lo. Independente das leis, é a continuidade histórica de uma forma de uso, seja das drogas ou das políticas sociais, que faz com esse uso seja sentido e perpetuado como direito: direito de uso, socialmente produzido. Se seguirmos os postulados espinosanos, poderíamos mesmo afirmar que, se não fosse percebido um direito, seria impossível fazer.

Sob esse aspecto, não poderá a Assistência Social e a Saúde, na análise dos contextos atuais de desproteção social, desincumbirem-se da tarefa de analisar os sentidos que adquirem atualmente o uso de drogas, e de que forma ele se associa a outras formas danosas de uso que se pode fazer delas, assim como das políticas e dos serviços que pretendem assistir as pessoas que usam drogas. O que parece estar em discussão, muito menos do que buscar cura para uma doença (dependência química), é como desconstruir modalidades de uso, que ainda que estejam inseridas numa tradição, passam a produzir danos em determinados contextos.

Pensar o uso prejudicial de drogas como objeto das práticas nos serviços do SUS e do SUAS, exige fazer escapar a proteção social aos vícios encarcerantes impostos pelo mercado em geral, pela indústria química e pela indústria dos tratamentos em particular, assim como exige pensar o protagonismo político das pessoas que usam drogas para além dos modelos padrão de interpretação da História. A estratégia nesse caso pode ser despertada fora dos muros que encerram, sobre o padrão de consumo individual de drogas, os debates em ebulição.

Para finalizar esse tópico, diríamos que, como o período de proibição da cachaça no Brasil foi relativamente curto, nos sentimos tentados em farejar outros elementos históricos que nos permitissem ler os resultados do uso do álcool nas senzalas e sua relação com pequenas revoltas de negros nos engenhos, com fugas de escravos, com a criação de quilombos, etc. Infelizmente não havia tempo para esse empreendimento em nossa pesquisa. Por outro lado, entendemos que as pistas e rastros que conseguimos cartografar até aqui nos permitem concluir que o uso de drogas não só é um direito natural (no sentido espinosano da expressão), mas um direito socialmente produzido. Direito esse que, pelo menos no Brasil, está inserido na produção de uma cultura, cultura de uso: uso de drogas, uso das políticas¹⁶.

¹⁶ Voltaremos a nos deter sobre essa questão na Conclusão, ao abordarmos como se produz um usuário.

1.6 - O que é droga?

Conforme já afirmamos anteriormente, o conceito de subjetivação como um processo, que é simultaneamente um produto, é o cinzel que nos tem auxiliado na escultura desse texto. Quando começávamos a problematizar o direito social, também afirmamos que não poderíamos começar a pensar os direitos das pessoas que usam drogas pelo que está dado. Lá também dissemos que, da maneira como está posta, a Lei não dá conta da variação de sua aplicação e, por isso, recorreremos ao direito natural, em Espinosa, para entender como umas pessoas parecem ter mais direitos que outras. A sustentação que nos permitiu fazer essa espécie de “uso tecnológico” dos conceitos nos chegou por meio de Foucault, que os produzia e os usava como ferramenta útil para interrogar, explodir verdades que legitimam sistemas de poder (FOUCAULT; 2006, p. 52). O Foucault pirotécnico sabia que a produção de objetos produzia sujeitos e, é com essa concepção que partiremos daqui com objetivo de desnaturalizar algumas ideias que se tem propagandeado acerca do uso das drogas.

Em 1975, por ocasião de entrevistas concedidas a Roger Pol-Droit, Michel Foucault usou as leis sobre drogas como exemplo para ilustrar como a sociedade gere os ilegalismos. Na ocasião, Foucault exemplificava, citando acordos internacionais ligados ao controle das drogas, demonstrando que essas as relações se travam como um certo “jogo de xadrez”, onde os peões são “colocados e mantidos nas casas perigosas”, enquanto que, para a rainha, os grandes lucros, “a via está livre” em todas as direções do tabuleiro. Com isso, ele pretendia aclarar sua forma de pensar, quando afirmava que:

somente uma ficção pode fazer crer que as leis são feitas para serem acatadas, a polícia e os tribunais destinados a fazer com que sejam respeitadas. Somente uma ficção teórica pode nos levar a acreditar que aderimos, de uma vez por todas, às leis da sociedade à qual pertencemos. Todo mundo sabe que as leis são feitas por uns e impostas a outros. Parece, porém, que se pode dar um passo a mais. O ilegalismo não é um acidente, uma imperfeição mais ou menos inevitável. É um elemento absolutamente positivo do funcionamento social, cujo papel está previsto na estratégia geral da sociedade. Todo dispositivo legislativo organizou espaços protegidos e aproveitáveis, em que a lei pode ser violada, outros, em que ela pode ser ignorada, outros, enfim, em que as infrações são sancionadas. No limite, eu diria, simplesmente, que a lei não é feita para impedir tal ou tal tipo de comportamento, mas para diferenciar as maneiras de burlar a própria lei (FOUCAULT; 2006: 50 - 51).

No Brasil, para efeitos legais, “consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União” (BRASIL; 2006). Por essa definição verifica-se de pronto que a lógica que produz os critérios de inclusão ou a exclusão

de uma droga qualquer das listas oficiais não é o da dependência. Se assim o fosse, e sem entrar no mérito da palavra produto, a lista já se tornaria grande demais se tomasse apenas as substâncias tóxicas capazes de causar dependência.

Sabe-se, é claro, que existem outras definições que permitem classificar e listar as drogas. A Organização Mundial de Saúde - OMS, por exemplo, poderá privilegiar uma classificação a partir dos critérios que permitam entender a capacidade de cada substância tóxica em alterar a consciência, daí a utilização tão comum da expressão substâncias psicoativas. Mas como reservaremos o segundo capítulo dessa dissertação para detalhar questões relativas às alterações de consciência, e como aqui nos propomos a esmiuçar as questões implicadas à produção de direitos, nos deteremos nesse momento a analisar esses critérios a partir das definições legais.

Se a capacidade de causar dependência de uma determinada classe substâncias funcionasse como critério para se chegar a uma definição unificada do que seja droga, teremos de afirmar que a produção agrícola brasileira, em sua grande maioria, é dependente química. No entanto, não se vem alardes midiáticos em torno desse fato, nem se veem os produtores orgânicos, nem se ouve noticiar de psiquiatras e pastores de igrejas fazendo campanhas em prol de abstinências de agrotóxicos nas lavouras.

Quando o controle sobre uso de drogas está em questão, o fator econômico sempre pareceu adquirir primazia sobre outros fatores, até mesmo sobre a vida. Sem desconsiderar a proibição da cachaça, já mencionada, isso parece ter ocorrido inclusive quando se tratou de estabelecer critérios sobre quando o uso de drogas passou a ser objeto dos saberes especializados.

Examinando este campo dos impulsos considerados patológicos por suas consequências morais, podemos inicialmente destacar os seguintes casos de alcoolismo que se transformaram em objeto da intervenção e da reflexão psiquiátrica: 1) aqueles que por seu 'vício', chegavam ao ponto de comprometer a sua própria riqueza; 2) os que por seu 'vício' punham em risco, igualmente, a riqueza de sua família; 3) aqueles que por seus comportamentos envergonhavam a sua tradição". (BIRMAN; 1978, p. 310)

Num contexto onde nenhuma outra tradição parece poder se sobrepor à cultura do lucro, que comportamento pode ser mais violento, imoral e alienado do que seja "rasgar dinheiro"? Não continua sendo esse um critério comum para identificar os loucos e justificar suas interdições? Mas quando o uso de drogas gera lucros, dependência econômica, logo dependência química coletiva, as normativas e os diagnósticos que visam prevenir a periculosidade do seu uso deixam de ser válidos?

Desde que o DDT (Dicloro-Difenil-Tricloroetano), foi sintetizado em 1874, vindo a render, em 1948, ao químico suíço, Paul Hermann Müller, um prêmio Nobel, que a produção mundial de alimentos vem estando cada vez mais dependente do uso de substâncias químicas. Mas, para efeitos legais no Brasil, agrotóxico não parece enquadrar-se na categoria droga. Ao contrário, o texto da lei que os regula quer fazer ressaltar as qualidades benéficas dessas substâncias, definindo-as como “agentes que tem a finalidade de alterar a composição da flora ou da fauna, a fim de preservá-las da ação danosa de seres vivos considerados nocivos” (BRASIL; 2000)¹⁷.

No Brasil, a chegada dos agrotóxicos se verifica a partir da década de 1960 colocando-se de forma definitiva na vida diária dos trabalhadores rurais, aumentando sua exposição a riscos e danos à saúde coletiva (SILVA; NOVATO-SILVA; FARIA & PINHEIRO; 2005). Todavia, esses autores, analisando a literatura que descreve o histórico da utilização dessas substâncias no país, verificaram que foi a partir de 1975, com o Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), “que cuidou da abertura do Brasil ao comércio internacional desses produtos”, que ocorreu um verdadeiro *boom* na utilização de agrotóxicos no trabalho rural (Ibidem; 2005).

Nos termos do PND, o agricultor estava obrigado a comprar tais produtos para obter recursos do crédito rural. Em cada financiamento requerido, era obrigatoriamente incluída uma cota definida de agrotóxicos (...) e essa obrigatoriedade, somada à propaganda dos fabricantes, determinou o enorme incremento e disseminação da utilização dos agrotóxicos no Brasil (...). Aquela política de crédito integrou o movimento conhecido como Revolução Verde, iniciado nos Estados Unidos da América com o objetivo de aumentar a produtividade agrícola a partir do incremento da utilização de agroquímicos, da expansão das fronteiras agrícolas e do aumento da mecanização da produção. No Brasil, a Revolução Verde se deu através do aumento da importação de produtos químicos, da instalação de indústrias produtoras e formuladoras de agrotóxicos e do estímulo do governo, através do crédito rural, para o consumo de agrotóxicos e fertilizantes (SILVA et al; 2005)¹⁸.

Pesquisadores, ambientalistas e autoridades diversas têm manifestado preocupações com essa questão. Entretanto, assim como parece ocorrer com o monitoramento dos riscos e danos provocados pelo uso de drogas em geral, o controle dos dados obtidos a partir dos sistemas de vigilância, acabam se restringindo às informações subnotificadas dos casos agudos. Conforme salientado por Bochner (2007), há carência de estudos acerca dos efeitos do uso de agrotóxicos a médio e longo prazos. A autora convoca para “uma atenção especial que deve ser dada sobre os efeitos crônicos à saúde das populações expostas a esses

¹⁷ Redação dada pela Alínea “a”, Inciso I, Artigo 2º, da Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989 (alterada pela Lei nº 9.974/2000), que regula a produção, a distribuição e utilização de agrotóxicos no Brasil.

¹⁸ Os parênteses são nossos.

produtos, gerando subsídios para ações de prevenção de novos casos e de redução de sua gravidade, que apesar de se acreditar serem em número muito elevado, são pouco conhecidas” (BOCHNER; 2007, p. 87).

Em audiência pública, organizada pela Comissão de Agricultura do Senado Federal,

Karem Friedrich, da Fiocruz, fez alertas sobre a gravidade dos casos de intoxicação registrados no país. Conforme informou, estão comprovados os efeitos crônicos, após meses ou anos da exposição ao agrotóxico, como problemas no sistema cognitivo, motor e reprodutor, havendo ainda risco de aparecimento de câncer. – Efeitos crônicos podem aparecer mesmo após exposição a pequenas doses de agrotóxicos – informou, ao cobrar a ampliação da capacitação dos laboratórios e uma melhor atenção às populações expostas. Na opinião de Leandro Feijó, do Ministério da Agricultura, o pequeno número de laboratórios para pesquisa de resíduos de agrotóxicos é um dos principais gargalos dos órgãos que atuam no setor. Já Cleber Folgado, representante da organização Campanha Permanente Contra os Agrotóxicos, considerou alarmante o ponto a que chegou o consumo de produtos contaminados com venenos contra pragas. Conforme ressaltou, desde 2008, o Brasil é o maior consumidor mundial de agrotóxicos, inclusive de produtos já proibidos em outros países. – O Brasil está se tornando a maior lixeira tóxica do mundo – alertou (BRASIL; 2012a).

A respeito desse mesmo assunto, repórteres do Jornal O Globo, utilizando dados do Datasus e do IBGE, trazem notícia recente acerca das incidências de câncer e suicídios no estado do Rio de Janeiro (ROCHA, VASCONCELLOS & DAMASCENO, in O Globo; 03 de junho de 2012) . Segundo a reportagem, um mapeamento das ocorrências desses dois problemas viria a coincidir com as zonas de produtividade agrícola no estado, identificadas especialmente pela cultura do tomate.

O Centro-Sul aparece na frente em mortes causadas por neoplasias, com 133 casos por cem mil habitantes (22% acima da média, que é de 109); depois vem a Região Serrana, com 125 (14%); e o Noroeste Fluminense com 117 (7%). Um detalhe salta das estatísticas: no Centro-sul, onde estão grandes produtores de tomate, como Paty do Alferes, os índices são acentuados entre adultos de 40 a 49 anos. Nessa região, os índices estão mais de 52% acima da média do estado. O suicídio é mais frequente no campo. Enquanto a taxa na Região Metropolitana é de 1,58 caso por cem mil habitantes, no Noroeste Fluminense chega a 5,89 (51% acima da média, que é de 3,9), a mais alta. Na Região Serrana, são 5,25 casos por cem mil (34%); e no Centro-Sul, 5,50 (41%). (ROCHA; VASCONCELLOS & DAMASCENO, in O Globo, 03 de junho de 2012).

Para nós, chama a atenção, tanto quanto os números oficiais em si mesmos, o cuidado que tem a reportagem em admitir que os resultados não apontam causalidade entre as variáveis. A edição faz questão de grifar um alerta para a composição de “um dado que pode ser considerado em futuros estudos sobre os efeitos dos agrotóxicos”. Esse mesmo cuidado parece não ser observado quando tratamos de analisar os noticiários sobre o uso de drogas,

quando a imprensa se incumbe em buscar e divulgar toda uma gama de “pesquisas” e dados estatísticos para confirmar os problemas sociais associados ao seu uso.

A despeito de qualquer tipo de dependência que a indústria de produtos químicos possa gerar para o crescimento econômico e, desconsiderando os riscos e os danos a que todos os usuários de defensivos agrícolas estão expostos, segue o Brasil, em sua vocação de celeiro do mundo, como um dos maiores produtores mundiais de alimentos, ladeado pelo rótulo de ser também um dos países que mais consome agrotóxicos.

Segundo o artigo de Silva et al, os dados obtidos através do Sindicato Nacional de Produtos para a Defesa Agrícola - SINDAG, apontavam que no ano de 2005, o Brasil, contabilizava um volume de vendas da ordem 2,5 bilhões de dólares por ano, com uma produção de 250 mil toneladas de agrotóxicos (SILVA et al; 2005). Sob esse aspecto, é interessante verificar que algumas substâncias químicas, justamente por serem capazes de gerar dependência em escala industrial, precisam ser regulamentadas de outro modo, estando sujeitas, inclusive, a outras temporalidades e intencionalidades normativas.

Um sítio de notícias jurídicas na internet trás a seguinte chamada: “O Superior Tribunal de Justiça liberou, nesta segunda-feira (3/5), a venda de produtos de conveniência em farmácias e drogarias vinculadas à Associação Brasileira de Farmácias e Drogarias – Abrafarma” (CONSULTOR JURÍDICO; 2010). Assim como na lei que dispõe sobre os agrotóxicos, tratando-os como se não fossem drogas, essa necessidade permanente de separar farmácia “e” drogaria, pode ser lido como estratégia de manutenção e ampliação de mercados. Assim, também entendemos, funciona a estratégia de falar em políticas para álcool “e” drogas, ao invés de pensa-las como políticas para o álcool e outras drogas. Essa mesma estratégia flui das leis às propagandas, fazendo com que a própria lei produza os efeitos de uma propaganda.

Questionamentos inúmeros podem ser levantados quando verificamos a construção de políticas e normatizações específicas que, segundo entendemos, poderiam ter único objeto de regulamentação. Ainda que se concorde que cada classe de drogas mereça ser alvo de atenções normativas específicas, pelo menos sob o aspecto da conceituação elas deveriam ser tratadas como conjunto único. Quando as próprias leis adquirem função de propaganda em favor do mercado de certas drogas, é quase uma ironia verificarmos que, no Brasil, a única lei que dispõe com maior amplitude, abarcando uma vasta gama de drogas legalmente comercializáveis, é a Lei Nº 9.294/1996, que dispõe exatamente sobre as restrições à

propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal (BRASIL; 1996)¹⁹.

Por que o álcool tem sido tratado de forma tão distinta, com uma política apartada das políticas que tratam das drogas? Não seria ele uma droga como qualquer outra? A essas perguntas, pode-se responder que a necessidade de uma política específica para dispor sobre o álcool se justificaria em função da desatenção dispensada aos danos provocados pelo álcool. Ter uma política específica é uma forma estratégica para dar destaque para aquilo que passa ao largo das atenções. No entanto, ainda que se tenha uma política exclusiva para tratar da questão, as mesmas estatísticas que apontam os danos causados pelo consumo de álcool por motoristas no trânsito e que vieram a legitimar a instituição da Lei Seca, não parecem ter sido tão contundentes quando se tratou de aprovar a Lei Geral da Copa que permite bebidas alcoólicas nos estádios (AGÊNCIA SENADO; 2010). Ou seja, na prática, o álcool ainda continua a ser tratado com deferência quando comparado ao tratamento dispensado às outras drogas.

Mas, em meio a tantas interrogações possíveis, no âmbito do inventário da legislação, que compreendeu parte deste trabalho, o que causou maior surpresa foi constatar que o DDT só veio a ser proibido no Brasil em 14 de maio de 2009, pela Lei nº 11.936/2009 (BRASIL; 2009u). A despeito do desaparecimento de diversas espécies da fauna, da ausência do canto dos pássaros, dos relatos sobre a “primavera silenciosa” (CARSON; 1962 / 2010) que demonstram há décadas os efeitos nefastos do seu uso, essa substância, de poder altamente tóxico ao homem e ao meio ambiente, escapou ilesa às disposições da Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989 (alterada pela Lei nº 9.974/2000), que regulam a produção, a distribuição e utilização de agrotóxicos no Brasil, e ainda da Lei nº 11.343/2006, que trata das drogas. Não estava o DDT incluído na “lista de substâncias proibidas”²⁰ de serem comercializadas, conforme disposto pela Lei de 2006?

Se ainda precisávamos de um forte argumento para demonstrar que o critério dependência não é suficiente para definir o que seja droga, parece que nenhum é melhor que este. Só a categoria dependência (econômica) nos permite entender porque o DDT, produto banido de vários países, desde a década de 1970, persistiu sendo utilizado no Brasil até agora. Até o

¹⁹ A versão da Lei utilizada para essa consulta já continha as alterações dadas pelas: Lei nº 10.167, de 27.12.2000; Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001; Lei nº 10.702, de 14.7.2003; Lei nº 11.705, de 2008; e pela Lei nº 12.546, de 2011. Em todos os casos tratam-se de legislações voltadas a substâncias legalmente comercializáveis.

²⁰ As listas atualizadas de substâncias sujeitas a controle especial no Brasil podem ser encontradas em: < http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11464&rastra=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Listas+de+drogas%2FAnvisa >. No entanto, essas listagens não contemplam os produtos agrotóxicos. Nesta pesquisa não conseguimos acessar as listas referentes a produtos químicos usados na agricultura.

ano de 2009 não era possível à produção agrícola brasileira ficar abstinente do DDT? Neste caso, o que diriam aqueles que são contrários às estratégias de Redução de Danos?

Enfim, diante da cisão atual entre o que é remédio e o que veneno, curiosamente, parece ser entre os trabalhadores das lavouras que o sentido ambíguo do *phármakon* ainda parece estar mais preservado. Segundo Silva et al (2005), citando outros estudos, “nos diversos trabalhos de campo realizados tem sido observado que os trabalhadores se referem a estes produtos como remédios, venenos ou agrotóxicos” (SILVA et al; 2005, p. 894). Ou seja, independente do termo utilizado para se referir a esses produtos, todos parecem adquirir o mesmo sentido: remédio é veneno; veneno é remédio.

Quando a dependência química gera produção, implicando dependência econômica, não parece ser tão comum contabilizar e divulgar o número de mortes, muito menos incentivar pesquisas e divulgar dados e evidências sobre os danos à saúde e os agravos sociais a médio e longo prazos. Se entendermos como Costa que “a noção de proteção social, além de expressar elementos culturais de longa duração e de conter rupturas, localiza persistências de outros tempos históricos vividos em simultâneo” (COSTA; 1995, p. 99 -100), talvez possamos encontrar na atualidade ainda a dependência química do século XVII.

Se a dependência econômica da cachaça àquela época, permitia que levas de escravos fossem traficados para o Brasil, entendemos que aquela forma de uso da cachaça (uso moeda) contribuiu, em alguma medida, para a produção histórica de desigualdades sociais que hoje se verifica. O que queremos argumentar é que, se a escravidão no Brasil pode ser apontada como uma das causas das desigualdades sociais que hoje se verifica, não se poderá descartar à produção da compreensão das atuais desigualdades aquilo que deu condições para que a escravidão fosse alavancada. Ou seja, é preciso entendermos aquilo que deu condições de produção ao processo da escravidão. Se o uso moeda da cachaça deu alguma condição para alavancar o tráfico de escravos, esse uso estará, em alguma medida, implicado às causas históricas das vulnerabilidades sociais que ora se verifica.

Atualmente, assistimos uma produção de direitos sociais e, alguns deles que se traduzem sob a forma de cotas especiais para negros nas Universidades, benefícios assistenciais para pobres, etc. Sem desconsiderar as deferências sociais concedidas ao uso atual do álcool, ninguém parece fazer ou dar importância às associações históricas entre as causas da atual necessidade de produzir direitos sociais para negros e pobres e dependência econômica do álcool no século XVII. Todavia, uma produção dessas memórias apontam direções. Elas apontam para a importância de se pensar estratégias ao uso atual de agrotóxicos e outros produtos químicos adicionados aos alimentos industrializados. Se uma forma de uso da cachaça no século XVII pode contribuir em alguma medida para as vulnerabilidades sociais

que hoje presenciamos, o que nos faria pensar que o uso atual de agrotóxicos não produzirá vulnerabilidades semelhantes no futuro? Esses produtos geram dependência econômica, dependência coletiva, e por essa razão poucos se atreveriam em recomendar a abstinência (interrupção desse uso), independente do montante de recursos econômicos que esse uso atual de produtos químicos poderá custar no futuro em termos de oferta de serviços de Saúde, Previdência, Assistência Social, etc.

1.7 – Resistências e produção de corpo

Se nossas análises sobre o uso de drogas como direito social procedem, as interrogações atuais sobre as possíveis causas (biológica, psicológica, social, etc) da drogadição já teriam que migrar para um questionamento sobre existência de uma “causa política” no drogar-se. Para a maioria de nós, que pensa cartesianamente, isso não seria difícil. Aliás, para quem de nós crê na existência de uma razão transcendente, é bastante confortável entender que um corpo possa ser capturado e aprisionado, sem que a razão o seja. Aliás, para uma razão transcendente, o corpo, por si mesmo, já é uma prisão.

Para nós, porém, não é nada comum pensar o inverso, onde a mente possa ser oprimida, mas que o corpo, permaneça livre, firme e resistente aos afetos das potências que o oprimem. Se é confortável para nós pensarmos que a política se faz com ideias, não é comum pensarmos que a política se faz e se expressa com, e no corpo. Em Espinosa não há, como em Descartes, uma apartação, uma relação de oposição entre *res extensas* e *res cogitans*. Por isso, ao conduzirmos nossas análises, tendo como base a sua filosofia, temos que pensar as simultaneidades, não só de uma política que se produz como expressão de um corpo mas de um corpo que se produz como expressão de uma política. Numa análise crítica à razão transcendente proposta por Descarte, Espinosa salienta:

Já demonstrei, porém, que eles não sabem o que pode um corpo, nem o que pode ser deduzido da consideração de sua natureza, e que a experiência lhes mostra que se fazem, em virtude exclusivamente das leis da natureza, muitas coisas que eles nunca acreditariam poder ter sido feitas sem a direção da mente (ESPINOSA; 1632 – 1677 / 2010, p.169).

Diante dessas observações como entender os comportamentos de pessoas que usam drogas diante dos atendimentos que costumam lhes serem oferecidos?

O monitoramento dos fluxos de entrada de usuários nos Centros de Acolhimento Regionalizados – CARE-AD, no âmbito do programa estadual gerido pela SEASDH/RJ, nos permitiu verificar que, de 794 encaminhamentos que passaram pela Central Reguladora

de vagas, no período de outubro de 2012 a abril de 2013, quase 20% desistiu da orientação para acolhimento, ainda que a totalidade desses encaminhamentos fosse resultado de Planos Terapêuticos elaborados pelas equipes dos serviços de porta de entrada, com a anuência dos usuários. No que se referia aos fluxos de desligamentos de usuários no mesmo período, observou-se um total de 479 usuários que já haviam deixado os CARE-AD, retornando aos seus territórios de origem. Desse total, chamava a atenção um percentual de 41% que haviam desistido do acolhimento oferecido como parte do planejamento original, isso sem desconsiderar que 4% haviam evadido do serviço e ainda que 8% deles haviam sido desligados por infração às normas²¹.

Considerando que a totalidade dos encaminhamentos aos CARE-AD eram voluntários, poderíamos tender a afirmar que tantas desistências fazem parte das “resistências” dos usuários aos tratamentos. Essa resistência, compreendida como parte de um sintoma de uma doença é o que parece ancorar as defesas em favor das internações involuntárias e compulsórias para usuários de drogas. Concebida como sintoma, a falta de aderência aos tratamentos sempre apontam para uma anormalidade das pessoas e nunca para uma anormalidade nos serviços.

Mas fica a pergunta: não é exatamente a noção de resistência que permite também entender o ativismo político?

O que pode um corpo? É o que Espinosa nos provoca.

Não seria exatamente a concepção de razão cartesiana que nos faz desqualificar determinados movimentos políticos, sem ideologia aparente e/ou sem propostas muito objetivas? O que se pode deduzir da natureza de corpos livres cujas mentes possam ter sido condicionadas por culpa e aprisionadas por noções e conceitos? Os corpos se contentam com os “mínimos sociais” que lhes são disponibilizados?

Para Espinosa, não importa se o direito natural (o grau de potência atual) opera pela via da razão ou pelos apetites do corpo. Seguindo esse postulado, entendemos que, quando aquilo que poderia ser compreendido como exercício de um direito, passa a ser apontado como sintoma de uma doença, ficam anuladas quaisquer possibilidades de pensar a dimensão política da potência de natureza e, nesse caso, por exemplo, ficam as pessoas que usam drogas, atual e individualmente, responsabilizadas, por algo que foi produzido sócio-historicamente.

Voltamos a frisar que, o direito natural em Espinosa sempre aponta para o atual, podendo variar seu grau de potência de acordo com os afetos. Se são os afetos que condicionam a variação da potência, e se é a própria variação ao longo das continuidades do tempo que nos

²¹ **Fonte:** Observatório de Gestão e Informações sobre Drogas – OGIDERJ. Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / 2013.

permitem rastrear e localizar as rupturas e as transformações do *sócius*, conclui-se que os afetos implicam movimento histórico. Um exemplo dessas variações seria o caso atual dos direitos trabalhistas, que vem perdendo potência quando afetados pelas forças políticas neoliberais de flexibilização; outro, seria o caso atual das práticas de assistência dirigidas às pessoas que usuários de drogas, que também passam a ser ameaçadas de retrocessos quando afetadas pela retomada das políticas repressivas de estilo antidrogas²².

Donde se conclui que, o confinamento do exercício histórico de um direito numa ideia de sintoma atual, passa a se traduzir como forma de negação do movimento histórico com a finalidade utilitária de limitar outros afetos que permitiriam fazer ler na resistência dos corpos a potência de ampliar territórios existenciais. O que nos parece essencial, nesse caso, é atentarmos para que, se a mente se permite aprisionar por celas conceituais e por noções comuns, será o corpo que fará a revolução.

Como compreender então as causas que impelem pessoas a continuar a levar um modo de vida, bebendo, fumando, cheirando, injetando? Não experimentam elas, com o próprio corpo e consciência (com os apetites do corpo e com a razão), os danos à saúde, os prejuízos resultantes dos preconceitos generalizados e os perigos poderio bélico de traficantes e da polícia? Para onde a resistência de muitos desses usuários aos tratamentos aponta? Não são exatamente grandes causas, que levam indivíduos a se arriscarem e comprometerem a própria vida?

Ousaríamos dizer que o comportamento de pessoas que já foram presas por ditaduras, arriscando a vida e suportando torturas sem se dobrar, pode ser considerado um bom exemplo. Quando escapam da prisão e da morte, não retornam muitos deles ao ativismo? Numa leitura espinosana acerca da potência dos corpos, poderíamos supor inclusive que, se alguns ativistas resistem mais à opressão que outros, isso não se deve apenas ao fato de que os primeiros tem uma ideologia e/ou uma força moral que os outros não tem. Para Espinosa, o que afeta o corpo afeta simultaneamente a mente, e para o filósofo, “a mente humana é capaz de perceber muitas coisas, e é tanto mais capaz quanto maior for o número de maneiras pelas quais seu corpo pode ser arranjado” (ESPINOSA; 2010, p. 107). Isso aponta na direção de que a mente será tão mais potente quanto mais potente for o corpo em sua capacidade de afetar e ser afetado. O que nos permitiria entender que, apesar dos suplícios e das torturas psicológicas que o aparato repressivo é capaz de provocar, alguns ativistas resistem mais porque tem um corpo mais potente que outros.

Seria possível então pretender patologizar resistências (como sequela de uma doença crônica) de usuários de drogas, quando é a própria a resistência ao tratamento, que pode ser

²² Note-se que as políticas ditas antidrogas só tem sido contrárias às drogas tornadas ilícitas, pois, no que se refere às drogas lícitas, o que se observa são políticas de incentivo, no estilo pró-drogas.

entendida como única possibilidade dessas pessoas de sentirem incluídas numa relação de afeto contra a opressão?

Pela ótica do direito natural, a resistência do usuário pode apontar, ao contrário do que habitualmente se poderia pensar, para o que essas pessoas tem de mais natural e de mais potente. Cerceá-los em sua potência é privá-los do seu direito. Se, em muitos casos, os prejuízos sociais e à saúde, causados pelo uso de drogas, pode conduzir à doença e até à morte, precisar-se-ia interrogar, que sentido adquire, nesses contextos, a doença e o risco de morte para essas pessoas. Quando o sofrimento social não encontra lugar para acolhimento, é o corpo que parece fazer valer o direito e “a doença ganha a expressão de um projeto”, um projeto político de inclusão social (CARRETEIRO, in: SAWAIA [org]; 2002: 87-96).

1.8 – Desvios e normatividades

Se acompanhamos a concepção do direito natural espinosano, a resistência de um usuário de drogas a determinados tratamentos precisaria deixar de ser concebida como um desvio de natureza, pois, conforme os afetos, a própria potência da natureza do homem está sujeita a variações. Mesmo no caso do uso de drogas ilícitas, também não haveria possibilidade de conceber esse comportamento como desvio moral (pecado ou transgressão à lei), pois de acordo com o direito de natureza que fundamenta a ética espinosana, “nada é proibido, a não ser aquilo que a ninguém é possível” (ESPINOSA; 1632 – 1677 / 2009, p. 21).

Se seguimos essa concepção, a única possibilidade de compreender a resistência como desvio, seria aquela que nos aproxima do conceito de “normatividade vital” em Georges Canguilhem (CANGUILHEM; 2002). E quando se trata de pensar questões como essa, as ideias desse filósofo francês tem sido citadas com boas referências.

Canguilhem é o nome mais eminente da epistemologia das ciências médicas e biológicas do século xx e figura fundamental no desenvolvimento da epistemologia das ciências humanas. Sua experiência intelectual é peculiar e resultante de sua dupla formação: médico e pesquisador em filosofia. Isto o permitiu construir de todas as peças um campo novo de reflexão epistemológica, a saber, a reflexão filosófica sobre a medicina e sobre aquilo que se chama, na França, de “ciências da vida”. A constituição de tal campo de pesquisas foi desdobrada e continuada principalmente pelo mais conhecido de seus alunos, Michel Foucault. Dificilmente poderíamos pensar em livros como *O nascimento da clínica* sem o impacto gerado por trabalhos como *O normal e o patológico*. Há uma linha reta que vai das reflexões de Canguilhem sobre as práticas médicas e as reflexões de Foucault a respeito do advento da psiquiatria e da psicologia (SAFATLE; 2011, p. 13).

Especialmente diante de explicações psicologizantes que poderiam tender a confinar o desejo das pessoas que usam drogas, opondo-o às leis e aos limites, é válido registrar que existem outras teorias que permitem uma abordagem diferente do tema e que conduzem a uma outra compreensão dos problemas. Quais forças, quais potências, são capazes de levar uma pessoa a se desviar de um modo de viver, passando a consumir drogas, por vezes de forma autodestrutiva, apesar da culpa (um dos efeitos da lei) que o consome na mesma medida? O desvio, nesse caso, não poderia ser compreendido como expressão, resultado da produção de novas normas de vida, frente a um meio que vinha sendo infiel à própria vida? Numa citação a Nietzsche, o Professor Vladimir Safatle dirá que “há dores que certos sujeitos procuram como quem procura a manifestação de uma espécie de autoviolência criadora, de superação de limites (SAFATLE; 2011, p. 13).

Georges Ganguilhem, fundamentado em estudos como os de Lagache e Minkowski, desenvolveu uma noção que chamou “normatividade vital” (CANGUILHEM; 2002) . A partir dela, sustentou que, nos modos de existência do patológico podem haver formas que não tenham equivalentes no estado normal. O comportamento desviante, a alienação ou “anomalia psíquica”, possuiriam características próprias que as impediriam de ser assimiladas ao conceito de doença. Lendo Ganguilhem, Pelbart dirá que:

a vida não está preocupada só em defender-se, limitando-se às normas que ela própria instituiu em condições determinadas, mas expandir-se, enfrentando riscos e nesse enfrentamento instituindo novas normas. A saúde não é só capacidade de evitar catástrofes, mas também a de criar novas normas arriscando a própria vida. Há aí uma exuberância, criatividade e generosidade vitais que nos distanciam irremediavelmente da noção de saúde como estabilidade. O normal é aquele que sente que é mais do que normal, que pode arriscar porque tem a plasticidade necessária para fazê-lo. Faz parte da saúde, diz Ganguilhem, poder abusar da saúde (PELBART; 1989, p. 213).

Dessa forma entendemos que para Ganguilhem, o critério que possibilitaria à vida separar saúde de doença é a “normatividade vital”, essa compreendida como capacidade de um organismo de criar novas normas, mesmo orgânicas, pois que são elas que definiriam os modos de expressão da vida, sua atividade, suas formas de existir. Nesse sentido, um organismo qualquer seria saudável quando capaz de ultrapassar a norma que define o normal presente, quando é capaz de tolerar as variações do meio, sendo capaz de instituir novas normas de vida. Por seu turno, doente seria aquele organismo que se encontra limitado a uma única norma de vida, completamente adaptado e restrito a um meio determinado de existência.

Segundo entendemos, para Ganguilhem, será então, a partir dessa relação que se poderá classificar o que é normal e o que é patológico. Não haveriam fatos (isso vale para os efeitos

provocados pelas drogas) que sejam normais ou patológicos em si mesmos. Qualquer anomalia, mutação, comportamento desviante, poderá ser compreendido como expressão de outras normas de vida possível. O normal, portanto, não é algo que necessariamente se verifica como sendo comum a grupo de indivíduos, ou que seja estatisticamente quantificável. A norma antecede o cálculo estatístico que visa naturalizá-la. “A normalidade advém da normatividade” (CANGUILHEM; 2002, p. 91).

Safatle salienta que, para Canguilhem, a saúde mental se caracteriza pela potencia normativa compreendida, nesse caso, como poder de revisão e criação de novas normas. Em outras palavras, a potência do poder normativo poria em questão as normas usuais (mesmo as fisiológicas) pela procura do debate entre o vivente e o meio. Esse debate implica a aceitação normal do risco da doença. Do mesmo modo, nos parece, que a norma, em matéria de psiquismo humano, e a reivindicação e o uso da liberdade como poder de revisão e de instituição de normas, é reivindicação que implica, normalmente, o risco da loucura (SAFATLE; 2011).

Logo de início, vínhamos tecendo uma problematização que tinha por objetivo ver o direito social como uma extensão do direito natural espinosano. Vejamos o que Safatle nos aponta em Canguilhem:

É no interior da relação entre organismo e meio que poderemos definir conceitos como normal e patológico. Maneira também de explorar uma zona importante de contato entre normatividade vital e normatividade social. *Como se a normatividade social fosse, na verdade, uma espécie de suplemento que visa preencher a insuficiência da normatividade vital em impor, por si só, um modo de conduta ao humano.* Nesse sentido, entre as duas formas de normatividade não há nem descontinuidade simples, nem continuidade absoluta. Há uma peculiar relação de complementaridade (SAFATLE; 2011: 20).

Numa aproximação entre a filosofia de Espinosa e a de Canguilhem, poderíamos dizer que, a normatividade social “imana” da normatividade vital. Se o estado normal é uma produção para a qual convergem operações amplas dos campos sociais, tais como conceitos estéticos, morais e políticos, fazendo com que a concepção de saúde seja uma determinação valorativa, e, se a concepção de saúde e a própria clínica partilham um padrão de racionalidade, historicamente datáveis, isso significa que são elas também determinadas pelos afetos que fazem variar a potência do direito. Por isso, ninguém de nós estaria autorizado a negar a potência da normatividade vital, nem da normatividade social, ou seja, dos desvios, tomando os valores sociais de uma dada época como absolutos. Talvez se possa dizer nesse aspecto que, se existe algo de absoluto em qualquer época é a própria possibilidade de variação.

A vida é uma atividade normativa polarizada contra tudo o que é valor negativo, tudo o que significa decréscimo e impotência. Quando a diversidade orgânica não implica tal polarização, a diferença não aparece como doença. Lembremos, ainda, que seres vivos que se afastam do tipo específico são, muitas vezes, inventores a caminho de novas formas. A vida, mesmo no animal, não é mera capacidade de evitar dissabores e se conservar. Ela é tentativa, atividade baseada na capacidade de afrontar riscos e triunfar, daí porque ela tolera monstruosidades (Canguilhem, apud Safatle, 2011, p. 24).

Se a normatividade canguilhemiana é aplicável para pensar a potência e a liberdade do vivo para a criação de novos meios, ela também parece confirmar a ideia de Espinosa de que “tudo quanto no homem é sinal de impotência não pode ser atribuído à sua liberdade.” (ESPINOSA; 1632 – 1677 / 2009, p. 13 – 14). A lógica que permite a partilha entre o normal e o patológico seria dada somente na relação entre o indivíduo e um determinado meio cultural, incluindo nessa expressão os valores técnicos, econômicos, morais e sociais. Ou seja, se a própria potência da vida, que possui normas muito mais rígidas, não se dissocia da liberdade para criar novos meios, como supor que no humano, cujas normas são muito mais flexíveis que as do vivo, a potência e a liberdade no homem não possa tolerar as diferenças e as novas formas de existência que o próprio homem produz? A propósito das políticas públicas e das práticas de cuidado e assistência direcionadas aos usuários de drogas, em que direção estas análises apontam?

2 - Capítulo II - Saberes, vícios e delírios

2.1 - Introdução à fissura

Durante nossa pesquisa, tivemos a oportunidade de participar de muitas discussões e debates envolvendo a atenção ao uso prejudicial de drogas. Uma delas referia-se a uma experimentação bastante criativa: uma reunião clínica para a apresentação de um grupo de Redução de Danos, como estratégia de cuidado em situações que envolviam internações psiquiátricas de usuários álcool e outras drogas no Hospital de Jurujuba, no município de Niterói (TORRES; RÊGO & THOMÁS; 2011). O texto apresentado pela equipe de expositores, assim como as discussões em torno dos resultados dessa experiência vinha de encontro aos objetivos dessa pesquisa, uma vez que trazia os impasses vividos em torno de uma inovação: trabalhar sob a ótica da RD num contexto de acolhimento institucional, onde, tradicionalmente a abstinência é requerida.

Uma iniciativa desse tipo poderia, não só trazer novas alternativas à gestão do programa governamental gerido na SEASDH, aproximando-o das orientações da Saúde Mental mas também lançar novas luzes sobre como trabalhar sob o paradigma da RD dentro dos serviços de acolhimento institucional do SUAS. Como já tivemos oportunidade de mencionar, nesses serviços é muito comum se encontrar pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, cujas condições sociais muitas vezes se associam à situação de rua entre outras vulnerabilidades e violações de direitos.

A discussão no Hospital de Jurujuba envolveu um grande número de atores da rede de serviços e várias questões foram levantadas, quais sejam: o apelo à internação como algo tão premente na sociedade quanto o próprio uso de drogas; as dificuldades das equipes em lidar com os significantes (a falação) dos usuários; a impossibilidade da aplicação de uma “RD tradicional”, compreendida como distribuição de insumos no contexto da internação; a pouca potência da RD aplicada como imposição ou como mero cumprimento de normas, etc. E, em meio a tantas observações que emergiam do debate uma nos chamava a atenção: a experiência daquele grupo demonstrava que, em termos de produção de subjetividade, existia um trajeto marcante entre as angústias vividas pelos usuários atendidos e a geração de fissura por drogas SOS no contexto da internação psiquiátrica.

As informações sobre trocas de insumos, cuidados a seguir quando intoxicado e as consequências do uso das substâncias no organismo permitiu surgirem relatos pessoais dos problemas com as drogas, nos levando a interrogar a posição de cada paciente frente ao que falava. Sustentar esta direção esbarra na dificuldade dos pacientes subjetivarem minimamente sua relação com as drogas. A tal da ‘fissura’ é um termo que

parece ter um sentido totalmente fechado e já entendido tanto para o usuário quanto para a equipe. É preciso interrogar a cada vez o que é a fissura e o que significa para cada um. José Alex inicia sua internação estabelecendo uma diferença entre fissura e angústia: a angústia é o incômodo de estar na vida, de falar, e a fissura é a falta da droga frente este incômodo. Com o tempo de internação e participação do grupo, esta diferença deixa de existir e todo mal-estar vira fissura. Qual a relação da fissura com a angústia? (TORRES; RÊGO & THOMÁS; 2011: p. 6).

Segundo os expositores, quando nas oficinas de RD, os usuários começavam a falar dos seus outros problemas de vida sem solução aparente, é que lembravam das drogas que consumiam. E como dentro do Hospital eles não tinham acesso às drogas de uso habitual, eles passam a demandar por remédios. Ou seja, as angústias representavam aquilo que aquelas pessoas não davam conta. Falar do “incômodo de estar na vida” trazia o fora de contexto, o inacessível, o mal-estar para o contexto de existência. Por seu turno, a fissura, tanto para os pacientes quanto para a equipe, se apresentava como recurso ao já conhecido, a representação de um saber pré-estabelecido, “totalmente fechado e já entendido” que, num contexto de cuidado, reclamava ser interrogado a cada vez.

As conclusões da experiência daquele grupo pareciam vir de encontro ao que, no âmbito da implementação do “plano crack”, o Dr. Leon Garcia, Coordenador Adjunto de Saúde Mental do Ministério da Saúde, costuma afirmar em suas conferências: – “para essas pessoas, com problemas insolúveis passam a se reduzir a um: buscar a próxima pedra”. Ora, se a busca da sociedade por internação podia ser visto como algo tão premente quanto a busca por drogas, parecia ser preciso interrogar, a cada vez, esse “ímpeto incontável”, por droga e/ou por internação, o que fazia da fissura uma excelente analisador para nossa pesquisa. Quando se trata de pensar práticas assistenciais a que fissuras estamos expostos?

Ainda que desconsiderássemos a potência da dependência química para a produção agrícola atual, entendemos ainda que, quando se agrega na definição legal das drogas, a ideia de “produtos”, suspeitamos que nenhuma relação oficial seria capaz de comportar a quantidade daqueles que a humanidade se tornou dependente. Sob esse aspecto, já parece haver evidências de que esses critérios oficiais que objetivam listar e classificar as drogas, provocando, inclusive a cisão entre drogas lícitas e ilícitas adveio, justamente, das condições socio-históricas que permitiram que determinadas plantas e seus substratos fossem alçados à condição de mercadoria.

Estudos como os de Lima (2009), que utilizam categorias de análise com fundamentação teórica marxista, autorizam interrogar determinadas naturalizações presentes na história das drogas. Essa revisita histórica, permitiu à autora uma leitura da construção de uma economia política que inscreve as drogas, enquanto mercadorias, nas tramas geopolíticas e

geoeconômicas das disputas imperialistas iniciadas no final do século XIX. Entender por exemplo como o advento dos anestésicos, sua importância na produção controlada num mercado de fármacos, passou a modificar as relações que as sociedades estabeleciam, culturalmente, com o uso de determinadas plantas, passa a ser condição para analisar a proibição da produção, distribuição e consumo de determinadas drogas nos dias atuais.

Sem a compreensão da emergência histórica de um mercado farmacológico, não seria possível entender como algumas resoluções internacionais, que tratam das drogas, vieram a ser produzidas no contexto da Guerra Fria, na segunda metade do século XX. Amparadas pelas relações e interesses multilaterais e, sobretudo, pela hegemonia dos Estados Unidos e pactuações na Organização das Nações Unidas, essas convenções vieram a determinar como as drogas passariam a ser classificadas oficialmente na atualidade.

A tese de Lima traz ainda uma análise sobre como o curso das iniciativas em alguns países, especialmente no continente Europeu, começam timidamente a experimentar a despenalização do uso de certas drogas, como uma forma de produzir novas estratégias para esse arranjo mercantil. No caso da política pública sobre drogas no Brasil, segundo a autora, se observa: de um lado, um "desenvolvimento desigual e combinado, que articula a hegemônica força do aparato repressivo-militar para combater" o problema drogas e, de outro, a força das políticas sociais advindas dos direitos humanos e da saúde mental. Assim, independente das forças contrárias que pressionam por novo olhar sobre a questão, que possa ser diferente do atual modelo de guerra declarada, as drogas listadas nas convenções internacionais, continuam sendo objeto da regulação e repressão.

Nesse contexto mercadológico de guerra antidrogas, a ideia de dependência química é continuamente conjurada na formação de trincheiras. Quando nos detemos a analisar seus possíveis sentidos, verificamos que não se trata de uma dependência qualquer: trata-se de uma dependência também alçada à condição de produto. Ela é uma dependência cujos esforços de enfrentamento devem ser empreendidos em função das supostas amarras que as drogas impõem à liberdade e autonomia que se pretende para os indivíduos.

No entanto, essa noção de dependência, como inimiga das liberdades individuais, produz outros tipos de dependência: dependência coletiva de ideias, de conceitos, de noções. O mercado da segurança, das armas, o mercado dos tratamentos e dos fármacos, todos dependem, em alguma dose, dessa noção de dependência e por isso ela precisa ser fabricada, para ser distribuída e consumida em massa.

Em sociedades reguladas para e pelo consumo, qualquer substância ou produto (incluindo um conhecimento) capaz de fazer com que a coletividade se torne dependente e assujeitada ao mercado, ascende imediatamente à condição de mercadoria, como uma espécie de gênero

de primeira necessidade, entrando em outras listagens oficiais, que não a das drogas ilegais, mas, provavelmente, na lista dos produtos cuja fabricação requeira políticas de incentivo. Dito isto, podemos ler no texto da Lei nº 11.343/2006, um sentido para dependência (subjetividade-produto), que se impõe a ser continuamente fabricada em larga escala. Produzir ideias de dependência-química, sob esse aspecto, adquire sentido de produzir fissura industrial.

Expressão frequentemente utilizada para referir-se a uma espécie de ímpeto incontrolável que põe uma pessoa a buscar compulsivamente pela droga de uso, a fissura se nos apresenta como categoria privilegiada para análise da produção atual de políticas públicas. Toma-la como analisador, no contexto das práticas assistenciais dirigidas aos usuários de drogas, implica construí-la como um aparelho, uma tecnologia, que tem pretensões de mapear os movimentos de produção de subjetividades, onde intoxicações e abstinências adquirem outros sentidos.

2.2 - Como se produzem fissuras?

Adolescentes aprendem desde cedo na escola regular, no ensino que trata da disciplina de física, que, a partir do bombardeamento artificial de nêutrons sobre o núcleo de um átomo de urânio, se produz uma instabilidade tal, capaz de gerar a fissão (divisão) desse núcleo. A partir da radiação e energia liberadas pela fissão do núcleo desse único átomo, se tem por resultado uma reação em cadeia. A radiação liberada pela primeira fissão provoca instabilidade nos átomos próximos, passando a fender o núcleo de cada um deles. Nesse mecanismo básico reside tanto o poder gerador de energia das usinas nucleares quanto o poder destrutivo das bombas atômicas. Não é por acaso que as condições de produção para esse tipo de artefato exige ambientes tão controlados. O poder e o risco que o domínio desse tipo de conhecimento e tecnologia representa, vem sendo, simultaneamente, objeto de disputas e cobiça entre potências mundiais há mais meio século. Fora das esferas da física nuclear, no entanto, poucos se aventuraram a pesquisar as possibilidades de geração de energia de tal magnitude, simultaneamente criadora e destruidora. Gilles Deleuze e Félix Guattari, nesse aspecto, talvez representem exceção.

Pensando formas de se aproveitar a “energia” gerada pelo capitalismo contra o próprio capitalismo, Deleuze e Guattari, puderam discorrer sobre a forma como ele se estrutura resultando em instabilidades tais que, se são aproveitadas, podem contribuir para a desconstrução de seus efeitos mais nefastos. No contexto da obra “Capitalismo e

Esquizofrenia”, esses autores cunharam o conceito de “linha de fuga”, fendas que se abririam nas estruturas cristalizadas dos modos de viver, permitindo a criação de novas formas de existência, o que chamaram de processos de desterritorialização e reterritorialização. Mas, não obstante a potência criadora que escapa por essas fissuras, podem elas também tornarem-se destruidoras, dependendo da velocidade dos fluxos desterritorializantes.

Por mais que se queira apresentar essas linhas como uma espécie de mutação, de criação, traçando-se não na imaginação, mas no próprio tecido da realidade social, por mais que se queira lhes dar o movimento de flexa e a velocidade de um absoluto – seria muito simples acreditar que elas não temem outro risco senão o de fazer recuperar apesar de tudo, de se fazer colmatar, atar, reatar, reterritorializar. Elas próprias desprendem um estranho desespero, como que um odor de morte e imolação, como que um estado de guerra do qual se sai destroçado: é que elas mesmas tem seus próprios perigos, que não se confundem com os precedentes. (...) Eis precisamente o quarto perigo: que a linha de fuga atravesse o muro, que ela saia dos buracos negros, mas que, ao invés de se conectar como outras linhas e aumentar suas valências a cada vez, ela se transforme em destruição, abolição pura e simples, paixão de abolição (DEELEUZE & GUATTARI; 2008a, p. 111 – 112).

Associada ao vocabulário comum na ceara do uso de drogas, a fissura nos aproxima dos afetos, dos movimentos entre potências (das drogas, das ideias, das políticas) e os resultados criativos e destrutivos desses encontros. Se um dado modo de existência produz cerceamentos, impedindo a vida de expandir-se, esse mesmo modo de viver, sob determinadas condições, internas e/ou externas, produz rachaduras nas suas estruturas, por onde vaza o desejo. Utilizar a fissura como analisador significa portanto utilizá-lo na produção de agenciamentos: formas pelas quais o desejo fugidivo se liga à transformação social, à produção de mundos, de novas realidades, individuais e/ou coletivas, naquilo que elas comportam de concreto e/ou de abstrato.

Os modos e as velocidades pelos quais a vazante revolucionária se liga ou se distancia de outros elementos estruturantes, é que determinarão se a potência decorrente dos afetos será uma usina de forças produtivas ou uma bomba destruidora. Assim, qualquer possibilidade para se pensar uma autodestruição de um indivíduo por meio do consumo de drogas, não poderá estar dissociada das possibilidades de pensar a relação que a sociedade estabelece com os conhecimentos naturalizados dos quais também é dependente, com as verdades e normas que se enrijeceram criando obstáculos à ampliação dos territórios existenciais e dos direitos comuns.

Como já expusemos, junto de Espinosa e Canguilhem, podemos compreender que o direito social imana do direito natural e que a normatividade social pode ser compreendida como

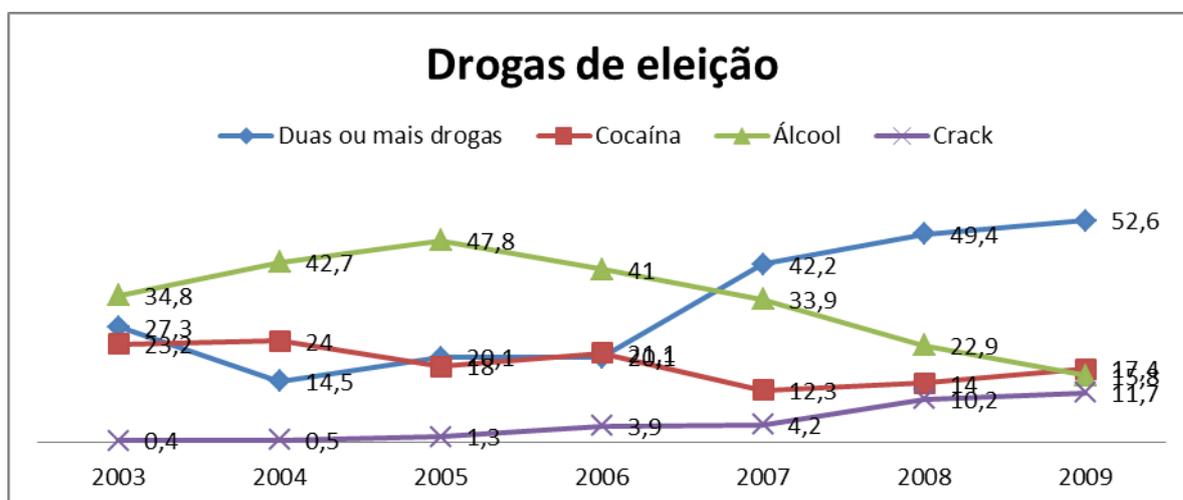
suplemento da normatividade vital. Essas conclusões resultam justamente do fato de que, para esses pensadores, não podemos conceber o exercício do direito sem o debate entre o homem e o coletivo, assim como não podemos conceber a potência normativa sem o debate entre o vivo e o meio.

Como alertavam Deleuze e Guattari, há que se cuidar não apenas das direções, mas das dimensões que podem tomar as linhas de fuga. Qualquer nova norma passa ter efeito normalizador. Qualquer desterritorialização está sujeita a reterritorializar-se. Uma fissura pode produzir-se em transbordamento ou vertedouro criativo, capaz de dar lastro ao curso da vida, mas pode converter-se em arrebentação mortífera. Assim como nos casos de uso prejudicial de drogas, que pode reduzir os territórios existenciais para muitos sujeitos, uma pequena trinca, artificialmente produzida, como é a ideia de “epidemia do crack”, pode produzir transtornos semelhantes.

2.3 - Paranoias e epidemias

A respeito do uso do crack nos últimos anos, não há como discordar que esse é um fenômeno que requer atenção do Estado. Segundo dados do Programa estadual gerido pela SEASDH, nota-se que nos últimos anos há, entre usuários que buscam espontaneamente a assistência dos serviços, um aumento do uso do crack.

Gráfico I

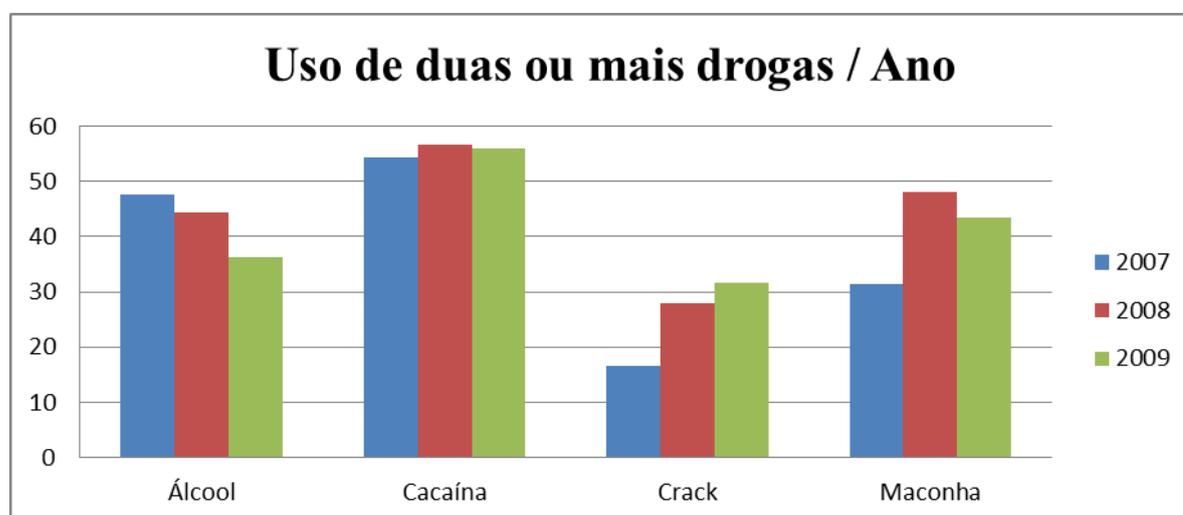


Fonte: Observatório de Gestão e Informações sobre Drogas – SEASDH / RJ.

O monitoramento da SEASDH, acerca das drogas mais usadas pelos usuários que recorrem a um dos serviços do seu Programa²³, demonstra que, pelo menos entre as demandas espontâneas por assistência, houve nos últimos anos um aumento progressivo do crack entre as drogas mais referidas. No ano de 2003, essa droga quase não aparecia nas estatísticas, não chegando a 0,5% da demanda, quando em 2009 ela já passava dos 11% dos casos atendidos.

Curiosamente, esse monitoramento também traz informações sobre uma inversão das referências ao uso do álcool e das múltiplas drogas nos atendimentos prestados. Entre os anos de 2006 e 2007, observa-se uma tendência decrescente nas referências ao uso do álcool, enquanto, as proporções de uso de duas ou mais drogas subia num sentido inverso, totalizando mais que a metade dos casos atendidos em 2009. Considerado o uso isolado, a cocaína inalada foi a droga cuja referência de uso permaneceu mais estável no período monitorado.

Gráfico II



Fonte: Observatório de Gestão e Informações sobre Drogas – SEASDH / RJ.

Quando se analisam separadamente as informações dos casos referidos como uso de “duas ou mais drogas”, observa-se tendências semelhantes. De 2007 a 2009, quando o uso de múltiplas drogas passa a ser referido com maior frequência nos atendimentos, o uso do crack permaneceu com uma tendência ao crescimento, ultrapassando 30% dos usuários que recorreram ao serviço em 2009; o uso do álcool teve queda no período, enquanto a cocaína permaneceu mais estável, mas nesse caso, como a droga mais referida entre aqueles que usam mais de duas drogas simultaneamente, ultrapassando os 50% dos casos nos três anos monitorados. Semelhante ao Gráfico I que aponta, no ano de 2009, para uma aproximação

²³ O serviço em questão refere-se ao antigo CEAD, hoje chamado de Observatório de Gestão e Informações sobre Drogas do Estado do Rio de Janeiro – OGIDERJ, mantido no Bairro de São Cristóvão, Rio de Janeiro, numa parceria entre a SEASDH, a Secretaria de Estado de Saúde – SES e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

entre os percentuais de uso do álcool e do crack entre usuários que referem uso de uma droga, o Gráfico II também aponta para essa mesma tendência entre usuários de duas ou mais drogas. Esses dados merecem atenção do Poder Público, sem dúvida, mas constituiriam bases para afirmar a existência de uma epidemia de crack?

Se entendemos como Canguilhem, que a norma antecede o cálculo estatístico que visa naturalizá-la, para a gestão do programa e para a equipe de técnicos que trabalhavam com os usuários ficavam algumas interrogações: o uso prejudicial do crack no Rio de Janeiro estaria crescendo a ponto de ameaçar ocupar o lugar do uso prejudicial do álcool? O uso do álcool estaria deixando de ser considerado como problema a ponto de deixar de ser referido pelos próprios usuários que buscavam assistência? Pensar que o uso do crack estava aumentando constituía um problema para o serviço, mas pensar que o uso prejudicial do álcool poderia estar deixando de ser pensado como um problema, parecia constituir-se num outro problema, talvez mais grave que o primeiro.

Para se entender melhor o que se quer problematizar aqui, é preciso entender, primeiramente, como as informações são colhidas e não apenas olhar para os percentuais que aparecem nos gráficos. O primeiro ponto que se deve registrar sobre o assunto é que em ambos os gráficos aqui apresentados, as drogas referidas foram tabuladas a partir da queixa principal dos usuários, ou seja, foram anotadas como “droga de eleição”, cujo uso prejudicial preocupava o usuário. Se o usuário informasse que os prejuízos eram decorrentes de uma droga, esta era anotada, se informasse que os prejuízos advinham de duas ou mais drogas, todas eram anotadas. Tanto que a maconha sequer aparece no Gráfico I entre as drogas mais citadas.

Nada diz no Gráfico I, que entre os usuários de crack e cocaína, por exemplo, não exista o uso do álcool ou outra droga concomitantemente. Essas estatísticas só nos informam sobre aquilo que preocupava os usuários no momento da entrevista inicial de onde as informações foram extraídas. Como teremos oportunidade de ver mais adiante, com dados de outro estudo bastante recente, é muito comum entre usuários de crack, o uso de outras drogas como estratégia de RD. O que nos permite inferir que, se a tabulação dos dados do serviço aqui utilizado tivessem privilegiado as “drogas de uso” ao invés de “droga de eleição” como indicador a ser mensurado, os casos de uso de duas ou mais drogas poderiam ter aumentado ainda mais na série, e o uso do crack e da cocaína, considerados isoladamente, poderiam ter diminuído, ou talvez, nem aparecido na estatística. Isso teria alterado significativamente os dados do Gráfico II. Ou seja, a normalização das nossas leituras sobre as estatísticas é pré-determinada pela definição dos indicadores a serem mensurados. Se mudam as escolhas dos indicadores, e a forma de mesurá-los, mudam as nossas leituras.

Segundo os dados do “relatório brasileiro sobre drogas” (2005), quando considerado o uso na vida, a prevalência de uso de crack no país passou de 0,4% em 2001 para 0,7% em 2005. No mesmo período, o uso do álcool e do tabaco passaram, respectivamente, de 68,7% para 74,6% e 41,1% para 44,0% (BRASIL; 2009c, p. 22). Quando considerados os percentuais dos dependentes de drogas entrevistados, o crack nem apareceu, podendo ter sido compreendido pela pesquisa entre os percentuais de dependentes de estimulantes entrevistados. Nesse caso, o relatório aponta para uma redução de 0,4% para 0,2% na dependência no uso dessas drogas no período comparado. Enquanto isso, assim como no caso do uso na vida, a dependência do uso do álcool e do tabaco também cresceu no período pesquisado. Em 2001, 11,2% dos pesquisados eram dependentes de álcool e 9,0% eram dependentes do tabaco. Em 2005, o percentual de dependentes do álcool aumentou para 12,3% e os dependentes do tabaco para 10,1% (Ibidem; p. 23).

Ou seja, lendo os dados de monitoramento da SEASDH e os do relatório brasileiro sobre drogas, embora se confirme um crescimento no uso do crack nos últimos anos, verificamos que se existe alguma epidemia de uso de drogas, ela se refere a uma epidemia de uso múltiplas drogas no Rio de Janeiro. Ainda que a forma de coleta de dados possa ser melhor qualificada, o monitoramento da SEASDH já indicou que, entre os que fazem uso prejudicial e buscam por serviços de cuidado, o uso de múltiplas drogas saltou de 27,3% em 2003, para 52,6% em 2009. E como vimos no parágrafo anterior, no caso do relatório brasileiro e da mensuração do uso do álcool e do tabaco nas 27 capitais brasileiras, os dados demonstraram um crescimento significativo dessas drogas.

Essa ideia portanto, de uma epidemia de crack, parece então revestir-se de uma paranoia produzida pelas leituras naturalizadas de dados estatísticos e pelo consumo notícias que se disseminam na atualidade. A velocidade de propagação dessas informações contaminam a sociedade, gerando medo, acirrando preconceitos contra todas as pessoas que usam essas drogas como se as drogas e as pessoas que as usam representassem um perigo para as famílias, as instituições, para a comunidade²⁴. Diante dessas circunstâncias e, em termos de produção de subjetividades, como separamos o real do irreal?

Segundo Pelbart, nem sempre aquilo que nós chamamos de loucura significou doença. O que fazer com os insensatos foi uma proposição formulada somente a partir do século XVII e em virtude de condições historicamente determinadas. Uma desrazão não contraditória à razão é algo que nosso pensamento não está acostumado a conceber. Para compreender a

²⁴ Sobre a produção de paranoias coletivas, cabe lembrar que, muito do alarde midiático em torno do uso do crack passou a se disseminar a partir da divulgação de uma “pesquisa” realizada entre 02 e 26 de novembro de 2010 pela Confederação Nacional de Municípios. Relatório disponível em: < <http://portal.cnm.org.br/v4/v11/crack/pdf/crack2010.pdf> >.

loucura grega “seria preciso pensar a dimensão do insensato numa relação outra, com o sujeito e a razão, que não a da contradição”. Como já afirmava Foucault, “o *logos* grego não tinha contrário” (PELBART; 1989).

Pelbart, analisando a mania e o *logos* e, tentando “entender as alusões platônicas como expressão das diversas modalidades da experiência do insensato na Grécia antiga”, se detém sobre as loucuras proféticas e as dionisíacas, sendo estas compreendidas como dois dos vários modos pelos quais a loucura podia ser classificada. Utilizando considerações de Giorgio Colli, Pelbart discorre sobre como a relação entre sabedoria e delírio pode surpreender.

Entre Dionísio e Apolo não há conflito, mas origem comum, que pode ser resumida numa única palavra: *mania*. A partir do delírio e da loucura como horizonte comum, teria se destacado algo como a sabedoria, que mais tarde daria origem à filosofia. Retenhamos por ora a conclusão maior de Colli, *a sabedoria nasceu do delírio* (PELBART; 1989, p. 29).

No seu texto, Pelbart quer nos trazer à lembrança de que, na sua origem etimológica, palavra a filosofia significa “amiga da sabedoria”, mas não a sabedoria, pois na Grécia antiga, essa não era um atributo de filósofos, mas dos oráculos: era no transe que residia a sabedoria. No atual cenário das políticas que tratam da temática das drogas e para uma pesquisa dedicada à produção de subjetividades, esse lembrete de Pelbart nos desperta para as circunstâncias que permitem ver como certos delírios individuais e/ou coletivos passam a produzir verdades.

Visto o paranoico estar convencido de que seus objetivos e ambições são para o bem da humanidade, acredita, sinceramente, que seus fins justificam os meios. Frequentemente, desenvolve zelo missionário e espera transformar o mundo num lugar perfeito, perdendo de vista o modo como trata os outros seres humanos enquanto procura realizar seus propósitos. A personalidade paranoica é atraída para grupos extremistas, tanto político como religiosos; preocupa-se mais com a aplicação rígida de um sistema de ideias que com os princípios nelas contidos. É um revolucionário, mas está sempre desencantado, mesmo se a revolução triunfa (MACKINNON & MICHELS; 1981, p. 217).

Segundo Mackinnon e Michels, “um delírio é má interpretação fixa da realidade, baseada na negação, formação reativa e projeção”. Segundo esses autores, os delírios persecutórios, por exemplo, “refletem geralmente os problemas sociais concernentes ao meio cultural em que reside o paciente” (MACKINNON & MICHELS; 1981, p. 224 - 225). Segundo essas teorias, podemos entender que, para quem alucina, a alucinação é vivida como uma realidade, assim como para quem delira, o delírio é uma verdade, não importa que se digam o contrário.

Atualmente, no contexto do uso de drogas, as pessoas que usam crack tem sido frequentemente chamados por diferentes nomes e, quando revemos notícias sobre a questão, encontramos chamadas do tipo: “Repressão ao crack no centro de SP motivou migração de ‘noias’ para outras regiões” (Folha de São Paulo; 2011)²⁵. Entre “craqueiros” e “cracudos”, as pessoas que usam crack são chamadas também de “noias”, exatamente por conta de certos sentimentos e vivências paranoicas observadas como resultantes dos efeitos negativos do uso da droga (DIAS; 2008, p. 38).

Equivalente aos efeitos negativos que uma droga como o crack é capaz produzir num indivíduo, entendemos ser o poder de uma ideia como a de “epidemia” sobre o corpo coletivo. Para a coletividade, o que decorre do uso dessa ideia (não sem os veículos de comunicação que a disponibiliza para consumo em massa), também é uma paranoia (delírio de perseguição, sem rupturas no encadeamento de ideias), alucinação coletiva produtora de verdade (realidade-produto) que interfere, de forma potente, na maneira como a sociedade percebe as coisas, interpreta os fatos, levando-a, em nome da civilização e da busca por segurança, a cometer as mais atrozes barbaridades.

2.4 - Analisando impregnações do hálito

Aquilo que se vê e se ouve, produz menos reações químicas e altera menos os sentidos do que aquilo que o corpo acessa com o paladar, o olfato e o tato? Se concordarmos com Derrida, de que a escrita e fala podem ser compreendidas como o “*phármakon*” grego (DERRIDA; 1998), diremos que não.

Do ponto de vista da produção de subjetividades, tanto os comportamentos compulsivos de busca por drogas, quanto os apetites urgentes por intensificação das interações involuntárias e compulsórias de “drogados”²⁶ não são, senão, resultados de mecanismos que operam por um mesmo modo: por um processo de intoxicação que naturaliza sentidos. E sob esse aspecto, desnaturalizar a atual concepção de dependência-química parece adquirir o sentido de desintoxicar, restando saber como os movimentos dos afetos voluntários (ativos) e involuntários (passivos) interferem sobre as propostas de intervenção e sobre a potência dos corpos envolvidos.

²⁵ Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0801201101.htm> >.

²⁶ Sobre interações involuntárias e compulsórias em São Paulo, ver: <<http://br.noticias.yahoo.com/interna%C3%A7%C3%A3o-compuls%C3%B3ria-viciados-come%C3%A7a-s%C3%A3o-paulo-110111473.html>>

Segundo Vaz, “o conceito de risco adquiriu recentemente uma enorme relevância” (VAZ; 2004, p. 110) e, no atual cenário das políticas de assistência a usuários de drogas, parece haver uma atenção especial sobre os riscos a que alguns órgãos dos sentidos estão expostos. A repressão sobre o nariz, a boca e a pele parecem tomar lugar privilegiado na atualidade, em detrimento dos olhos e ouvidos. Traduzindo, diremos que atualmente, estamos sempre muito mais preocupados com aquilo que comemos, cheiramos e tocamos do que com aquilo que assistimos, lemos e ouvimos. Mas nem sempre isso foi assim. Aliás, num passado bem recente, isso foi bem diferente no Brasil.

Sob o aspecto da produção de subjetividades, no Brasil de 1968, o que foi o Ato Institucional nº 5 – AI-5, senão um dispositivo contra intoxicações e contágios não desejados pelo poder militar? Naquele contexto, as preocupações com os riscos pareciam estar muito mais associadas com as impregnações e as contaminações que poderiam se dar pelos olhos e ouvidos. Por isso a censura e o cerceamento à liberdade de expressão.

Tal como acontece atualmente com as drogas ilegais, a história está repleta de exemplos onde ideias e teorias foram e ainda são alvos de controle repressivo. Livros foram incinerados, autores banidos, textos, saberes e ideias proscritas. O controle atual sobre a produção, distribuição e consumo de drogas parece obedecer a uma mesma lógica que aquela que já se pretendeu para o exercício de controle das ideias e do conhecimento. Não fosse pelo temor aos efeitos que ideias e teorias são capazes de exercer sobre as pessoas, sobre a coletividade, personalidades como o Marques de Sade talvez não tivesse passado grande parte da vida na prisão e morrido num sanatório, assim como Galileu e o próprio Espinosa não tivessem sido excomungados em sua época²⁷. Se não fosse pelo temor às palavras capazes de produzir impregnações coletivas, por que tantos brasileiros teriam sido exilados pela ditadura?

Se as esferas de poder agiram (e ainda agem) de forma repressiva sobre a produção, a distribuição e o uso das ideias e do conhecimento é porque há muito se tem a percepção que eles exercem sobre nós um efeito intoxicante, alterador de consciência, por isso era preciso controlar produtores, tornando-os “malditos”. Quando se pensa em produção de subjetividades, pode perguntar como se produziram ideias como as de “lavagem cerebral”? Embora se possa argumentar que esse tipo de pensamento é algo ultrapassado, há que se questionar o quanto dessa concepção ainda produz seus efeitos.

²⁷ Espinosa foi expulso do judaísmo aos 23 anos. Sobre o assunto, ver pronunciamento do Conselho da Sinagoga, de 27 de julho de 1656, in: ESPINOSA. “Ética” – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010, orelha da 1ª capa.

Pensamos que não causará muita discordância se afirmarmos que entre as ideias e as drogas há muitas semelhanças naquilo que os afetos com elas nos são capazes de produzir. Tal como as drogas, tem as palavras, as informações, o conhecimento a potência de interferir na nossa percepção de mundo, nos pensamentos em geral, alterando expressões, disposições, comportamentos. Eles tem a potência de manter intacto e reproduzir os modos de existir, assim como os afetos com eles podem alterar significativamente as formas como fazemos nossos julgamentos a respeito do mundo e de nós mesmos: são produtos que, pela sua potência, são por si mesmos, muitas vezes, compreendidos como ameaçadores. E se as ideias e o conhecimento ameaçam a ordem pré-estabelecida é porque podem alterar a lógica que pretende estabelecer o modo de ordenamento social.

Com o alargamento do conceito de cognição e sua inseparabilidade da ideia de criação, a produção de conhecimento não encontra fundamentos num sujeito cognitivo prévio nem num suposto mundo dado, mas configura, de maneira pragmática e recíproca, o si e o domínio cognitivo. Destituída de fundamentos invariantes, a prática cognitiva engendra concretamente subjetividades e mundos. A investigação da cognição criadora coloca então o problema do compromisso ético do ato cognitivo com a realidade criada. Produção de conhecimento, produção de subjetividade (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA; 2010, p. 13).

Assim, como com as drogas em geral, experimentar determinadas ideias, provar (de) certas teorias requer, portanto, um cuidado prévio, informações preliminares que orientem, minimamente, sobre as formas de produção, administração, as doses, efeitos adversos nem sempre previstos, ou passíveis de serem testados. Sob esse aspecto, diríamos: a prudência se faz necessária em razão da impossibilidade de separação entre a produção dos territórios da razão/verdade e aqueles que circunscrevem a alucinação/loucura. Ambos se produzem como movimentos, disparando reações químicas a partir dos encontros, das afecções, criando e recriando subjetividades que passamos a experimentar como realidade. E é nessa, e com essa realidade que construímos as práticas assistenciais, as intervenções das políticas públicas, os métodos de pesquisa, a vida.

Segundo Agamben, o controle da comunicação social, sempre foi alvo do poder para, servindo-se da linguagem, induzir obediência voluntária (AGAMBEN; 2007, p. 76). E nessa mesma direção, “os novos padres: médicos, psiquiatras, professores, pais, etc – sempre tinham para si a ‘boa consciência’ de exercer o poder baseado na verdade, a ciência – e para o bem de todos os desviantes” (VAZ; 2004, p. 107). Ou seja, tanto Agamben quanto Paulo Vaz nos deixam alertas para o uso que se pode fazer das informações, inclusive das informações científicas. Quando insistimos em nos perguntar qual o tempo de uso necessário

para que alguém se torne dependente de uma droga, não nos perguntamos quanto tempo de exposição a uma ideia será necessário para nos tornarmos viciados nela.

Se no uso do conhecimento, a moderação e a atenção com a qualidade (confiabilidade) é algo que pode ser desejado entre pesquisadores, na era da tecnologia, a profusão das informações o serve, sem bulas, para consumo em massa, “comprometendo, inclusive, a credibilidade para os cientistas” (VAZ: 2004, p. 114). Isso significará dizer que, qualquer tentativa para entender modelos de controle sobre os efeitos do uso das drogas não poderá distanciar-se da necessidade de pensar os efeitos do uso das informações intoxicantes, com potência viralizante.

O que se quer enfatizar até aqui é que todos estamos sujeitos a sermos afetados pelas noções e conceitos da mesma forma como somos afetados por um pó, uma folha e/ou um líquido tóxico. Numa era de tecnologia onde os vírus infectam cotidianamente as máquinas dos computadores, pensamos que não haverá nenhum equívoco em afirmarmos: ideias, informações e dados são virais. Tem potência de produzir epidemias. A propósito dos efeitos do uso de informações, poderíamos nos perguntar: quais setores da sociedade teriam mais temor a boatos contaminantes do que o mercado financeiro e o meio político?

Numa era de tecnologias avançadas e diante da liberdade de imprensa, olhos e ouvidos estão sempre mais expostos ao acaso dos afetos das substâncias tóxicas do que a boca, o nariz, a pele. Assim é preciso estar atento sobre como esse controle é feito, e, como o direito de liberdade de expressão pode ser sentido, especialmente quando muitos dos que dizem defendê-lo também são os que pretendem ditar o modo pelo qual essa liberdade pode ser expressa. Não parece ser possível pensar liberdade de expressão, a menos que seja também uma liberdade gestual, liberdade de modulação de corpo. O que é a velha censura senão um dispositivo de enfretamento contra uma produção de corpos que tem potência de se modular por impregnação e contágio, que se dá, especialmente, pelos olhos e ouvidos?

Reprimir a voz dos alucinados, cortar a língua dos delirantes, só parece fazer sentido quando o poder repressor teme a intoxicação que as palavras e as imagens são capazes de produzir. Qual a intenção de uma mãe que muda o canal da TV diante de uma cena que considera imprópria para seus filhos? O que na prática se vai controlar nesse caso, não é a imagem da TV, uma vez que estará presente em outros lares, mas os ouvidos e os olhos das suas crianças. Se em “outras épocas”, a repressão se abateu, sem piedade, sobre a voz de cidadãos, sobre os livros, sobre os próprios canais de comunicação é por eles eram sentidos como transporte e carga com potência de impregnação coletiva.

Tal como as drogas, entendemos, as políticas também se entranham, produzem corpo: corpo impregnado. É por serem capazes de saturar a percepção e a sensação de que estão em

atividade no corpo, que, tanto as drogas quanto as políticas podem produzir um corpo natural, incapaz de estranhar-se. A despeito de estudos sobre o proibicionismo das drogas (BOITEUX, 2009; KARAN, 2009; LIMA, 2009), para alguns, as políticas antidrogas, por exemplo, parecem nunca ter existido:

(...) essa história da guerra perdida, que nós perdemos a guerra, não houve guerra contra as drogas! A única coisa, que são ações isoladas da polícia, do DENARC e da polícia federal. É isso! Nunca houve um plano articulado. O primeiro plano articulado desse país foi criado pela Presidente Dilma, em dezembro do ano passado e que ainda está muito lento na sua implantação. É a única coisa que houve. Fernando Henrique não fez nada, o governo Lula não fez nada, no governo Itamar, no governo militar, nunca ninguém criou um programa de enfrentamento dessa questão das drogas. Nunca existiu! Portanto, não há guerra perdida, porque nunca existiu um programa, como o da Suécia, por exemplo, que tem um sucesso extraordinário, que é um país que tem um dos menores índices de homicídios do mundo, o menor índice de acidentes de automóvel do mundo e o menor número de pessoas doentes em tratamento sobre drogas, como é o caso da Suécia. Mas isso é uma discussão que nós podemos aprofundar aí ao longo do dia. Muito obrigado!²⁸.

Se os conhecimentos da farmacologia, psicologia, psiquiatria, podem ser usados por políticas conservadoras, se calçando na fissura dos “drogados”, para legitimar interdições de pessoas, esses mesmos conhecimentos também são úteis para fundamentar uma clínica, uma acolhida das alterações de consciência que se expressam sob forma tradicional de política. A única explicação possível para uma distinção valorativa entre um discurso político tradicional e o comportamento de um drogado, é que os primeiros pretendem deter o monopólio do direito à liberdade de expressão e aos latifúndios da razão, às custas do emudecimento e da segregação dos segundos em pequenos lotes conceituais. Enquanto os territórios dos primeiros se ampliam, os dos segundos passam a se configurar em pequenas selas desérticas que tem funcionado como conjuntos habitacionais sem infraestrutura, arquetados e esquadrinhados sob uma noção comum de doença.

Em realidade, tanto a fala do político quanto a do drogado são discursos políticos e ambos são intoxicados. Aliás, aqui o nosso também não escapa a essa intoxicação política que é simultaneamente uma política de impregnação. Devemos esclarecer, inclusive, que, se na produção dessa pesquisa escolhemos alguns autores aos quais nos acostamos, era porque já partíamos da consideração que experimentar a substância de certas ideias era estratégico para produzir fissura. Partíamos do princípio que afetar e ser afetado por ideias é um processo de biocontaminação e, seguindo essa linha de raciocínio, produzir conhecimento já

²⁸ Transcrição da parte final do pronunciamento do Deputado Federal Osmar Terra, em defesa do Projeto de Lei 7.663/2009, de sua autoria, que visa alterar a Lei nº 11.343/2006, durante a abertura do Seminário promovido pela Comissão Especial de Políticas sobre Drogas da Câmara dos Deputados, em 30 de outubro de 2012. Brasília / DF: Anexo II da Câmara dos Deputados / Auditório 11.

é por si só uma intervenção. Os resultados desses afetos, é claro, dependerão das reações químicas que passam a se dar entre a potência das novas ideias, das novas imagens que experimentamos com aquelas já estão em circulação no corpo. Por isso, os resultados e os efeitos dessas interações serão diferentes em cada pessoa.

Retomando, entendemos que, assim como as drogas que pretendem combater, as políticas de estilo antidrogas também são produtos passíveis de ser administrados e auto-administrados sem embargo. O uso naturalizado, de uma droga, de um conceito e/ou de uma política, poderá tender a se intensificar, todas as vezes que seus adeptos queiram perceber os seus efeitos, a despeito de toda estranheza e do mal estar que esse uso possa provocar àqueles que não usam e/ou aos usam de outra forma. A repressão circulante no corpo, assim como qualquer droga produtora de dependência, só se torna sensível para os seus usuários em períodos de picos de intoxicação. É graças ao efeito de saturação dos sentidos que essas políticas chegam ao ponto de tornarem-se invisíveis, imperceptíveis, senão nos momentos onde uma fissura se instala como abstinência, reclamando uma dose mais forte: fissura por repressão.

Num vocabulário de Deleuze e Guattari, podemos compreender esse tipo de fissura como uma máquina de guerra que foi apropriada pelos aparelhos de Estado. A meta da máquina de guerra é a produção de totalidade e seu objetivo é a produção de uma estética única, um alisamento perfeito do *socius*, uma planificação das subjetividades. Mas a máquina de guerra pode produzir totalidades abertas e totalidades fechadas. Quando apropriadas pelos aparelhos de Estado, ela tende a produzir uma fixidez onde não haja escape. Segundo Deleuze e Guattari, “só há sujeito fixo pela repressão” (DELEUZE & GUATTARI; 2008a, p. 43). Essa repressão se faz por meio de políticas de fixação que tem a pretensão de estabilizar o processo de produção de subjetividades dentro de um único modelo: produção do mesmo; mesmas drogas; mesmas ideias. Nesse caso, a fissura não pode expressar-se como vazamento, como normatividade produtora de novos modos de viver, como produtora do diferente.

Segundo Agamben, a “liturgia do capitalismo e os seus rituais de consumo produzem culpa universal” (AGAMBEN; 2007, p. 70). A produção do mesmo, a compulsão nesse caso, é naturalização que se conquista pela produção de faltas, de gordos apetites, não importando se esse apetite é por uma droga e/ou por segurança. Nesse caso, a culpa e a vergonha capitalística incidem estrategicamente sobre qualquer possibilidade de variação à norma. A estratégia para reprimir a produção do diferente se viabiliza por intoxicação abstrata, fazendo com que as mídias, as propagandas, muitas vezes camufladas sob a forma de leis e normas, funcionem como dispositivos de injeção, permitindo que a toxidade produtora de

redundância afete os corpos. Num contexto de produção ininterrupta de culpa produtora do mesmo, não poderíamos deixar de interrogar: quais condições tem um viciado em deixar de sê-lo?

2.5 - A fissura da esfinge devoradora

Nos últimos anos, podemos observar no Brasil alguns movimentos onde as ações governamentais (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011) passaram a ganhar visibilidade na agenda pública. Tendo o crack como droga carreadora e foco central das ações de controle, essas iniciativas envolvem, no rol programático de suas metas, para além dos eixos cuidado e prevenção, um incremento dos dispositivos de vigilância e segurança nos territórios, assim como o fomento a pesquisas, onde a própria produção de conhecimento acaba por requerer questionamento.

Reduzindo-se as definições de uso de drogas às atividades de beber, fumar, cheirar, injetar, etc, continuar-se-ia a reproduzir um certo modo de pensar o uso prejudicial, associando-o a comportamentos individuais, às quantidades de droga consumida, ao tempo de consumo, fortalecendo ideias equivocadas de que isso é um problema exclusivo de pessoas que as consomem, como se a própria definição do uso de drogas não fosse, na realidade, a expressão de subjetividades que vem se reproduzindo com a mesma compulsividade. É como se essa repetição não importasse às políticas públicas e não trouxesse consequências para as práticas nos serviços.

Como um problema exclusivo de pessoas, todos os agravos e danos sociais, associados do uso, passam a ser determinados (explicados) por uma forma específica de uso de drogas. As formas de uso, entendidas exclusivamente como consumo, passam a ceder lugar a expressões como “uso abusivo”, “uso indevido”, estes considerados como prejudiciais e, ou, danosos, adquirem sinonímia de causa dos problemas, interferindo nas formas de promover proteção social.

Situações de violência, perturbações à ordem pública, rompimento de vínculos familiares, perda de capacidade laborativa, situação de rua, prostituição infantil, tudo passa a explicado como uma espécie de consequência dos contextos onde o consumo de drogas se encontra associado. A experiência com as drogas assim tornam-se fato histórico corriqueiro que passa a ser apontado como marca que separa um antes e um depois dessa experiência. Entendemos que uma explicação que tudo explica adquire caráter de panaceia que, como droga produtora de dependência, pode passar a ser buscada incessantemente para dar cabo dos problemas

sem solução aparente. Entre uma vida aparentemente tranquila e uma vida de desgraças, a experiência com as drogas passa a ser apontada compulsivamente como marco histórico dessa passagem.

Todo e qualquer comportamento individual estranho ao esperado pela sociedade, passa a ser suposto como consequência do consumo de drogas. Condicionada a solução para os problemas à oferta de uma suposta “eficiência especializada” de tratamentos, que deve estar sempre à disposição, ficam as políticas públicas responsabilizadas, quase que exclusivamente, pela tarefa de encontrar metodologias de intervenção que deem conta da complexidade social que produz a questão. E, como um desvio moral, passam esses comportamentos a serem alvo das psicologias e das psiquiatrias ortopédicas, das pedagogias corretivas.

Quando problemas decorrentes do uso prejudicial de drogas são tratados de forma focalizada, restringindo-se, quase que exclusivamente, ao consumo das drogas ilícitas, o debate vai se construindo de forma cada vez mais repetitiva, ficando reprimido ao entendimento do problema como algo próprio de pessoas que produzem, distribuem e consomem as drogas, e, de setores da sociedade, incluindo aí os setores de governo, que individualmente, são convocados a intervir, devendo cooperar uns com os outros nos trabalhos “intersetoriais” de enfrentamento. Todavia, o mesmo movimento que objetiva, subjetiva.

Uma vez que a nossa abordagem ao problema se recorta no entorno das práticas assistenciais, que tem sofrido interferências diretas das políticas governamentais atuais, algumas inquietações são inevitáveis. A cooperação pode ser prescrita? É possível garantir cooperação que não seja expressão de normas e saberes construídos coletivamente? Na tragédia, as previsões parecem ter sempre a realização profética como destino fatal.

(...) E aí, eu acho que vocês estão num lugar privilegiado, que é o lugar que estrutura as condições de enfrentamento da droga. Compreendê-la, entender seus mecanismos, ser capaz de incorporar todas as variáveis de diferentes saberes a esse projeto, vai ser uma das armas mais fortes que nós vamos ter nesse enfrentamento. Junto com a polícia federal nas áreas de fronteiras, junto com o próprio Exército e as Forças Armadas, o saber seja uma das condições privilegiadas, através das quais, nós podemos decifrar as drogas. Porque aí, você fez um desafio, mas eu acho que aqui, tem um outro desafio que é o decifra-me ou devoro-te, e aqui nós vamos, nós, vocês aí no caso, vão ser os decifradores. Espero que vocês decifrem para que a gente possa, em termos sociais, devorar esse processo, metabolizar e expelir e controlá-lo na nossa sociedade. (...)²⁹

²⁹ Pronunciamento da Presidente Dilma Rousseff, dirigido a ministros de Estado, pesquisadores e representantes de Universidades, durante o lançamento oficial dos Centros Regionais de Referência para formação permanente para profissionais que trabalham na rede atenção álcool e outras drogas. BRASIL. Palácio do Planalto. Brasília / DF: 17/02/2011. Disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=P6aWCJ1hFmg>. Acesso em 06 de dezembro de 2011.

Contextualizado a uma convocação à produção de pesquisas, esse trecho de discurso presidencial parece estar circunscrito por um modo específico, quase receituário, de produzir conhecimento. Entendemos que a alusão explícita à Esfinge produtora de enigmas da Trilogia Tebana de Sófocles, e difundida pela Psicanálise no último século, não é uma metáfora. Somente a naturalização do decifrar, como um modo privilegiado de produzir conhecimento, daria condições que permitissem colar às drogas o lugar da Grande Cadela, e, aos pesquisadores o lugar do Édipo que resolve a charada.

Michel Foucault, em suas conferências acerca do percurso da construção de verdades, onde abordou a genealogia das técnicas de inquérito e exame, irá afirmar que, na tragédia de Édipo, essa atividade de “encontrar”, de decifrar, é caracterizada como conhecimento que se constrói solitariamente. É justamente essa forma de produzir saber que confere a Édipo um poder simultaneamente heroico e tirano.

Édipo insiste nisso incessantemente. ‘Quando resolvi o enigma da esfinge, não me dirigi a ninguém’, diz ele ao povo e ao adivinho. Ele diz ao povo: ‘Não me pudeste ajudar de maneira nenhuma a resolver o problema da esfinge; não podias fazer nada contra a Divina Cantora’. E diz a Tirésias: ‘Mas que adivinho és tu, que nem fostes capaz de libertar Tebas da esfinge? Enquanto todos estavam mergulhados no terror eu libertei Tebas sozinho; não aprendi nada com ninguém; não me servi de nenhum mensageiro, vim pessoalmente (FOUCAULT, 1973/2003, p. 46 - 47).

Se seguirmos essas análises, veremos na tragédia de Sófocles uma narrativa que se aproxima do “golpe platônico que deu origem ao mito ocidental da antinomia entre saber e poder” (FOUCAULT, 1973/2003, p. 51). Sem pretender colar intenções pessoais ao pronunciamento, pode-se concluir que a fala presidencial nem mesmo teria sido possível sem esse lastro mítico que ainda impõe condições para a produção de conhecimento, portanto, produção de normas, como ato solitário de decifrar. Saber autocrático, individualizante/individualizado, tramado com o poder.

Sob o aspecto do incentivo à produção de conhecimento acerca das práticas de cuidado e assistência dirigida a usuários de drogas, fica criada uma dupla armadilha. A primeira se explicita quando a resposta política do governo adota um modelo de abordagem às drogas pela via do reforço das estratégias de enfrentamento. Isso significa que o Estado trai a si mesmo, caindo mais uma vez nas engrenagens da máquina de constranger. Compartmentando a origem do problema de um lado, e de outro, a busca por solução, o Estado aprofunda a hierarquia que separa quem assiste e quem é assistido, deixando esses subordinados àqueles. Segundo Foucault, Édipo dirá: *“Tenho grande interesse em curá-los da peste, porque essa peste que vos atinge, me atinge também em minha soberania e em minha realeza”*(FOUCAULT, 1973/2003, p. 42).

Se um projeto que pretende “incorporar todas as variáveis dos diferentes saberes” se afasta das normas produzidas coletivamente, como, por exemplo, as das conferências e dos fóruns públicos permanentes, que traçam metas e caminhos para as políticas, um dos enfrentamentos a serem verificados na guerra às drogas será aquele que adquire o caráter de veto à cooperação intersetorial prescrita por decretos, e que se traduz por uma guerra entre os que, na prática, os cumprem, e aqueles que os transgridem em nome das normas produzidas coletivamente. Se independente de leis, as pessoas continuam a buscar e usar as drogas ilícitas, por que haveríamos de imaginar que as pessoas cooperariam com diretrizes e projetos de gabinete se eles destoam das diretrizes que já vem sendo produzidas no coletivo?

A segunda armadilha pode ser lida como efeito/causa da primeira. Ao lançar o desafio, e, pretendendo, “*em termos sociais, devorar esse processo, metabolizar e expelir e controlá-lo na nossa sociedade*”, passa o próprio Estado a se confundir com a Divina Cantora, indústria produtora de peste. A opção pela via do enfrentamento, das políticas antidrogas, cria terreno fértil, cria brechas e frestas para a corrupção de conceitos e noções que incidem sobre a gestão das políticas setoriais e sobre as práticas de proteção social, incluindo aí as práticas de Assistência Social e de Saúde.

Pode-se concordar, que estrategicamente, uma alternativa para se combater uma peste, é produzir outra peste com potência maior, mas nesses contextos é preciso entender como e o que se dissemina. No atual, políticas de RD passam, de um lado a se restringir ao cumprimento de exigências normativas da Saúde Mental e, pior, no extremo oposto passam a ser confundidas com liberalismos e incentivo ao uso drogas. Os conceitos de acolhimento e de clínica passam a se restringir a sinônimos de (re)colhimento institucional na Assistência Social e de internações na Saúde. Dessa maneira, as novas modulações resultantes do processo de normatividade, que esperaríamos criasse o diferente, sob múltiplas formas de cuidado e assistência, assim, se colam rapidamente à máscara dos padrões autocráticos de uma saúde fetichizada, mercadorizada e, de uma convivência familiar e comunitária fantasiada.

Na tragédia escrita por Sófocles, a verdade é algo encoberto, e por isso a cura para a epidemia é dependente de um modo específico de ver, de encontrar a resposta para o fenômeno. Por sua vez, a deficiência, a cegueira é, igualmente, condicionada a esse mesmo modo de encontrar, de produzir encontro com, a verdade. A tragédia de Sófocles se fecha, quando Édipo Rei, diante da verdade, faz vazar a própria visão. Conforme Foucault, um Édipo cego é um soberano que se tornou inútil, pois que não é mais capaz de encontrar. Nesse sentido, tão alienado quanto um drogado que se autodestrói pelo uso de substâncias é

um Estado que usa compulsivamente as mesmas políticas repressivas, reduzindo a potência da proteção social, dos direitos sociais que deveria fazer ampliar.

Na escrita da história como tragédia a saída é a fatalidade: não há escape. Quando a única verdade a ser descoberta é culpa e vergonha, ficar cego é estratégico. Ou seja, no contexto das práticas assistenciais, a atenção ao uso prejudicial de drogas precisa interrogar, portanto, o quanto a ineficiência da proteção social estatal se produz como negação de uma realidade que, com a justificativa de prevenir riscos, se constrói como linha de fuga em movimento de auto-abolição.

O movimento de objetivação/subjetivação, que individualiza o problema das drogas de um lado, e de outro, a busca por solução, nada mais nos parece que uma estratégia que funciona como “cortina de fumaça”³⁰, produtora de cegueira que precariza as condições de pensar a questão. A individualização do problema, da mesma forma que gera culpa nos usuários que consomem as drogas e nas suas famílias, retardando a busca por assistência e cuidado, responsabiliza também, de forma individualizada, a todos os atores implicados na busca de alternativas de solução.

O funcionamento dessa indústria de constrangimento parece gerar, em si/para si, um centro de gravidade, a partir da produção simultânea de objetos (drogas) cada vez enigmáticos e camuflados e sujeitos cada vez mais expostos e impotentes. Quanto mais envergonhados os sujeitos, mais oculto o objeto. A grande máquina de constranger não cessa de produzir vergonha para usuários de drogas e suas famílias, na mesma medida que não cansa de desqualificar os esforços de servidores públicos, de gestores, pesquisadores. A indústria do constrangimento opera pela via da reprodução ininterrupta de uma moral-armadilha que impõe aos implicados, um movimento repetitivo.

Uma vez capturados por essa ordem, as pessoas se veem obrigadas a retornar às mesmas drogas, às mesmas teorias, à mensuração dos mesmos indicadores, cada um a seu modo, tentando insistentemente recuperar (decifrar) nelas e delas, a capacidade de visão que lhes foi tomada. É exatamente essa espécie de movimento repetitivo que gera a ideia que temos de uso compulsivo, como vício, reproduzindo, simultaneamente, sujeitos e objetos que não podem deixar de se opor. Essa relação de oposição, de guerra às drogas, no entanto, não permite distanciamento. Ao contrário, se faz como relação de afeto, intimidade de contato, fortalecida, continua e reiteradamente.

Nesse contexto de produção industrial e institucionalizada de vergonha, onde a culpa é o produto de maior tiragem e distribuição, estamos todos sujeitos a um modo específico de

³⁰ “Cortina de Fumaça”. Direção: Rodrigo Mac Niven. Rio de Janeiro: J.R. Mac Niven Produções/TVa2 Produções, 2010, [Documentário - 88 min]. Maiores informações <<http://www.cortinadefumaca.com/site/pt-br/home/capa.php> >

subjetivar. É esse modo que define a estética, o padrão de produção. Se estamos institucionalizados, estamos internados e, como bem pontuava a experiência do grupo de RD no Hospital de Jurujuba em Niteroi, “com o tempo de internação, toda angústia vira fissura” (TORRES; RÊGO & THOMÁS; 2011: p. 6): fissura trágica.

2.6 - A fissura como escape

“Se a repetição nos torna doentes, é também ela que nos cura” (DELEUZE; 1988, p. 48). Se a fissura pode produzir alisamento e totalidade, restringindo a potência dos movimentos, ela também pode produzir novos modos de existir. O que até aqui podemos concluir é que não existiria qualquer possibilidade de consciência, inclusive consciência política, que não seja, em si mesma, consciência alterada. Se a fissura atravessa e aliena o pensamento, é também ela a sua possibilidade (DELEUZE; 1969/2011, p. 342).

Em a “Lógica do Sentido”, Deleuze se deterá sobre a importância do alcoolismo na obra de Fitzgerald (DELEUZE; 1969/2011, p. 157 – 165) e, como um dos apêndices do seu livro, Deleuze analisa a fissura como presença marcante nas personagens de Émile Zola, mais especificamente, comparando dois de seus romances: “*Thérèse Raquin*” e “*A Besta Humana*” (DELEUZE; 1969/2011, p. 331 - 342). Nos dois trechos do seu livro, o filósofo nos defronta com o paradoxo da fissura, simultaneamente produtora de morte e de vida.

Discorrendo, por exemplo, sobre a forma como Zola constrói as características de temperamento, as personalidades e a trajetória de vivência de suas personagens, e confrontando-as com conceito de hereditariedade, Deleuze mostrará como a fissura pode produzir, simultaneamente, tragédias e epopeias. Enquanto o trágico se (re)produz como um circuito absolutamente fechado e funesto, a epopeia se constrói como história aberta e pulsante. Interrogando postulados da Psicanálise, Deleuze questionará:

Indo o mais longe possível o Instinto de morte voltar-se-á contra si mesmo? A fissura tem, talvez, elementos para se ultrapassar na direção que cria, ela que não é preenchida senão em aparência e por um instante pelos gordos apetites? E uma vez que ela absorve todos os instintos, pode talvez operar a transmutação dos instintos, voltando a morte contra si mesma. Fazer instintos que seriam evolutivos ao invés de serem alcoólicos, eróticos, financeiros, conservadores ou destruidores? (DELEUZE; 1969/2011, p. 341).

Num momento, quando se assiste à intensificação dos aparatos de controle sobre o consumo de bebidas alcoólicas no trânsito; quando se convocam internações e recolhimentos compulsórios para usuários de drogas a pretextos de não terem essas pessoas condições de

guiar as próprias vidas, torna-se oportuna a produção de uma tecnologia, que permita (a)colher e analisar a toxidade dos hálitos políticos que se produzem e se propagam sem nenhum embargo. Se atualmente já estão disponíveis bafômetros capazes de mensurar o grau de alcoolemia dos motoristas no trânsito, ainda está para ser inventado “um aparelho” capaz de medir a toxidade do hálito, especialmente naqueles casos onde ele tenha pretensões de guiar a vida de pessoas.

Num primeiro ímpeto, poder-se-ia tender a usar essa tecnologia como estratégia para aplacar vozes alucinadas, tais como as que apregoam os modelos hospitalocêntricos como medida de tratamento de massa. Mas, quando pensamos em construir dispositivos que possam aumentar a potência do direito, como algo voltado para o comum e não para alguns, é preciso atentar para as diferenças entre a ferramenta e a arma (DELEUZE & GUATARI, 2008b, p. 72 – 84). Ademais, se não fosse apenas pelo compromisso ético em defender o direito igual de todos em se pronunciar, incluindo aí o direito dos delirantes, dos transtornados, a própria história das políticas proibicionistas de algumas drogas, já tem dado mostras suficientes dos prejuízos causados pelo uso de estratégias repressivas. A estratégia, nesse caso, seria usar essa tecnologia para produzir outras impregnações, geradoras de novas fissuras. A fissura “é o obstáculo do pensamento, mas também a morada e a potência do pensamento, o lugar e o agente” (DELEUZE; 2011, p. 342).

Banalizada e difundida sem nenhum critério ou controle, a noção comum de dependência química, como inimiga das liberdades, parece ser considerada nociva somente quando aplicada a indivíduos: os ditos drogados. Mas se dependência química coletiva, independente dos riscos que possa criar, é produção que gera produção, como no caso já citado dos alimentos, abrem-se caminhos para interrogar a dependência química das pessoas em suas simultaneidades devastadoras e criadoras. E é diante desse paradoxo que encontramos em Deleuze a fissura, como aparelho, veículo agenciador, carregadora e carga de devires.

Na esfera da atenção ao uso prejudicial de drogas, escapar à norma que reproduz redundâncias, exige criação. Pensar estratégias assistenciais que se permitam reconhecer como produtoras de proteção social legítima (aumento de potência, ampliação de direitos comuns), exigirá então fazer escapar a intervenção, as práticas de assistência, incluindo as pesquisas, aos vícios encarcerantes impostos pela indústria do constrangimento que responsabiliza, de um lado, um grupo de indivíduos pela geração dos problemas sociais e, de outro, aqueles que devem buscar a solução.

Abandonar modelos universais, que pré-determinam a forma daquilo que podemos pensar como saúde, convivência familiar e comunitária e protagonismo político exige produção de

conhecimentos que sejam também produção de uma ética. Isso inclui a intervenção das políticas públicas num movimento capaz de transgredir, de construir geografias que sejam capazes de fissurar a lógica trágica de produzir História.

Experimentar ideias produz intoxicação, e no nosso caso, a própria pesquisa aparece como resultado de uma biocontaminação. Partindo de análises de conhecimentos que se produzem nos afetos ENTRE a Saúde Mental e a Assistência Social, nos era útil ter de imediato que estávamos, desde o início, entrando num campo propício à produção de excessos, vertigens e ilusões, o que exigia cuidado. Escapar à ordem moralizante de uma indústria capitalista que reproduz vícios a partir do uso de informações, exige criação. Do ponto de vista da ciência, a produção do novo também exige produção de uma ética.

De certa forma, essa percepção de conhecimento que não se propõe a reproduzir uma moral, de um conhecer fora da lei, se intensificava na medida em que nos propúnhamos a pensar uma RD que fizesse escapar a Saúde dos seus territórios instituídos, fazendo-a adentrar, como uma espécie de estrangeira aos territórios da Assistência Social. Isso vinha então caracterizar nossa proposta, como invenção transgressora de uma certa norma que simultaneamente é experimentação com potência intoxicante capaz de alterar modos de sentir e pensar as práticas assistenciais.

3 - Capítulo III – Entre fazeres; entre saberes

3.1 - A Assistência Social e a atenção ao uso prejudicial de drogas

Compreendidas como parte de processos de construção de subjetividades, as políticas públicas se movimentam incessantemente, criando e recriando seus perímetros identitários, afetando e sendo afetadas por outras políticas. E nesse quesito, o tema da atenção ao uso prejudicial de drogas tem sido bastante ilustrativo desses afetos e desses movimentos de fazer, desfazer, criar, recriar territórios.

No que diz respeito à Saúde e à Assistência Social, haveremos de concordar que as fronteiras que demarcam seus contornos não se dão apenas no ponto de toque de suas responsabilidades conjuntas para com o atendimento a usuários de drogas. Podemos entender que todas as políticas estão dispostas num mesmo “plano de consistência”³¹, e os seus movimentos fazem com se toquem e que se afetem. Os choques de umas com as outras fazem com que deslizem, se afastem, voltem a se encontrar, trepem umas sobre as outras. Meio que como placas tectônicas. E são esses deslizamentos que vão construindo traçados vivos.

No plano de consistência, um corpo se define somente por uma longitude e uma latitude: isto é, pelo conjunto dos elementos materiais que lhe pertencem sob tais relações de movimento e repouso, de velocidade e lentidão (longitude); pelo conjunto dos afectos intensivos de que ele é capaz sob tal poder ou grau de potência (latitude). Somente os afectos e movimentos locais, velocidades diferenciais. Coube a Espinosa ter destacado essas duas dimensões do Corpo e ter definido o plano de Natureza como latitude e longitude puras. Latitude e longitude são os dois elementos de uma cartografia (DELEUZE & GUATTARI; 2008b, p. 47).

Portanto, entende-se que Assistência Social e Saúde se afetam e se atravessam em diferentes pontos de suas construções, e naquilo que tange às suas competências para com a atenção ao uso prejudicial de drogas elas não deixam de ser afetadas pelas heranças históricas relacionadas à criminalização de algumas drogas e pela ambiência política e midiática atual. Isso faz com que, nesse ponto, suas fronteiras se caracterizem de modo bastante específico e que, segundo entendemos, ilustram com muita propriedade como

³¹ “Plano de consistência” é um conceito elaborado por Deleuze, que permite pensar a produção de subjetividades em sua exterioridade, afastando-a daquela concepção de subjetividade como algo que se esconde nas “profundezas da alma” humana. Essa forma de pensar as subjetividades, que se produzem em movimentos de superfície, guarda fundamentos na filosofia de Espinosa e no método geométrico utilizado por esse filósofo. Daí a importância do conceito de afeto para entender os processos de produção de subjetividades. Para aqueles que se interessem em estudar o assunto, recomendamos a leitura das Parte II e III da Ética (ESPINOSA; 2010) e o 4º volume de Mil Platôs (DELEUZE & GUATTARI; 2008b).

acontecem desestabilizações que interferem nos movimentos de atar e reatar de bordas. Começamos pela Assistência Social.

Revisando as normativas do SUAS, verificaremos que uma referência ao problema das drogas aparece pela primeira vez, em 2004 (BRASIL; 2005a, p. 31 e 32). Naquele contexto de construção, na análise situacional da “Política Nacional de Assistência Social – PNAS”, o problema aparece em perspectiva, resultado de um modo de olhar a realidade social brasileira, que preme por proteção social. Segundo o texto, a opção que, na Assistência Social, passou a se construir para o exame da realidade brasileira partiria da defesa por um certo modo de olhar e quantificar essa realidade que, entre outras visões, inclui:

uma visão social de proteção, o que supõe conhecer os riscos, as vulnerabilidades sociais a que estão sujeitos, bem como os recursos com que conta para enfrentar tais situações com menor dano pessoal e social possível. Isto supõe conhecer os riscos e as possibilidades de enfrenta-los (BRASIL; 2005a, p. 15).

Nessa leitura do texto da PNAS, merece destaque, a evidência política de uma escolha em defesa por um certo modo de compreender a realidade social. O texto deixa explícita a necessidade de produzir um entendimento de que os segmentos “invisíveis”, “os transformados em casos individuais”, são parte, de fato, de uma “situação social coletiva” (Ibidem, p. 15). Compreende-se assim que, esse modo de pensar e compreender as discrepâncias e desigualdades sociais deveria incluir, portanto, um quantificar e um conhecer que tornasse possível novas leituras que superassem a oposição entre macro e micro social. Nessa proposta de examinar a realidade brasileira, verifica-se também a superação de um modo de conceber uma política cujas ações pudessem se pautar numa análise de ausências ou de faltas, devendo então a política de Assistência Social intervir, sobretudo, promovendo aquilo que a coletividade tem de presença, de potencial.

Baseada naquilo que se compreendia como circunstâncias promotoras das vulnerabilidades sociais, segue o texto da PNAS, hierarquizando os níveis da proteção social da Assistência Social. Dependendo da complexidade cada situação específica, dos riscos sociais envolvidos, a proteção social da Assistência Social poderia exigir diferentes graus de atenção, bem como modos diferentes de intervenção. Assim, a proteção social da Assistência Social se viu classificada e organizada em dois eixos distintos: proteção social básica e proteção social especial.

Enquanto a proteção social básica é descrita na PNAS como conjunto de ações destinadas à “população que vive em situação de vulnerabilidade social, decorrente de pobreza, privação e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social” (BRASIL; 2005a, p. 33 – 36), a proteção social especial se destinaria a situações mais

complexas, onde algum tipo de risco pessoal e, ou, social já se tenha instalado, com consequentes esgarçamentos e, ou, rompimentos de vínculos familiares e comunitários (BRASIL; 2005a, p. 36 - 38). Essa primazia da atenção na PNAS sobre os vínculos afetivos, familiares e comunitários, como forma privilegiada de compreender os níveis proteção social necessários à intervenção parece encontrar seus fundamentos em problematizações como as de Castel (CASTEL, in LANCETTI; 1994) que se recusa em pensar oposições do tipo inclusão/exclusão social, daí a opção pela utilização do termo vulnerabilidade nas normativas do SUAS.

Segundo Castel,

uma sociedade começa a se resignar ao dualismo quando aceita a precariedade e a vulnerabilidade como estados de fato – e mesmo quando ela as procura, de um lado em nome da rentabilidade do aparelho produtivo e, de outro, em nome da promoção do individualismo sem vínculos como valor ético supremo. É em função desta problematização que quis me ater aos termos precariedade, vulnerabilidade, desfiliação... de preferência a outros que aproximadamente poderiam ocupar seus lugares, como pobreza, marginalidade, desvio, exclusão; para sugerir que se está antes em presença de processos do que de estados e, possivelmente também – se se é otimista -, para oferecer, graças a esta colocação em perspectiva dinâmica, melhores instrumentos a fim de intervir antes que a instabilidade das situações se congele em destino (CASTEL in LANCETTI; 1994, p. 48).

E é nesse contexto de problematização que encontramos na PNAS a questão do uso prejudicial de drogas. No entanto, independente das discussões que possam conduzir à utilização de termos mais próximos das precariedades e vulnerabilidades compreendidos como processos dinâmicos, a noção de risco pessoal, risco social é algo muito presente nos textos normativos da Assistência Social, onde o uso prejudicial de drogas encontra-se relacionado. No texto aprovado da PNAS, a proteção social especial é definida como:

a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras (BRASIL; 2005a, p. 37).

Compreendendo-se que ocorrências dessa natureza, nunca se apresentam isoladamente, podendo combinar-se umas às outras e, cumularem-se entre si, e que também não podem ser apontadas apenas como causa de risco e vulnerabilidade, podendo, em muitos casos, serem reconhecidas como consequências, parecia ser necessário primar por uma Assistência Social cujas ações fossem implementadas de forma integrada a outras políticas sociais. Não poderia o SUAS ser pensado de forma a trazer para si, e para os seus serviços, a responsabilidade

exclusiva de dar conta da magnitude e complexidades implicadas às situações coletivas de vulnerabilidade.

De modo que, na sequência da construção do SUAS no Brasil, em 2005, dentre dezessete princípios organizativos, listados pela Norma Operacional Básica - NOB/SUAS-2005, encontramos cinco que se referem a intersectorialidade e, dentre eles, pelo menos um se refere à superposição de ocorrências de vulnerabilidade e à questão do consumo de drogas, onde uma RD é explicitamente conjurada, qual seja:

articulação intersectorial de competências e ações entre o SUAS o Sistema Único de Saúde – SUS, por intermédio da rede de serviços complementares para desenvolver ações de acolhida, cuidados e proteções como parte da política de proteção às vítimas de danos, drogadição, violência familiar e sexual, deficiência, fragilidades pessoais e problemas de saúde mental, abandono em qualquer momento do ciclo de vida, associados a vulnerabilidades pessoais, familiares e por ausência temporal ou permanente de autonomia principalmente nas situações de drogadição e, em particular, os drogaditos nas ruas (BRASIL; 2005a, p. 88).

Nas normativas do SUAS, Assistência Social e Saúde, assim, passavam a ser referenciadas como políticas privilegiadas para o cuidado de usuários de drogas, devendo conjugar suas potencialidades e limites para um trabalho integrado de assistência. As alternativas para superar possíveis obstáculos ficava mais urgente na medida em que era aprovada, em 2005, a Política Nacional sobre Drogas (BRASIL; 2005b). Naquilo que se referia a “tratamento, recuperação e reinserção social”, restava aprovada entre as diretrizes:

Promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros (BRASIL; 2005b).

Na sequência de regulamentação da Política sobre Drogas, é aprovada, em 2006, a Lei Nº 11.343/2006, quando os princípios e diretrizes da Saúde e da Assistência Social, ao lado dos direitos humanos, são preceituados como norteadores das “atividades de atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas” (BRASIL; 2006). Naquele contexto, a julgar pela forma como a questão do uso de drogas era citado, tanto na PNAS quanto na NOB/SUAS, tudo parecia fazer convergir para único movimento integrador.

No entanto, no intervalo que compreendeu a organização dada pela NOB/SUAS, em 2005, e os movimentos e debates que vieram a resultar, em 2009, no documento que tipificou os

serviços do SUAS (BRASIL; 2009b), o uso de drogas, parece ter deixado de ser compreendido como promotor, e, ou, pelo menos, como parte integrante, dos danos sociais com os quais a Assistência Social deveria se ocupar diretamente. Compreendendo que outras situações descritas na PNAS e na NOB/SUAS, tais como abandono, violência familiar, abuso sexual, trabalho infantil, situação de rua, haviam sido mantidas na tipificação, importava para essa pesquisa tentar entender como, e pelo menos quando, o uso de drogas parecia deixar excluir-se dessa relação com as atenções que a Assistência Social deveria prestar. Isso parecia apontar para mais um entre os movimentos que tentavam circunscrever uma esfera de atuação para o SUAS como território independente.

3.2 - Assistência Social: um breve retrospecto

O advento de uma Assistência Social pública no Brasil, tal como concebida atualmente, é muito nova. Sua história no país ficou caracterizada pela ausência do Poder Público quando a sociedade civil, representada, em sua maioria, por Entidades religiosas se ocupou em ofertar uma série de serviços dirigidos aos “pobres”, e “carentes”.

Desde a sua fundação, logo após o descobrimento do Brasil, Santa Casa da Misericórdia tem como missão acolher e cuidar dos mais carentes. Hoje oferecemos uma grande e completa rede de serviços: educandários para receber e cuidar das crianças, tratamento médico nas diversas especialidades, repousos para os idosos e serviços funerários. Nossa trajetória confunde-se com a própria história do Brasil, tendo a entidade participação em muitos episódios marcantes da vida nacional³².

Esse informativo do sítio eletrônico da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, nos serve para começar a compreender o que já foi assistência social no Brasil. No que se refere às atividades da Igreja Católica, desde as missões de catequese dos Jesuítas junto as tribos indígenas, elas parecem ter sido presentes, ao lado do Estado, influenciando no ordenamento social, desde o período colonial. Porém, segundo a bibliografia, é a partir da década de 1930 que essas atividades começam a se conformar nos moldes de um apostolado social, a partir das atividades militantes dos quadros laicos da Igreja (IAMAMOTO; 1992). Com um histórico secular de voluntariado, o Serviço Social surge por essa época, como “uma alternativa profissionalizante, com bases mais doutrinárias que científicas no bojo de um movimento de cunho reformista-conservador” (Ibidem; 1992).

³² Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. **Sítio eletrônico**. Disponível em: <<http://www.santacasarij.org.br/#>> Acesso em 09 de maio de 2013.

Marcada por pelo menos cinco séculos de exercício da caridade, com forte cunho moralizador, a Assistência Social via surgir no século XX, entre várias outras, instituições como a Legião Brasileira de Assistência – 1942, a Fundação Leão XIII – 1946. A escolha do nome de um papa para essa última, por exemplo, nos auxilia a entender como se movimentavam algumas forças políticas daquele contexto.

Evidentemente, o papa não se converteu ao credo ateu e materialista de Karl Marx, o teórico alemão do comunismo falecido há seis anos. A encíclica - cujo nome provisório é *Rerum Novarum*, ou seja, "Coisas Novas" - deverá defender a propriedade privada e reforçar a habitual condenação do Vaticano às doutrinas baseadas na luta de classes. A novidade está no enérgico aval da Igreja a reivindicações que até agora freqüentam apenas os panfletos dos sindicatos europeus: salários justos, redução da jornada de trabalho, descanso remunerado. "O patrão não deve tratar o empregado como escravo, mas respeitar nele sua dignidade de homem e de cristão", recomenda o texto, num dos seus esboços. "Leão XIII ficará conhecido como o papa dos operários", profetiza um cardeal, entusiasmado. A encíclica em estudos, na verdade, pretende trazer de volta ao catolicismo as levas de trabalhadores que, desesperançados com as promessas de boa vida somente depois da morte, se deixaram seduzir pelos grupos socialistas e anarquistas, que prometem o paraíso na Terra - na forma de revoluções igualitárias violentas (VEJA; 1989).

Ladeadas pelas organizações assistenciais representativas dos trabalhadores que passavam a surgir, essas instituições caritativas serviam ao Estado como dispositivos de controle e disciplina das massas, especialmente em face do crescimento dos centros urbanos. Essa ideia de assistência como caridade parece derivar do léxico religioso que a vincula a uma intervenção no social compreendida como “obra”. Nas religiões pentecostais é muito comum o uso da palavra “obreiro” para referir-se àqueles fiéis que executam atividades assistenciais. Essas atividades habitualmente estão associadas a uma missão de converter os assistidos à religião, o que faz com que a ação do obreiro se aproxime da tarefa de um legionário de Cristo. Assim como a Fundação Leão XIII, a própria escolha para o nome da Legião Brasileira de Assistência, então, só parece fazer sentido dentro contexto de influência das práticas religiosas sobre as ações estatais. Bem mais recentemente, com o advento das ONGs, especialmente na década de 1990, entidades assistenciais contribuíram para o advento do que ficou conhecido como terceiro setor no Brasil³³.

Antes do SUAS, serviços como os de creches, educação infantil, casas de saúde, asilos para idosos, abrigos para pessoas em situação de rua, centros de recuperação de drogados,

³³ Mesmo quando não está associada a uma missão de conversão, a expressão “obra social” assim, continua sendo utilizada para referir-se às ações assistenciais ligadas às Entidades religiosas. No sítio eletrônico já referido da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, encontra-se no rodapé a seguinte slogan: “A maior obra social do país”.

quase tudo podia ser considerado “assistência social”. Atendendo a situações de agravos sociais instalados, toda e qualquer iniciativa organizada da sociedade acabava sendo enquadrada nessa categoria. Entendida como um conjunto de iniciativas humanitárias, em grande parte organizadas “livremente” pela sociedade, entidades beneficentes dos mais variados tipos eram amparadas, valorizadas e muitas vezes subsidiadas pelo Estado.

Compreende-se que muito dessa a concepção de assistência social seja ainda a que chega ao processo Constituinte na década de 1980. Esse modelo de assistência social, sinônimo de filantropia, que ajuda as elites a manter seu domínio político e, ao Estado a ordenamento das massas, minimizando conflitos e efeitos mais gritantes da desigualdade social, parece ser tão cara à sociedade que o texto Constitucional a situou ao lado dos partidos políticos, das entidades sindicais, dos templos religiosos. Parece ser por conta desse entendimento que o artigo 150 da Constituição, em seu do Inciso “VI”, alínea “c”, trouxe a disposição de que “é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, instituir impostos sobre o patrimônio, a renda ou os serviços das instituições de assistência social, sem fins lucrativos” (BRASIL; 1988).

Não se pode esquecer que o período da década de 1980, coincidindo com os movimentos de redemocratização do Brasil, se intensificavam as tendências políticas neoliberais em âmbito mundial, capitaneadas principalmente pelos governos de Ronald Reagan nos Estados Unidos e de Margaret Thatcher no Reino Unido. As tendências macro políticas de orientação para um Estado mínimo, para a desregulamentação do setor financeiro, a flexibilização das relações de trabalho e a privatização dos serviços público-estatais acenavam para a produção de novas subjetividades e para emergência de nichos de mercado.

No Brasil, saindo de um longo período de ditadura militar, essas tendências neoliberais agregavam valores negativos à imagem já demonizada de um Estado autoritário, auxiliando numa espécie de beatificação das iniciativas da sociedade civil. Calçadas por uma boa imagem, a rede filantrópica podia despontar assim como um mercado, a ser mantido às custas da isenção de impostos e subsídios oriundos do Poder Público. Sem diretrizes construídas de forma transparente, com um longo histórico de promoção do voluntariado, sem profissionais qualificados e sem objetivos muito definidos, essas iniciativas de assistência social ganhavam cada vez mais o caráter de utilidade pública.

Por outro lado, mesmo antes de ser inserida na Constituição de 1988, a assistência social também já se via circunscrita em um processo construção coletiva, capitaneada principalmente pelos profissionais do Serviço Social, o que lhe conferia um caráter de movimento social (CEFESS; 2011, p. 10 - 15). Esse movimento permitiu que, junto com a Saúde e a Previdência, a Assistência Social surgisse como um dos elementos constituintes da

Seguridade Social no Brasil. A partir de uma jurisprudência aberta pelos Artigos 203 e 204 da Constituição Federal, todo um reordenamento paradigmático passa a se dar, forçando a Assistência Social a ser repensada nas suas funções estatais. Resumidamente, diríamos que, após a Constituição de 1988, a política passou por uma organização prévia, conquistada com a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei Nº 8.742/1993), seguindo numa trajetória que viria a extinguir, em 1995, a Fundação Legião Brasileira de Assistência - LBA.

Após o processo Constituinte, a despeito das forças neoliberais que regeram o Brasil até o final de 2002, um grande movimento de fóruns e conferências por todo o país fez resultar, em 2004, na aprovação da Política Nacional de Assistência Social – PNAS (SPOSATI, in SERVIÇO SOCIAL E SOCIEDADE; 2006, p. 104). No ano de 2005, é aprovada uma Norma Operacional Básica – NOB/SUAS/2005, que cria um desenho para sua materialização para todo o território nacional (BRASIL; 2005a).

Em 2006, com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, definiram-se os quadros mínimos de profissionais que deveriam permitir operar os serviços do Sistema Único de Assistência Social – SUAS (FERREIRA; 2011)³⁴. Chegando ao ano de 2009, com a aprovação da Tipificação dos Serviços Socioassistenciais, o SUAS pode harmonizar a compreensão dos serviços que pretendia ofertar (BRASIL; 2009b). Ainda que se tivesse que considerar as características de cada território, onde esses serviços haveriam de funcionar, a intenção era que de norte a sul do Brasil houvesse um mesmo entendimento sobre o que deveria ser cada um desses serviços do SUAS, quais seus objetivos, qual o seu público, as formas de acesso, quais os resultados que se poderia esperar com o seu funcionamento.

Ao longo desse processo de implementação do SUAS no Brasil, vários novos dispositivos público-estatais, tais como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS, CREAS, Centros-POP), responsáveis pela oferta de uma série de serviços de base territorial, passaram a ser implantados, ampliando as possibilidades de famílias e indivíduos, expostos a situações de vulnerabilidades sociais, serem assistidos. Todo esse processo veio culminar, no ano de 2011, na consolidação do SUAS, disposto pela Lei Nº 12.435/2011 (BRASIL; 2011d).

Entende-se, portanto, que, com a redemocratização do país e com as inovações trazidas pela Constituição de 1988, a Assistência Social brasileira pôde ser repensada e reinventada em outros moldes. Fundamentada em princípios democráticos, a nova Assistência Social se fincava agora na

³⁴ A NOB-RH/SUAS foi aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS, por meio da Resolução nº 269, de 13/12/2006, conforme D.O.U. de 26/12/2006. O seu texto passou a ser publicado e distribuído a partir da publicação da Resolução CNAS nº 01, de 25/01/2007. Aqui utilizamos a versão “anotada e comentada” por Stela da Silva Ferreira.

(I) supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica; (II) na universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas; (III) no respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade; (IV) na igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo equivalência às populações urbanas e rurais; e, (V) na divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão (BRASIL; 2005a, p. 32).

Na última década, a organização da Assistência Social passou então a ter diretrizes públicas, baseadas nos preceitos Constitucionais e na Lei Nº 8.742/1993 - LOAS, prevendo: descentralização político-administrativa; participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no “controle social”³⁵ das ações; primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de Assistência Social em cada esfera de governo; e, a centralidade na família para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos. Segundo esses princípios e diretrizes, o Poder Público não mais poderia deixar a cargo das instituições beneficentes ou dos interesses de favorecimento de políticos: nem o financiamento, nem a implementação dos serviços, nem a orientação das práticas de trabalho.

No ano de 2003, a Lei Nº 8.742/1993- LOAS fazia dez anos e a conformação política no Brasil, com a ascensão do Partido do Trabalhadores ao comando do Executivo Federal, permitiu a abertura de um novo período de normatização da Assistência Social. Analisando o primeiro ano de implantação do SUAS no Brasil, Sposati registrará que,

a construção do SUAS resulta do acúmulo gerado por experiências municipais; por estudos da academia; pela luta do Fórum Nacional de Assistência Social e seus correspondentes fóruns locais; pelas lutas da categoria dos assistentes sociais; e pelas experiências de efetivo controle social. Esse conjunto trouxe os principais elementos que determinaram nova qualidade ao conteúdo das deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social, que foram pela primeira vez levadas em conta pela gestão federal (SPOSATI, in SERVIÇO SOCIAL E SOCIEDADE; 2006, p. 104).

A autora quis aqui ressaltar o aspecto coletivo de construção do SUAS, destacando a importância desse movimento na implicação da União, como Ente Federado protagonista na “mudança no formato de gestão no escopo da PNAS-2004” (SPOSATI, in SERVIÇO SOCIAL E SOCIEDADE; 2006, p. 105). Consequentemente, viam-se surgir muitas

³⁵ Uma vez que a expressão “controle social” deverá aparecer inúmeras vezes nesta dissertação, cabe nota de esclarecimento ao leitor que algumas vezes ela deverá se relacionar, como aqui, às formas de participação popular na vigilância e fiscalização das ações do Poder Público, diferente de outro modo de pensar o controle social que se expressam sob a forma de dispositivos de assujeitamento e submissão.

interrogações acerca dos modos de intervir sobre a realidade das desigualdades sociais e, algumas brotavam do ponto de imbricação, de afeto entre as políticas.

Para a Assistência Social, aquele era um momento de mudanças importantes. Quando a “matricialidade sociofamiliar” e a territorialização dos serviços do SUAS passam a constituir o *locus* da intervenção da Assistência Social, entre várias outras tarefas, era preciso formar equipes para o trabalho na ponta e definir diretrizes teórico-metodológicas que orientassem, ainda que minimamente, as práticas do trabalho (BRASIL, 2005a, p. 40 – 46; 2009c, p. 219 - 228).

Para a Saúde, com a aprovação da Lei nº 10.216/2001 e a consequente necessidade de fazer avançar a reforma psiquiátrica; com a implantação da rede de serviços de base territorial da Saúde Mental (BRASIL; 2002); com a nova “política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas” (Idem; 2003); e, com a deflagração, no ano de 2003, das “políticas de humanização no SUS”, não era diferente (BARROS & PASSOS, 2005; BRASIL, 2010c; PASCHE & PASSOS, in: Saúde em Debate, 2010, p. 423-432.).

3.3 - Da divisão do trabalho ao trabalho de dividir

Mesmo que o raio de alcance das competências da Assistência Social e da Saúde possa ser compreendido como objeto de interesse público, como tema inquietante de pesquisadores e de profissionais dos serviços, etc, para entendermos qualquer possível mudança de concepção e, ou, reorientação, acerca do uso prejudicial de drogas no processo de construção do SUAS, era preciso encontrar, na organização do sistema, os lugares onde essas discussões foram feitas e os momentos em que essas decisões foram tomadas. Nesse sentido, observar o conteúdo dos debates ocorridos nas Conferências de Assistência Social, reuniões da Comissão Intergestores Tripartite – CIT/SUAS e do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, parecia ser uma boa fonte de consultas para esse mapeamento. Sendo esses espaços políticos de pactuações e deliberações que definem rumos para implementação do SUAS, poderiam, as suas memórias de trabalho, nos serem úteis para o que aqui nos propúnhamos: entender os movimentos e mudanças de orientação nas competências da Assistência Social para com a atenção ao uso prejudicial de drogas.

Fazendo uma releitura do “Plano Decenal SUAS – Plano 10”, naquilo que se referia aos “níveis de proteção social e integração de serviços e benefícios”, verificamos que uma das metas a serem atingidas entre os anos de 2007 e 2009, era: “concluir 100 % da transição da

oferta de serviços correlatos da área da educação infantil e saúde, financiados pela assistência social” (BRASIL; 2005c). Quando historicamente a Assistência havia ficado marcada como ação compensatória, responsável por fazer chegar aos mais necessitados aquilo que não lhes era possível por meio das outras políticas, parecia imperativo demarcar uma área de atuação específica para o SUAS. Assim como as creches e a educação infantil, que deixariam de ser financiadas pela Assistência Social no ano de 2009, pensamos que a questão do cuidado aos usuários de drogas, embora não esteja citado no Plano Decenal, tenha merecido o mesmo destino naquele momento. Parecia ser necessário limpar o terreno da SUAS, devolvendo aos vizinhos aquilo que parecia lhes ser próprio.

Especificar área de atuação para a assistência social significa romper com a hegemônica concepção de que é uma política de atenção aos pobres, aos necessitados sociais, aos frágeis e carentes. Esse modo de ver contém em si uma manifestação que aparta um segmento da população, recorta os cidadãos por níveis de renda e separa aqueles de baixa renda, confinando-os em um aparato específico, como se suas necessidade fossem diversas daquelas do cidadão brasileiro. O processo de alfabetização, por exemplo, quando assumido pelo Estado, por meio do Movimento Brasileiro de Alfabetização (Mobral), foi inserido no âmbito da assistência social e não na educação, o mesmo ocorrendo com as creches. Incluem-se aí as favelas, os medicamentos e as próteses, até que a saúde os assuma de fato como parte do tratamento (SPOSATI in BRASIL; 2009d, p. 14).

Revisando oito das atas das reuniões da Comissão Intergestores Tripartite – CIT/SUAS³⁶ – encontramos registros das discussões, ocorridas, durante o ano de 2009, entre as quais encontramos indicações dos protagonistas daquele processo, assim como registro dos debates em torno da produção e pactuação colegiada, referente ao documento que resultaria, ao final desse mesmo ano, na tipificação dos serviços do SUAS. Examinando o conteúdo dessas atas, observamos que o tema da tipificação foi recorrente durante esses encontros, aparecendo como ponto de pauta em todas as reuniões ordinárias da CIT, pelo menos a partir do mês de junho de 2009.

O MDS apresentou proposta de tipificação nacional de serviços socioassistenciais. Trata-se de uma apresentação introdutória e não de fazer uma discussão ampliada. O documento só estará completo após pactuação na CIT. O MDS apresentou o documento-base resgatando o histórico e as estratégias para discutir e pactuar o assunto na CIT antes de sua implantação efetiva. A tela inicial expõe o processo de concepção e discussão iniciado em 2008: a) termo de referência para contratação de consultoria (venceu o Instituto Florestan Fernandes); b) matriz conceitual (discussão conceitual sobre o significado do serviço socioassistencial, classificação de vulnerabilidades referente ao usuário); c) as fichas consolidadas apresentadas mostram e fazem entender a natureza e as características do serviço sócio assistencial (BRASIL; 2009j).

³⁶

Neste levantamento, as atas revisadas compreenderam o conjunto da 83ª a 90ª reuniões da CIT.

De oito atas da CIT revisadas nessa pesquisa, destaca-se a que registra as discussões da 89ª reunião ordinária. No resumo executivo dessa reunião, podemos ter acesso a fragmentos do texto original, que aqui supomos, tenha sido apresentado ao MDS pelos consultores do Instituto Florestan Fernandes e, conseqüentemente, levado para exame daquele colegiado. Especificamente, no âmbito do debate em torno do “serviço de abordagem social”, consta uma sugestão que se pudesse incluir no texto do documento, entre os objetivos desse serviço, “promover ações para minimizar a problemática do uso de álcool e drogas enfrentadas por esse público alvo”. De acordo com os registros em ata, essa sugestão foi grifada como “não acatada” (BRASIL; 2009m).

Ainda na mesma 89ª reunião, discutindo-se o “serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida (LA) e de prestação de serviços à comunidade (PSC)”, o resumo executivo mostra que, o texto original proposto para a tipificação sugeria que o impacto social esperado pelo serviço, numa articulação com outras políticas públicas, pudesse, entre outros resultados, “reduzir o uso/abuso de drogas” (BRASIL; 2009m). A respeito desse item, também há registro de uma sugestão no colegiado, de que o texto fosse alterado, incluindo entre os resultados, a “redução de violência entre jovens e uso/abuso de drogas” (BRASIL; 2009m). Segundo o registro da ata, essa sugestão também não foi acatada.

No que se refere às atas das reuniões ordinárias do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, cinco documentos foram revisados (BRASIL, 2009o; BRASIL, 2009p; BRASIL, 2009q; BRASIL, 2009r; BRASIL, 2009s). Em virtude da extensão de cada um desses documentos, nos concentramos em revisar os registros das reuniões que corresponderam ao mesmo período em que o tema da Tipificação era pauta das discussões na CIT. Essas leituras foram úteis para verificarmos que a tipificação dos serviços socioassistenciais esteve aberta à consulta pública durante o ano de 2009, recebendo contribuições oriundas dos estados. No âmbito dos trabalhos do CNAS, o texto da Tipificação foi objeto de análise na “Comissão de Política” (BRASIL, 2009s). Segundo os registros em “Ata da ordem dos dias 21 e 22 de outubro de 2009”,

(...) recomenda-se que em todo documento de tipificação os impactos sociais esperados sejam introduzidos por contribuir para, de forma a deixar o impacto dos serviços de assistência social menos pretensioso e realista. Proposta de retirada do item Situações de Risco Ambiental Reduzidas. Encaminhamentos: enviar à CIT as contribuições de redação do documento de tipificação discutidas nesta reunião da Comissão de Política e aprovadas pelo CNAS. Margareth Alves Dallaruvera, pela Coordenação de Política (BRASIL; 2009s).

Do conjunto das atas do CNAS aqui analisadas (da 168ª a 172ª), a última trazia algumas informações que nos permitem concluir que, a “Comissão de Política do CNAS”, colaborou para a proposição da Tipificação dos Serviços Socioassistenciais, mas parece ter sido no âmbito dos trabalhos da CIT que se concentraram as responsabilidades de conduzir o processo. Ou seja, independente das funções do CNAS, parece ter sido muito mais no âmbito das pactuações entre gestores (federais, estaduais e municipais) do SUAS que essas questões foram definidas.

Assim, confrontando o teor das discussões, os fragmentos do texto em processo de construção e aquele que foi oficialmente aprovado, verificaremos que, diferente da PNAS-2004 e da NOBSUAS-2005, o uso de álcool e outras drogas, foi praticamente suprimido da tipificação dos serviços socioassistenciais, inclusive daqueles poucos lugares na redação onde, originalmente, havia sido incluído pelos consultores do MDS e/ou pelas contribuições oriundas da consulta pública. No resumo executivo da 90ª reunião da CIT, ocorrida nos dias 04 e 05 de novembro (BRASIL; 2009n), já não se encontram registros de discussão sobre o assunto. O texto dessa ata traz uma redação da “Tipificação dos Serviços Sociassistenciais” já filtrado, no formato que viria a ser apresentado pela Resolução nº 109 do Conselho Nacional de Assistência Social, de 11 de novembro de 2009 (BRASIL; 2009b).

No texto oficial da Tipificação, a única menção ao uso de drogas aparece junto aos impactos sociais esperados para o “Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos”, no escopo da proteção social básica, dirigido a adolescentes e jovens de 15 a 17 anos, onde, no geral, espera-se “junto a outras políticas públicas, reduzir índices de: violência entre os jovens; uso/abuso de drogas; doenças sexualmente transmissíveis, e gravidez precoce” (BRASIL, 2009b, p. 14).

Restava então para nós algumas interrogações sem resposta. O uso prejudicial de drogas poderia ter deixado de ser compreendido como promotor de vulnerabilidades e agravos sociais? Não era mais compreendido como associado a violações de direitos, objeto de proteção social especial da assistência social? Agora, a partir da tipificação, para que usuários de drogas pudessem ser atendidos pelos serviços socioassistenciais eles deveriam ser enquadrados em outras situações de vulnerabilidade social? Os casos de uso prejudicial de drogas deveriam ser atendidos, exclusivamente pela Saúde? O citação do uso de drogas havia sido suprimida com a intenção de prevenir ainda mais estigmatizações dos usuários que frequentam os serviços?

Com base nos documentos que viemos consultando, concluímos que qualquer mudança de concepção que tenha retirado o uso de drogas do rol das vulnerabilidades objetos de proteção social da assistência social, não poderá estar desvinculada da análise do movimento

que visava à consolidação do SUAS. Nesses últimos anos, esse processo pareceu mesmo estar direcionado para uma demarcação de um campo de atuação da Assistência Social, separando-o, das competências de outras políticas, inclusive, da Saúde. As orientações da Resolução CNAS Nº 39, de 09 de dezembro de 2010, registram:

Art. 1º Afirmar que não são provisões da política de assistência social os itens referentes a órteses e próteses, tais como aparelhos ortopédicos, dentaduras, dentre outros; cadeiras de roda, muletas, óculos e outros itens inerentes à área de saúde, integrantes do conjunto de recursos de tecnologia assistiva ou ajudas técnicas, bem como medicamentos, pagamento de exames médicos, apoio financeiro para tratamento de saúde fora do município, transporte de doentes, leites e dietas de prescrição especial e fraldas descartáveis para pessoas que têm necessidades de uso.

Art. 2º Recomendar aos órgãos gestores e Conselhos de Assistência Social das três esferas de governo que promovam e aprimorem o reordenamento da prestação dos benefícios eventuais afiançados na assistência social, referentes às provisões da política de saúde citadas no art. 1º.

Art. 3º Recomendar aos órgãos gestores e Conselhos de Assistência Social das três esferas de governo que o reordenamento tratado nesta resolução se dê por meio de um processo de transição construído de maneira planejada e articulada com gestores e conselhos de saúde nas respectivas esferas de governo, com definição das necessidades, estratégias, atividades e prazos (BRASIL; 2010d).

O movimento de demarcação de divisas para a Assistência Social, vinha num sentido de busca por valorização, onde os aspectos econômicos não eram desprezados. Quem acompanha os movimentos de construção do SUAS pode atestar o quanto tem sido comum presenciar uma brincadeira onde, a Assistência Social é sempre comparada, jocosamente, com a “prima pobre” entre as políticas sociais. Inspiradas talvez nos programas humorísticos da televisão, a piada habitualmente aparece num contexto de discussões e conferências, onde comparações com os orçamentos disponíveis para as outras políticas é evocado.

Uma rápida comparação dos “recursos liquidados nas funções orçamentárias da Saúde, Previdência e Assistência Social, de 1999 a 2005”, permite entender o quanto os recursos disponíveis para a Assistência Social, são menores dos que aqueles que são destinados e alocados nas outras políticas (BEHRING; BOSCHET; 2006, p. 170). Diferente das “primas ricas” (Educação, Saúde), a Assistência Social não tem um índice Constitucional que estipule, entre os percentuais de arrecadação, os recursos para implementação dos seus serviços.

Nesses debates, os afetos entre as “primas pobre e ricas” sintetizam com muita propriedade a própria história do movimento social, que luta para desvincular a Assistência Social da pecha de política de segunda categoria e o posicionamento desse movimento ao lado da causa dos trabalhadores. Simultaneamente, a brincadeira também expressa que, nas fronteiras da Assistência Social com outras políticas sociais, existe uma leitura marxiana

desses afetos, que permite ver neles, uma reprodução da luta de classes, fazendo com que se produza, em alguma medida, entre essas políticas sociais, uma relação de oposição.

Junto de certas imagens que se tem criado na literatura para fazer explicar a Seguridade Social brasileira (BRASIL; 2009c: 13)³⁷, encontramos ainda outras análises críticas sobre as dificuldades para se formar fórmulas básicas para um projeto comum. Ou seja, fazer juntar Saúde, Previdência e Assistência Social num único projeto, parece nunca ter sido algo simples.

No formato original, o financiamento da Seguridade Social seria único, a ser distribuído pelas três áreas, com a definição pactuada de acordo com as especificidades das ações e necessidades da população. Partiria, então, da reunião de todas as fontes contributivas, com a organização dos serviços de forma articulada. Entretanto, desde as primeiras medidas regulamentadoras para o funcionamento do sistema pós-88, esse princípio foi ignorado (PAIVA, in: SERVIÇO SOCIAL E SOCIEDADE; 2006, p. 15).

Segundo Boschetti e Salvador (2006), o termo seguridade social inexistia” na língua portuguesa até bem pouco tempo. Embora já fosse utilizado desde os meados de 1935 – 1940, nos Estados Unidos e na Europa, para referir-se a uma miríade de programas e serviços sociais, essa expressão, conforme os autores, passa a figurar nos nossos dicionários a partir de 1988, com a nova Constituição brasileira (BOSCHET & SALVADOR, in: SERVIÇO SOCIAL E SOCIEDADE; 2006, p. 27 - 29).

A seguridade social, na definição constitucional brasileira, é um conjunto integrado de ações do Estado e da sociedade voltadas para assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, incluindo também a proteção ao trabalhador desempregado, via seguro-desemprego. Pela lei, o financiamento da seguridade social compreende, além das contribuições previdenciárias, também recursos orçamentários destinados a esse fim e organizados em um único orçamento (BOSCHET & SALVADOR, in: SERVIÇO SOCIAL E SOCIEDADE; 2006, p. 28).

Não pretendemos aqui aprofundar as análises das tendências neoliberais e variáveis político-econômicas já efetuadas acerca da “perversa alquimia” que forçou a fragmentação do projeto maior e unificado de Seguridade Social de 1988 (BOSCHET & SALVADOR, in: SERVIÇO SOCIAL E SOCIEDADE; 2006, p. 25 – 57). Entendemos que os autores aqui citados já o fizeram com muita propriedade. Mas, se juntamos nossas análises acerca da necessidade na Assistência Social, em criar para si um território próprio, chegaremos a

³⁷ Referímo-nos aqui à imagem de “tripé” da Seguridade, usada por Aldaíza Sposati. SPOSATI, A. “**Modelo Brasileiro de Proteção Social não Contributiva: concepções fundantes**”. In: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Concepção e Gestão da Proteção Social não Contributiva no Brasil. Brasília: Edições UNESCO, 2009c. p.13.

suspeitar que, desde o início nunca houve condições para um projeto integrado de Seguridade. O rastrear dos movimentos parece indicar, sempre, na direção de uma separação e não para uma junção.

3.4 – Outros resultados das divisões: a rede complementar

Se nesse contexto de lutas, dentro do próprio âmbito público-estatal essa separação já se configurava como tarefa complexa, essa complexidade se ampliava na medida que essa separação precisava ainda alcançar os serviços das entidades privadas, filantrópicas, confessionais, beneficentes que historicamente eram consideradas de Assistência Social, como previsto pelo Artigo 150 da Constituição Federal de 1988.

Antes do ano de 2003, nenhum desses CRAS, CREAS, Centros-Pop existia, quando a Assistência Social ainda contava apenas com iniciativas fragmentadas da sociedade civil (operando sem diretrizes construídas de forma efetivamente pública) e/ou experimentações de programas isolados de governos. Mas o fato desses novos dispositivos materializarem agora uma rede oficial de serviços público-estatais da Assistência Social, muito daqueles antigos serviços ainda permanecem em funcionamento, sendo reconhecidos como integrante do Sistema, naquilo que se refere aos serviços complementares vinculados ao SUAS.

Art. 3º. Consideram-se entidades e organizações de assistência social aquelas sem fins lucrativos que, isolada ou cumulativamente, prestam atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por esta Lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de direitos.

§ 1º. São de atendimento aquelas entidades que, de forma continuada, permanente e planejada, prestam serviços, executam programas ou projetos e concedem benefícios de prestação social básica ou especial, dirigidos às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal, nos termos desta Lei, e respeitadas as deliberações do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), de que tratam os incisos I e II do art. 18 (BRASIL; 2011d).

No SUAS portanto, entidades religiosas e filantrópicas, ONGs permanecem sendo reconhecidas como utilidade pública prestando uma série de serviços assistenciais, conforme citação dada pela Lei do SUAS (BRASIL; 2011d). Essa rede complementar de serviços deve atender às disposições para certificação das entidades beneficentes de Assistência Social, trazidas pela Lei N.º 12.101/2009 (BRASIL; 2009t) e, pelo Decreto Regulamentar N.º 7.237/2010 (BRASIL; 2010e). Sem contar com aquelas que prestam assessoramento e as que atuam na defesa e garantia de direitos, muitas dessas entidades acabam sendo contratadas ou conveniadas pelas Secretarias de Assistência Social, principalmente nas

esferas estadual e municipal, para a executar diversos tipos de serviços. A partir do ano de 2009, com a tipificação dos serviços do SUAS, essas instituições deveriam passar a reorientar seus modelos segundo as normas orientadoras.

Se antes, como já dissemos, qualquer atividade filantrópica, beneficente, podia ser enquadrada na categoria “assistência social”, a partir da Lei CEBAS, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, essa forma de prestação de serviços passava agora a se distribuir pelas áreas da Assistência Social, Saúde e Educação (Idem; 2009t). Com essa nova Lei, a “assistência social”, compreendida como filantropia, deixa de residir, exclusivamente, no campo da política de Assistência Social, fazendo com que a Saúde e Educação passem ter sua própria “assistência social”, identificada como rede complementar aos serviços público-estatais³⁸.

Isso teria rebatimentos diretos sobre os modos de se pensar os modelos de gestão e as competências do SUAS e do SUS diante do fenômeno do uso prejudicial de drogas e sua associação com outras situações de vulnerabilidade social. Ademais, após a Lei CEBAS, se no SUAS não se admitiriam mais os serviços característicos da área de Saúde, como ficariam entidades tais como APAEs (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), PESTALOZZIs, abrigos públicos para pessoas com deficiência, centros de recuperação para dependentes de drogas? Passariam todos da Assistência Social para a Saúde?

Supondo que essas entidades não se identificassem nem com a tipificação dos serviços do SUAS, nem como a do SUS, e, ainda que não se vinculassem nem lá, nem cá, optando por trabalhar de forma autônoma, sem nenhum tipo de financiamento público, poderiam essas entidades trabalharem sem nenhum controle estatal sobre suas ações? Quem ficaria responsável pela qualificação e fiscalização das atividades desenvolvidas nessas instituições? As instâncias do Judiciário, o Ministério Público, deveriam acionar quais órgãos governamentais em casos de denúncias de violações de direitos? A quem caberia as providências?

Antes da Lei CEBAS, instituições de abrigamento para pessoas com deficiência, asilos dos mais diversos tipos eram enquadradas no território da Assistência Social. Muito próximos dos modelos manicomial, tornavam-se um alvo fácil para críticas oriundas da Saúde Mental, especialmente em face às mudanças trazidas pela Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002). Os centros de recuperação para usuários de drogas, igualmente, em função das

³⁸ O trecho citado da Lei nº 12.435/2011 refere-se apenas às entidades e organizações de assistência social que se vinculam exclusivamente ao SUAS. Lembramos que a Lei N.º 12.101/2009 e o Decreto Regulamentar N.º 7.237/2010 dispõem sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social para obtenção da isenção das contribuições para a seguridade social. Ou seja, para além daquelas que prestam serviços típicos do SUAS, essa legislação trata ainda das entidades beneficentes e filantrópicas que prestam serviços típicos da Saúde e à Educação. Orientações para certificação de entidades de assistência social na Saúde estão disponíveis em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1702 >.

reorientações das políticas de cuidado integral a usuários de álcool e outras drogas, que tem na Redução de Danos – RD o modelo orientador das práticas (BRASIL, 2003). Como já dissemos na nossa introdução, no estado do Rio de Janeiro essas críticas da Saúde Mental à Assistência Social foram frequentes na última década, em função do modelo de gestão e assistência adotado para as ações governamentais.

Simultaneamente a esses movimentos no SUAS, esboçavam-se em âmbito nacional, outras preocupações e iniciativas governamentais que tinham sobre a questão das drogas um foco de atenção. Num contexto internacional intensificava-se um debate acerca das possibilidades de descriminalização das drogas. Pressões de movimentos sociais recentes, como o da “Comissão Latinoamericana sobre Drogas e Democracia”³⁹, aquecia a crítica ao modelo das políticas repressivas, quando tentava demonstrar, a partir de dados científicos, que “a guerra às drogas produz muito mais vítimas que o próprio efeito do seu consumo” (BOITEUX, 2009; KARAM; 2009).

Sem desconsiderar as ações locais, ganharam maior visibilidade no cenário nacional brasileiro, algumas iniciativas disparadas pelo Governo Federal. O Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS - PEAD 2009-2010, instituído pela Portaria do Ministério da Saúde Nº 1.190, de 04/06/2009 (BRASIL; 2009e), deu início a uma série de outros dois planos nessa área. Já havia nesse momento, uma preocupação do Governo Federal em dar uma resposta política, diante das insistentes notícias veiculadas na mídia acerca de uma suposta “epidemia de uso do crack” no Brasil.

No ano de 2010, em meio às promessas de candidatos nas campanhas eleitorais, o tema das drogas ganhava ainda mais notoriedade na mídia. Nesse ano o Governo Federal lança o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”, instituído por Decreto Nº 7.179, de 20/05/2010 (BRASIL; 2010a). Entre as ações imediatas previstas, encontrava-se a “ampliação da rede de assistência social voltada ao acompanhamento sociofamiliar e à inclusão de crianças, adolescentes e jovens usuários de crack e outras drogas em programas de reinserção social” (Ibidem). Dentro das ações estruturantes elencadas no Plano, encontramos a “ampliação da rede de atenção à saúde e assistência social para tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas” (Ibidem). Ressalta-se que no Decreto que institui o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”, em seu o Art. 5º, era previsto que municípios, estados e distrito federal participariam desse plano, mediante “termos de adesão” (Ibidem).

³⁹ Informações sobre o assunto podem ser obtidas pelo site: <http://www.drogasedemocracia.org/>.

Esse plano veio a ser alterado, no ano seguinte, pelo Decreto Nº 7.637, de 08/12/2011 (BRASIL; 2011a), no âmbito do Programa Nacional – “Crack, é possível vencer” (BRASIL; 2011c). Junto com os serviços de Saúde, o “Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família e Indivíduos – PAEFI”, o “Serviço de Abordagem Social” e o “Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua”, passam a ser compreendidos no “Eixo – Cuidado” do programa federal (BRASIL; 2011c, p. 33 – 51). Dessa forma, as metas do plano do crack passam a influenciar critérios de partilha de recursos e ampliação da rede de serviços do SUAS dentro do Ministério do Desenvolvimento Social – MDS. Diante das responsabilidades interministeriais assumidas na gestão do programa, o MDS passa também a monitorar a assistência prestada aos usuários de crack, álcool e outras drogas nos serviços do SUAS.

Na esteira dessa necessidade de construir identidades para serviços e práticas, compreendidas como características mais ou menos estáveis para os serviços de proteção social, coincidindo com o início dos Planos Federais para enfrentamento ao crack em 2009 (BRASIL; 2009e), começa a se organizar outro movimento, o das Federações da comunidades terapêuticas, que não querem se “enquadrar” nas normativas, nem do SUS, nem do SUAS, mas modificar outro sistema – o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas – SISNAD que, junto ao Ministério da Justiça, passaria então a abriga-las⁴⁰.

3.5 – Controle sobre práticas e produção de subjetividades

Como já pudemos analisar, no ano de 2003 foram disparados múltiplos movimentos transformadores, tanto para o SUAS quanto para o SUS. Entre eles, as práticas de atendimento nos serviços entravam em foco, reclamando atenção para os fundamentos teóricos, metodológicos, técnico-políticos e éticos que lhes davam embasamento. Nesse período, assim como para o SUS, no SUAS incluíam-se as práticas de gestão como eixo delimitador e imprescindível à qualidade da prestação de serviços (FERREIRA; 2011, p. 16).

⁴⁰ Conforme pudemos presenciar e acompanhar, durante o Fórum Nacional dos Conselhos Estaduais de Políticas sobre Drogas, reunido em Belo Horizonte nos dias 25 e 26/12/2011, já nesse ano, havia 58 Projetos de Lei tramitando no Congresso Nacional com vistas a mudanças nas leis que tratam do tema drogas. Todos foram apensados ao PL nº 7.663/2010 de autoria do Deputado Osmar Terra, que foi aprovado pelo Câmara dos Deputados em 28/05/2013. Nesse projeto há previsão, não apenas do reconhecimento das comunidades terapêuticas como rede do SISNAD, mas um incremento das medidas repressivas, incluindo outras que facilitam as internações involuntárias de usuários de drogas.

A inexistência de debate sobre recursos humanos tem dificultado também a compreensão acerca do perfil do servidor da assistência social, da constituição e composição das equipes, dos atributos e qualificação necessários às ações de planejamento, formulação, execução, assessoramento, monitoramento e avaliação dos serviços, programas, projetos e benefícios, do sistema de informação e do atendimento ao usuário desta política (BRASIL; 2005a, p. 53)

Fora os aspectos estruturais que viemos mapeando, e que de certa forma ilustram movimentos produtores de subjetividades mais ligados às práticas de gestão das políticas, há ainda nesse trabalho de divisão de competências outras produções, que embora se relacionem diretamente com as práticas de trabalho dentro dos serviços, transborda desse particular para um universo bem mais abrangente.

Segundo fontes do Data SUAS⁴¹, de 2005 a 2010, “a taxa de crescimento da quantidade de trabalhadores no SUAS foi de 9,6% ao ano” (Censo SUAS; 2011). Só na esfera municipal, esse quantitativo chegava a 232.085 trabalhadores no último ano mensurado, indicando um crescimento de 5,2% quando comparado com o ano anterior. Se considerados apenas os dados de monitoramento dos Centros de Referência Especializados da Assistência Social – CREAS, já verificava-se que, do total de profissionais inseridos nesse serviço, assistentes sociais (4.259) tinham a maior participação (23,3%) no quadro de funcionários. Entre os que possuíam nível superior, psicólogos (3.426) eram apontados como a segunda categoria profissional com maior inserção (18,8%) nas unidades de referência especializada do SUAS, seguida dos pedagogos (8%) e dos advogados (6,1%).

De um modo geral, a Assistência Social passava a se apresentar como um campo promissor para a produção de conhecimentos. Considerando o perfil e o quantitativo mínimo de trabalhadores para cada serviço, definidos pela NOB-RH/SUAS, a Assistência Social acenava como laboratório vivo e convidativo à experimentação de novas práticas. A quantidade de postos de trabalho que passavam a ser criados no SUAS permitia a inserção de muitos profissionais, com múltiplas bagagens teóricas, o que faria encontrar num mesmo campo de atuação uma gama de saberes diversificados. Era de se supor que não tardasse para que instituições formadoras, passassem a se ocupar em contribuir nesse processo. Mas, algumas questões relacionadas à aplicação do conhecimento no campo da Assistência Social já acenavam com atenção para as vertentes teórico-metodológicas orientadoras das práticas, e uma, em específico, parecia preocupar: as práticas “psi”.

Centrados muitas vezes em teorias, noções e conceitos que discorrem sobre o sujeito, o indivíduo, sobre a loucura, o desejo, a clínica, os saberes “psi”, carregados pelos psicólogos que passavam a se inserir no Sistema, teriam de conversar na Assistência Social com

⁴¹ Disponível em: < http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/simulacao/layout/teste/miv_novo.php >. Acesso em 23 de março de 2013.

equações teóricas que faziam emergir as contradições do capitalismo e as lutas de classe, os movimentos sociais, a desigualdade social, a pobreza. Muitos dos referenciais teóricos que norteavam essas orientações poderiam não combinar entre si, e, nessas ocasiões, o convívio entre profissionais, o manejo das técnicas e as estratégias de intervenção interdisciplinar poderiam entrar em choque. O que se esperava para o papel dos profissionais que se inseriam na Assistência Social? Se as análises dos aspectos macropolíticos já apontavam para fragmentações, ainda é preciso mapear as nuances e as expressões menos visíveis dessas mudanças tão recentes.

Em vários aspectos, a construção da política de Assistência Social confunde-se com o projeto de construção da categoria do Serviço Social. Nesse contexto, ressalta-se uma confusão que ainda parece ser comum e, que é favorecida pela própria nomenclatura da política. É frequente a associação entre Assistência Social (política pública) e uma assistência social compreendida como exercício da profissão dos e das assistentes sociais. A necessidade de clarificar essa diferenciação, tem sido merecido atenção do Conselho Federal de Serviço Social, sendo objeto de “documentos e manifestos” (CEFESS; 2011, p. 10).

A partir de 2003, atrelado a essa preocupação, no entanto, parecia haver toda uma atenção sobre o fazer dos psicólogos e suas repercussões sobre aquilo que deveriam vir a ser suas práticas no acompanhamento familiar nos CRAS, nos CREAS, e sobre quais vertentes teórico-metodológicas deveriam guiar o trabalho. A preocupação em conjugar o trabalho de psicólogos e assistentes sociais, minimizando possíveis atropelos e confrontos num mesmo serviço, materializava-se em “cartilhas”, uma pelo menos, produzida conjuntamente pelos Conselhos Nacionais de Psicologia e Serviço Social (CFP/CFESS, 2007; CREPOP, 2007).

Na esfera de uma militância fortemente marcada pelo saber das Ciências Sociais e, face ao protagonismo da categoria dos profissionais do Serviço Social, no âmbito do movimento social que circunscreve a história de construção da Assistência Social no Brasil (CEFESS; 2011, p. 10 - 15), psicólogos no SUAS corriam o risco de passar, rapidamente, da condição de colaboradores a suspeitos. As tendências marxistas que passaram a predominar no Serviço Social, a partir dos anos de 1970, com o “Movimento de Reconceituação”, traziam grandes dificuldades de convergência teórico-metodológica com as práticas “psi” (BISNETO; 2011, p. 28 – 38). Parecia haver ocasião para suspeitar que alguns conhecimentos da Psicologia pudessem influenciar práticas não condizentes com os objetivos pretendidos para a Política de Assistência Social, especialmente em face das críticas à “psicologização das relações sociais” e ao “sincretismo científico” (NETTO; 2006, p. 108 - 150).

Compreende-se que isso se deva, pelo menos em parte,

à história do Serviço Social, em que acepções do funcionalismo, da fenomenologia, da psicanálise e da psiquiatria foram utilizados com um cunho psicologista, privatista e individualista nos debates da ‘questão social’ sobre a classe trabalhadora, pela psicologização da vida social, desviando o enfoque da transformação social para a transformação individual como meio de solução de problemas (BISNETO; 2011, p. 53 – 54).

Segundo os documentos que viemos consultando, não restam dúvidas: as placas de sinalização no canteiro de obras da construção do SUAS foram escritas com as penas e a caligrafia do Serviço Social⁴². Mas, se por um lado, em função do próprio histórico da profissão, parece ser comum que a política de Assistência Social seja confundida com a prática profissional de assistentes sociais, por outro, a simples presença de psicólogos nos serviços do SUAS também parece traduzir as confusões comuns que restringem o entendimento da prática de psicólogos à psicoterapia e sua associação com os serviços e com os movimentos sociais no campo da Saúde.

Considerando o campo de inserção dessa pesquisa, cartografar esses movimentos era importante para que pudéssemos ter condições de entender outros movimentos posteriores, já no contexto dos últimos planos de enfrentamento ao crack e outras drogas. Na atenção ao uso prejudicial de drogas, revisar as normativas da Assistência Social nos permitiram, a princípio, mapear dois movimentos importantes para a produção de subjetividades: o primeiro aponta para uma necessidade de manter um certo controle sobre os modos de atuar dos psicólogos no SUAS, afastando o estabelecimento de possíveis rotinas de atendimentos individuais, do tipo consultório. O segundo indica que, como práticas em construção, esses novos fazeres no SUAS deveriam fazer movimentar a concepção daquilo que até então se convencionou chamar de abordagem “psicossocial”.

3.6 - Entre o Psicossocial e o Socioassistencial

Numa perspectiva transdisciplinar, entendemos que o termo psicossocial não carrega na sua construção e utilização uma hierarquia do psi sobre o social. No entanto, nos

⁴² Para entendermos melhor essa questão, durante o trabalho dessa pesquisa, fizemos uma revisão da relação dos autores e autoras citados na bibliografia da PNAS e da NOB/SUAS (BRASIL; 2005, p. 61 – 62 e 171 - 172), analisando seus currículos, junto à Plataforma Lattes. Nessa análise, verifica-se que, desconsiderando o conjunto de documentos citados, mais de 70% da literatura utilizada para fundamentar a PNAS e a NOB/SUAS são de autores ligados ao Serviço Social, o que corrobora as informações já obtidas nos documentos do CFESS a respeito do protagonismo dos profissionais do Serviço Social na construção do SUAS (CEFESS; 2011, p. 10 - 15).

movimentos de construção do SUAS isso não parece ter sido levado em consideração. Ainda que se possa pensar que isso se constituía num falso problema, naquele contexto, a aplicação do “psi”, antecedendo o “social” parecia carregar a primazia do foco do atendimento sobre a interioridade, o que poderia tender a responsabilizar pessoas e famílias atendidas pela realidade social a que estavam expostas. Como disposto na PNAS, era preciso construir uma visão para Assistência Social que permitisse um entendimento das transformações sociais distanciando-as de uma associação dessas transformações com a transformação dos indivíduos (BRASI; 2005a, p. 15)

De fato, a aplicação de uma abordagem teórica, que se utilizasse da inflexão do conhecimento em Psicologia para vasculhar “profundezas da alma” (psique), poderia abrir margem para a patologização dos problemas sociais, retirando de sua expressão os aspectos políticos. Simultaneamente, chamar de “abordagem psicossocial” uma *práxis* pretendida nos serviços da Assistência Social poderia confundi-los com os serviços ofertados nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS da Saúde Mental. Diante disso, mais uma vez, o Conselho Federal de Psicologia, se esforçava em produzir orientações aos profissionais.

No caso do profissional psicólogo, não é incomum que se confunda abordagem psicossocial com psicoterapia. A abordagem psicossocial, sem dúvida, pode e deve ter efeitos terapêuticos, mas ela se distingue da psicoterapia pela forma de intervenção e pelos objetivos. A psicoterapia tem o seu lugar na atenção à saúde, mais especificamente, nos serviços de saúde mental. Nem todas as crianças e nem todos os adolescentes que passam pelos serviços da assistência social têm demanda para a psicoterapia, e o psicólogo do CREAS deve avaliar adequadamente cada situação, indicando a psicoterapia quando necessário (CFP; 2009, p. 50).

Se nessa preocupação em construir um fazer observa-se a intenção em produzir uma diferenciação entre Assistência Social e a Saúde Mental, sobravam ainda outras questões em aberto. Onde terminava a Saúde e onde começava a Assistência Social? Tanto na área da atenção ao uso prejudicial de drogas, quanto para além dela, era possível separar os problemas vividos pelas pessoas e pelas famílias que acessavam os serviços e/ou eram acessadas por eles? Como se separavam, na prática, as competências dos serviços do SUS e do SUAS?

Entre outros debates simultâneos, acerca do deveria ser compreendido como conceitos de “atenção”, “atendimento”, “encaminhamento”, “acompanhamento” (CFP; 2009, p. 51 - 52) nos serviços da Assistência Social, o qualificativo do termo “psicossocial”, que inicialmente acompanhava essas terminologias, ia transmutando-se, permitindo cunhar o “socioassistencial”, termo que passaria ser empregado, não só para definir o tipo de abordagem e identificar os serviços do SUAS. A partir do ano de 2005, o termo

“socioassistencial” passaria a se referir, sobretudo, a novos tipos direitos a serem assegurados pelo ordenamento jurídico brasileiro. Entre os direitos sociais à saúde, à educação, à habitação, etc, a Assistência Social fazia emergir os “direitos socioassistenciais”, compreendidos como uma “proteção social não contributiva”⁴³ (BRASIL; 2005c).

A construção de uma normatização para o socioassistencial, associada às discussões em torno da necessidade de controle dos efeitos da “psicologização” sobre os modos de pensar a intervenção da Assistência Social no social, viria a se materializar de forma definitiva no ano de 2009 com a “Tipificação dos Serviços Sociassistenciais”, aprovada pela Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social CNAS nº109, de 11/11/2009 (BRASIL; 2009b).

A discussão desse tema no período de 2003 a 2009 parecia ser importante, no entanto, revisando o texto da Tipificação dos Serviços Socioassistenciais, verificamos duas curiosidades sobre esse assunto. Uma se revela por uma recomendação contra o caráter terapêutico das ações no “Serviço de Atendimento Integral à Família” – PAIF (BRASIL; 2009b, p. 5). Considerando as críticas sobre a psicologização das relações sociais, poderíamos entender que uma recomendação desse tipo pudesse ser válida para todos os serviços do SUAS, mas, curiosamente, ela só aparece na descrição do PAIF. A outra curiosidade diz respeito a que a expressão “atendimento psicossocial” não foi totalmente suprimida do léxico do SUAS. Ela irá aparecer uma única vez: na descrição do “trabalho social essencial ao Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI” (BRASIL; 2009b, p. 19).

Como texto básico para consulta das equipes nos serviços da Assistência Social, não seria persecutório aos profissionais da Psicologia interpretar que o “lembrete” normativo do PAIF estivesse ali, estrategicamente, dirigido a eles, especialmente àqueles, cuja formação se distanciasse dos aprofundamentos em Psicologia Social e, cujas práticas se concentrassem em torno da clínica. Na nossa leitura, esse grifo reflete uma confusão provocada pela associação entre terapia e atendimento individual. Atender a indivíduos no CRAS parecia afastar o Serviço de Atendimento Integral à Família, assim como os outros serviços da proteção social básica do seu foco sobre as famílias e coletivos (BRASIL; 2009b, p. 5 – 6).

⁴³ Em termos de produção de subjetividades, a adoção da expressão “proteção social não contributiva” abre margens para muitas controvérsias, uma vez que não se pode supor que exista algum cidadão brasileiro que não seja, em alguma medida, um contribuinte da proteção social estatal. Independente das condições econômicas de cada um, na aquisição de bens e serviços, pelos quais os cidadãos pagam diariamente, há uma carga de impostos que acabam destinados à manutenção da proteção social ofertada pelo Estado. A expressão nesse caso, parece referir-se especificamente ao direito a benefícios socioassistenciais que os indivíduos e famílias sem condições de contribuir para a Previdência Social passam a ter, conforme dispõe o Artigo 204 da Constituição. De toda forma, a expressão parece carregar e reproduzir a concepção de que cidadãos pobres e miseráveis não são contribuintes, o que só reforça a carga de preconceitos sobre essas parcelas da população.

Para a exceção que suportou, no texto da Tipificação, a inserção do “atendimento psicossocial” no PAEFI, e apenas nesse serviço, temos duas hipóteses: uma é que possa ter ocorrido um lapso na revisão do texto do documento. Quando comparamos as situações a serem acompanhadas pelo CREAS, as descrições do trabalho social essencial ao PAEFI, com aquilo que seria essencial a outros serviços da proteção social especial, não encontramos muitas diferenças no elenco de procedimentos e atividades a serem desenvolvidas num ou noutro serviço. Ou seja, ainda que as atividades de um e outro serviço devam ser diferenciadas, não encontramos fundamentos que justifiquem uma abordagem teórico-metodológica diferenciada para o PAEFI.

A segunda hipótese se pauta no público a ser atendido. Pode ter havido um entendimento de que somente onde problemas individuais também passam merecer atenção, fosse admitido um atendimento psicossocial. Segundo a Tipificação, o público a ser inserido no PAEFI se constitui por famílias e indivíduos que vivenciam violações de direitos por ocorrência de:

- Violência física, psicológica e negligência;
- Violência sexual: abuso e/ou exploração sexual;
- Afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida socioeducativa ou medida de proteção;
- Tráfico de pessoas;
- Situação de rua e mendicância;
- Abandono;
- Vivência de trabalho infantil;
- Discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia;
- Outras formas de violação de direitos decorrentes de discriminações/submissões a situações que provocam danos e agravos a sua condição de vida e os impedem de usufruir autonomia e bem estar;
- Descumprimento de condicionalidades do PBF e do PETI em decorrência de violação de direitos (BRASIL; 2009b, p. 18).

De toda forma, tudo isso é algo bastante confuso nas normativas do SUAS e essa noção do que seja o “psicossocial”, ou do que seja “terapêutico”, aparece nos textos como algo subentendido e, como na fissura dos usuários de drogas, precisa ser interrogada a cada vez. Se no PAIF não se admite um caráter terapêutico, no PAEFI ou em outros serviços específicos da proteção social especial ele pode ser admitido? Se era preciso produzir uma ruptura, que desse um outro rosto para a Assistência Social, a própria necessidade de normatizar práticas já demonstra que, na prática, produzir essa cisão de competências com outras políticas não é algo que se possa resolver por meio de uma equação tão simples⁴⁴.

⁴⁴ A título de nota, cabe registrar que esses movimentos de apartação de competências entre políticas, é algo que se espraia, e pode tomar outras proporções, resultando em retrocessos. Fundamentados nessa mesma necessidade de separação, já se pode verificar algumas tendências, como no município do Rio de Janeiro, que forcem um confinamento do vínculo de trabalho de assistentes sociais na Assistência Social. Se tais movimentos ganham lastro, pode-se ter como resultado, por exemplo, a extinção dos setores de serviço social na Saúde. É o que se poderia chamar de processos de produção da assistencialização das políticas sociais.

O destaque observado nesses movimentos e que, de forma pronunciada, aparece na revisão desses documentos é que, de alguma forma parecia ser preciso prevenir dois desvios de rota: um que fizesse a Assistência Social voltar ao assistencialismo e à caridade, o que a impediria de ser reconhecida como direito do cidadão e dever do Estado; outro que fizessem confundir os serviços socioassistenciais com serviços de outras políticas, e aqui, particularmente, com os serviços de Saúde Mental.

Especificamente em relação a esse controle sobre as práticas como estratégia de produzir uma diferenciação da Assistência Social em relação à Saúde, nota-se um movimento crescente que parece atingir seu ápice em 2009. Depois da aprovação da Tipificação dos Serviços Socioassistenciais e da Lei CEBAS (Lei N.º 12.101/2009), que trata da certificação das entidades beneficentes de Assistência Social, esse movimento de demarcação cerrada parece se tornar mais ameno. Em 2010, o Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS ainda se pronunciará sobre a necessidade de separação da Saúde, regulamentando e reorientando práticas de concessão de benefícios eventuais (BRASIL; 2010d). Porém, no ano de 2011, quando o Plano Integrado de enfrentamento ao crack já estava em andamento, o CNAS aprova, por meio da Resolução nº 13, a ampliação do número de categorias profissionais que passam a compor as equipes dos serviços do SUAS (BRASIL; 2011f). Com essa nova Resolução, entre as categorias já previstas na NOB-RH/2006, passam a ser admitidos para os serviços do SUAS, entre outros profissionais, os terapeutas ocupacionais e musicoterapeutas, visando a atender às “requisições específicas dos serviços socioassistenciais” (BRASIL; 2011f). Não há dúvidas de que esses profissionais podem sim contribuir para a qualificação dos serviços do SUAS, mas o que se pode entender como “requisições específicas dos serviços”? Se algum grau de terapia já pode deixar a ceara da Saúde, passando a ser requisitado no trabalho da Assistência Social, ainda resta saber em quais serviços isso se aplica e em que situações.

A pertinência dessas provocações se justifica quando se observa, no âmbito das discussões que envolvem as práticas socioassistenciais, a crítica comum de que oficinas de artesanato, tais como de “fuxico” no CRAS, por exemplo, teriam um caráter terapêutico com nenhuma ou pouca potência de “inclusão produtiva”. Nessa crítica encontra-se, às vezes implícita, às vezes explícita, a defesa de que, ao invés de oferecer terapia ocupacional, haver-se-ia de ofertar cursos de capacitação profissional e outras estratégias de inserção no mercado de trabalho. Discussões semelhantes se observam quando a questão se volta para o trabalho dos profissionais no CREAS: terapia ou não terapia para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual? Se, segundo as normativas, a terapia, quando necessária, deve ser buscada nos serviços da Saúde, qual o lugar das práticas dos musicoterapeutas e dos terapeutas

ocupacionais nos serviços da Assistência Social? Ao analisarmos esses dilemas, notamos que, muito do teor dessas discussões se sustentam num falso problema.

Quando revisamos os documentos orientadores que viemos citando, notamos que existe ali uma lacuna. Faltam nessas normativas alguma pontuação que indique, às equipes técnicas que passam a se inserir nos serviços do SUAS, uma direção para outras discussões que vem se travando em paralelo. Se na construção do SUAS e de suas normativas se verifica uma inspiração dos modelos do SUS, tais como a descentralização político-administrativa, o *locus* no território, etc, parecem não terem sido considerados outros movimentos simultâneos, sejam no âmbito teórico-metodológico orientador de novas práticas em Saúde de modo geral, ou de Saúde Mental em particular.

Se algumas separações de competências entre o SUS e o SUAS são mais facilmente identificáveis, tais como concessão de benefícios eventuais (concessão de auxílio natalidade e auxílio funeral no SUAS; concessão de medicamentos, órteses, próteses, etc, no SUS), em termos de produção de uma orientação para as práticas, nem sempre é possível separar o que é típico de um serviço ou de outro. Até onde ir com essas separações? A construção de um caminho novo, não conduz necessariamente a um lugar diferente. Como alertavam Deleuze e Guattari, as desterritorializações também estão sujeitas à reterritorialização. As linhas de fuga podem ser produzir como auto-abolição. As fissuras produzem inovações, mas também podem produzir redundâncias. Sob o aspecto da produção de novas subjetividades, a prática do cuidado também é útil ao fazer normativo.

Como já dissemos anteriormente, no ano de 2003, enquanto a Assistência Social entrava num período profícuo para sua consolidação, algumas iniciativas inovadoras eram disparadas no SUS. Em função do tópico aqui trabalhado, reservaremos nesse momento um pouco da atenção à Política de Humanização da Atenção e da Gestão – PNH (BARROS & PASSOS, 2005; BRASIL, 2010c:), pois entendemos que elas não destoam das rupturas propostas pelo SUAS e podem nos ajudar a desconstruir algumas confusões em torno dos temores à “psicologização” que já viemos mapeando.

Criada em 2003, a PNH tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Uma tarefa desafiadora, sem dúvida, uma vez que na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho (PASCHE & PASSOS, apud BRASIL, 2010c, p. 6).

A primeira questão conceitual que nos importa sob a ótica da PNH diz respeito a que, a realidade das deficiências no SUS, que caracterizariam uma “desumanização” nos

atendimentos prestados, não poderia mais ser tratada, simplesmente, como erro ou “falhas éticas” individuais, de trabalhadores ou gestores. Ao contrário, deveriam ser compreendidos, muito mais, como um “resultado de condições precárias da organização de processos de trabalho” (PASCHE & PASSOS, apud BRASIL; 2010c, p. 6).

Entendemos que a PNH, assim, provoca uma espécie de estranhamento sobre as formas tradicionais de gestão e atenção na Saúde Pública. A PNH desloca a origem dos problemas e as alternativas de solução. Tanto o problema quanto a solução deixam de focar comportamentos de indivíduos e passam a focar os processos coletivos de produção, afastando-se assim de uma interpretação “psicologizada” da origem dos problemas e de uma intervenção disciplinadora como proposta de solução. Podemos entender, que não só para a Saúde, mas para as políticas públicas em geral, isso aponta para um novo modo de olhar a utilidade das normas como dispositivo moral e corretor de comportamentos dentro dos serviços, assim como interroga sobre os objetivos de determinados cursos de capacitação e treinamentos e modo como são feitos.

A segunda questão, imbricada à primeira, tem a ver com o método de humanizar. Segundo Pasche e Passos, para a PNH, humanizar é incluir, o que significa criar espaços para “protagonismo e co-responsabilidade”⁴⁵ onde a experiência de ser cuidado, não possa separar-se da experiência do cuidar e, onde ambas não possam separar-se da experiência de gerir as políticas públicas (PASCHE & PASSOS, apud BRASIL; 2010c). As práticas de gestão assim não podem ser compreendidas como algo apartado das práticas de cuidado e assistência.

Na realidade, se considera que o saber gerencial não escapou da tendência na ciência que supõe uma relação quase acética entre aqueles que exercem as funções de condução e os executores de tarefas. Uma reiteração da separação entre sujeito do conhecimento e de poder e o objeto a ser conhecido e manipulado (CAMPOS; 2005, p. 60)⁴⁶.

Incluir, nesse caso, significa transversalizar, ultrapassando aquela hierarquização e corporativismo tradicionais que impõem aos responsáveis pela gestão a tarefa de pensar metas e diretrizes, e, aos responsáveis pelo trabalho do cuidado e da assistência junto ao público as tarefas e responsabilidades de executar. A humanização, nesse caso, se realiza pela “produção do comum”, “pela inclusão, nos espaços da gestão, do cuidado e da

⁴⁵ Sobre a inclusão como criação de espaços para o protagonismo devemos guardar atenção para as formas de protagonismo majoritariamente aceitas que excluem outras formas de manifestação política que se dão fora do padrão imposto pelo capitalismo. Já tratamos desse assunto no primeiro capítulo, quando das análises das condições para manifestação política de determinados grupos de usuários de drogas.

⁴⁶ Tradução da citação do espanhol para o português é de nossa responsabilidade.

formação, de sujeitos e coletivos, bem como, dos analisadores (as perturbações) que estas inclusões produzem” (PASCHE & PASSOS, in BRASIL; 2010c, p. 7).

Essa nova maneira de pensar a qualificação dos serviços de saúde, como expressa pela PNH, está fundamentada numa certa compreensão sobre como o conhecimento se produz, onde os estudos da subjetividade e a produção teórica na Psicologia, especialmente ligadas à pesquisa-intervenção, já vinham contribuindo.

Mergulhados na experiência do pesquisar, não havendo nenhuma garantia ou ponto de referência exterior a esse plano, apoiamos a investigação no seu modo de fazer: o *know how* da pesquisa. O ponto de apoio é a experiência entendida como saber-fazer, isto é, um saber que vem, que emerge do fazer. Tal primado da experiência direciona o trabalho da pesquisa do saber-fazer ao fazer-saber, do saber da experiência à experiência do saber. Eis aí o ‘caminho’ metodológico’ (PASSOS e BARROS, in: PASSOS, KASTRUP & ESCÓSSIA; 2009, p. 18).

Se como viemos mapeando, a “psicologização da vida social” passou a ser alvo de críticas na construção do SUAS pois apontava para “transformação individual como meio de solução de problemas, desviando o foco da transformação social” (BISNETO; 2011, p. 53 – 54), entendemos que essa crítica não é nova para a Saúde e já vinha sendo feita desde os revolucionários 1960 (COSTA; 2005, p. 10 - 17). Assim como em outras Ciências Sociais e Humanas, a produção teórica em Psicologia também não passaria incólume, sem ser afetada pelas denúncias e movimentos que se associavam à luta por direitos dos explorados contra autoritarismos e tecnologias de controle social (CASTELO BRANCO, in: PASSETI [Org.]; 2004, p. 37).

Se do Movimento da Reconceituação no Serviço Social pode-se observar repercussões diretas para aquilo que se passou a pretender para o SUAS, muito daquilo que lemos nos textos que tratam das Políticas de Humanização no SUS, devem ser entendidos como reverberações diretas dos movimentos contrários às políticas de assujeitamento, que, no exterior e no Brasil, repercutiram sobre a maneira de pensar a prática clínica na Saúde. Em termos de produção do conhecimento, esses movimentos, desde a década de 1960, também não deixaram de fora as discussões em torno da subjetividade e os limites de certas tendências marxistas para fazer entender e propor transformações sociais.

Embora se possa compreender que existem diferentes tendências políticas e diferentes leituras que se amparam nos escritos de Marx, Guattari asseverava:

Se os marxistas e progressistas de todo tipo não compreenderam a questão da subjetividade porque se entupiram de dogmatismo teórico, já não é isso o que aconteceu com as forças sociais que administram o capitalismo hoje.

Eles entenderam que a produção de subjetividade talvez seja mais importante do que qualquer outro tipo de produção, mais essencial até do que o petróleo e as energias. É o caso do Japão, onde não se tem petróleo, mas se tem – e como! – uma produção de subjetividade. É essa produção que permite à economia japonesa se afirmar no mercado mundial, a ponto de receber a visita de centenas de delegações patronais que pretendem ‘janonizar’ as classes operárias de seus países de origem (GUATTARI, apud GUATTARI & ROLNIK; 2005, p. 34).

Talvez Guattari tenha generalizado com essa espécie de reprimenda e quisesse referir-se ao eco de certas vozes contextualizadas. Da mesma forma entendemos que as críticas à “psicologização”, como as que encontramos em “Capitalismo Monopolista e Serviço Social” do Professor José Paulo Netto (NETTO; 2006), refiram-se a uma certa produção histórica do pensamento ocidental, que repercutiu sobre o curso de produção das Ciências Sociais, da Psicologia e outros saberes “psi” e acabou permitindo o emprego desse tipo de termo. Mas se podemos pensar uma produção de saberes como psicologização, outras leituras podem apontar para uma sociologização⁴⁷.

Retomando, compreendemos então que a proposta na construção do SUAS, que desde o início apontava para um trânsito entre o psicossocial e o socioassistencial, punha a Assistência Social, com suas ações socioeducativas, num movimento de “política de cognição” (KASTRUP; TEDESCO & PASSOS; 2008), tentando produzir, pelo menos entre os trabalhadores da edificação do SUAS, novos modos de pensar, interpretar e intervir na realidade das desigualdades sociais⁴⁸. Mas o método, o dispositivo escolhido para produzir as mudanças pretendidas seriam potentes para alterar o produto (a interpretação da causa dos problemas sociais e a intervenção sobre eles)? A lógica que pré-determina o modo de produção da interpretação e da intervenção, em que medida podia ser alterada?

Exemplificando, diremos que, embora se possa concordar que norma produz seus efeitos, prescrever que no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF não há lugar para terapia, nos parece algo vago e muito pouco potente. Nesse caso diremos, um enfoque terapêutico pode facilmente deixar de focar o indivíduo e ser adotado no trabalho das

⁴⁷ Análises históricas da Psicologia Social Crítica (Farr;1996), podem apontar outras direções para o entendimento dessas questões. Segundo o autor, erros de tradução dos textos de Wundt e de Freud, e a influência dos primeiros psicólogos formados (norte-americanos em sua maioria) deu lastro à produção de uma Psicologia interiorizada associada à individualização. Mas Farr retoma, já na “Völkerpsychologie” (Psicologia dos povos) de Wundt e na “Psicologia das massas e análise do eu” de Freud, os fundamentos (sociológicos) da Psicologia Social moderna. Assim, quando se cartografa a produção histórica de subjetividades, não se pode ignorar os aspectos sociológicos da Psicologia que influenciaram a produção de formas de pensar as transformações sociais. Portanto, embora as análises de Netto sejam absolutamente precisas, é preciso guardar atenção para aquilo que a expressão “psicologização” pode agenciar e, a que Psicologias nos referimos. Entendemos que esse cuidado não é diferente daquele que devemos ter ao nos referimos aos ditos “marxismos”.

⁴⁸ Entendemos que as regulações, as normativas, os manuais de orientação técnica também cumprem uma função socioeducativa produtora de subjetividades, e que esta não se limita às atividades que as equipes técnicas desenvolvem nos territórios junto a indivíduos e famílias.

equipes com grupos de famílias, transformando-se em terapias de grupo. Simultaneamente, diremos que, admitir um atendimento psicossocial no PAEFI, e musicoterapia e ou terapia ocupacional em serviços específicos, porque nesses serviços há lugar para atenção especializada a indivíduos, poderia contradizer o argumento de que as vulnerabilidades das pessoas e famílias, “refletem um sofrimento social historicamente produzido”⁴⁹. Nesse caso a normativa mais confunde que esclarece.

Portanto, entendemos que, assim como para a clínica na Saúde, nas práticas de atendimento nos CRAS e CREAS “o problema político enfrentado não diz respeito aos indivíduos numericamente ou espacialmente considerados, mas sim a uma política de individualização que está implicada em um modo específico de subjetivação” (ABREU & COIMBRA, in: MACIEL JÚNIOR; KUPERMANN & TEDESCO [Org.]; 2005, p. 46). Se o problema não se constrói em torno de indivíduos numericamente e espacialmente considerados, o modo de subjetivar estaria sendo alterado devido a um empenho dos construtores do SUAS em produzir uma noção de socioassistencial? Isso auxiliaria na desconstrução de políticas de individualização? Quais referências estariam sendo utilizadas para impulsionar e direcionar esses movimentos?

3.7 - Entre nomadismos e micro-diásporas: as referências

Territórios de referência, equipes de referência, centros de referência, famílias referenciadas, contra-referência, são termos que pululam no vocabulário atual que versa sobre as políticas públicas. Essa profusão de referências parecem reafirmar, antes de qualquer coisa, a realidade de um trânsito, um movimento, que indica a existência de fluxos e uma certa necessidade de orientação espaço-temporal. Mas para quem?

Compreendemos que tantas interrogações, como as que viemos mapeando e construindo até aqui, expressam alterações de consciência provocadas por um movimento, pelo trânsito entre diferentes fazeres, quando o próprio fazer é empurrado para fora das zonas de conforto e experimentado como substância entorpecente capaz de produzir intoxicações desorientadoras. Mas, se o embriagar-se por recreação pode produzir um fazer vagabundo e um nomadismo criativo, o drogar-se por prescrição também pode produzir micro-diásporas e deriva. Uma coisa é quando as referências são usadas para transitar e, nesse trânsito, são capazes de produzir novos olhares sobre o território. Outra coisa é quando referências apontam para uma terra prometida. Nesse caso, o trânsito pode passar a ser vivido e sentido

⁴⁹ Os profissionais do Serviço Social que se utilizam de categorias de análise de base marxista, poderiam optar aqui por uma redação do tipo: “refletem as sequelas da questão social”.

como êxodo e o próprio caminho passa a ser produzido como exílio. Diferente da experiência do nômade que pode sentir-se estrangeiro na própria morada é a experiência da micro-diáspora que traz a ansiedade como resultado da convicção de se estar sempre habitando um território alheio. Vejamos para o que isso aponta.

Em primeiro lugar, é importante considerar que o SUAS se consolida, em grande medida, pela expansão dos serviços e a oferta de benefícios socioassistenciais. A característica principal dos serviços (e sua diferença em relação aos projetos e programas) diz respeito à sua oferta contínua. Ou seja, sempre que o cidadão tiver uma necessidade de proteção de assistência social haverá um serviço para atendê-lo. Isso produz para o cidadão um sentimento de segurança a partir do qual ele pode afirmar ‘se eu precisar, sei que posso contar!’ Essa certeza é a primeira ideia que devemos fixar quando queremos construir referência. A ideia de referência também nos leva a considerar outra dimensão: a direção para onde ela sinaliza. Quando usamos a ideia de referência como um “norte”, como um “rumo”, estamos de certo modo nos referindo ao ponto onde estamos e onde queremos chegar. Por isso, a ideia de referência também diz respeito à indicação de um ponto de chegada, à satisfação de uma expectativa. Podemos nos apropriar desses elementos transportando para a ideia de referência um sentido que nos permite aproximar, ou até mesmo satisfazer, necessidades sociais (FERREIRA; 2011, p. 27 - 28).

Poder-se-ia concordar na íntegra com os comentários de Ferreira se isso não nos trouxesse alguns problemas. **O primeiro** deles se refere à uma suposição de que a continuidade na oferta de um serviço produz uma aproximação ou satisfação das necessidades sociais. Resultados de pesquisa com população em situação de rua no Brasil, apontam que a maioria (46,5%) das pessoas que se encontram nessa situação preferem dormir na rua a se utilizarem dos albergues existentes (BRASIL, 2009a, p.91). Outros estudos, na França com o mesmo tipo de população, também tendem a contradizer essa suposição (PAUGAM, in SAWAIA [Org.], 2002, p. 67 - 86).

Se de um lado, os indivíduos que se tornaram moradores de rua recentemente manifestam a sua necessidade de integração social e procuram junto aos assistentes sociais saídas para os seus problemas, por outro lado os indivíduos que estão na rua há mais de três anos tendem a desconfiar das instituições sociais (PAUGAM, in SAWAIA [Org.]; 2002, p. 79).

Se as conclusões de Paugam estão corretas, os dados no Brasil apontam para um quadro inquietante para construção de vínculos entre a população e as referências que se criam. Entre os entrevistados na pesquisa com população em situação de rua, nas vinte e sete capitais brasileiras, praticamente a metade (48,4%) já vivia nessa situação há mais de dois anos (BRASIL, 2009a, p. 88). Se juntarmos a esse dado, o fato de que 46,5% dos entrevistados já preferem dormir na rua, podemos hipotetizar que, praticamente metade dessa população já olha para as referências dos serviços existentes com muitas reservas.

De uma forma muito resumida, diríamos que as conclusões desses estudos trazem indicativos de que os níveis de confiança e/ou desconfiança da população nos serviços assistenciais passa pelo sentimento da população de estar ou não preparada para viver a situação de exposição a circunstâncias desfavoráveis; pela expectativa inicial dessa população em relação ao tempo que permanecerão nessas situações; pela relação entre as fantasias iniciais sobre aquilo que o serviço pode oferecer e o conhecimento da realidade desses serviços, dos seus modos de funcionar e do papel dos agente sociais.

Quando se trata de pensar estabilidade associada à produção de seguranças, chama a atenção nos estudos de Paugam, as observações do autor sobre a confiança/desconfiança da população em situação de rua em relação à polícia. Nessas análises, não poderíamos negligenciar os resultados da estabilidade da produção de uniformes e coturnos. Pensar instituições sociais como referências estáveis, nos remete a pensar inclusive como a instituição família tem sido abordada nessas discussões.

Por ser compreendida como núcleo primário de proteção social, a família passou a ser foco das atenção integral no SUAS. Segundo a normativa, entende-se que a família deva ser amparada e protegida pelo Estado, por meio de serviços e benefícios, exatamente para que ela possa ter as condições necessárias para cumprir sua função social (BRASIL; 2005a, p. 40 – 43). Se é a função de proteger que está questão, as mesmas análises que explicam a fragilização e o rompimento de vínculos entre membros de uma família precisam ajudar a entender como se estabelecem, como se esgarçam e como se rompem os vínculos da população com os serviços público-estatais. Ou o Estado pretende intervir sobre os vínculos familiares e comunitários sem pensar a própria capacidade de estabelecer vínculos com a população assistida?

Na nossa leitura, as forças que administram o capitalismo e que atravessam as famílias, atravessam também o Estado, e se, em lugar da proteção social é possível encontrar, no seio da vida familiar, situações que apontam para violência doméstica, abusos, negligências e outras violações direitos, o que nos faria pensar que elas não estariam sujeitas a ocorrer nos serviços público-estatais, que pretendem se produzir como referências?

Como se pode verificar junto à bibliografia, a fragilidade e/ou ausência de vínculos sociais tem sido usado como fundamento para emergência de noções como “precariedade, vulnerabilidade, desfiliação social” (BRASIL; 2005a; CASTEL, 1994, p. 98). Nas situações de dificuldades, como as de inserção na vida profissional, “não poder ser ajudado pelos membros da família, constitui uma privação de uma das formas mais elementares de solidariedade” (PAUGAM, in SAWAIA [Org.]; 2002, p. 77). Segundo os estudos com população em situação de rua, a grande maioria, 95% dos entrevistados na pesquisa, possui

referências familiares, mas 27,1% referem não manter contatos com seus parentes (BRASIL; 2009a, p. 92 - 93). Por isso, embora se possa concordar com a ideia de que a estabilidade produz referência, não parece ser possível toma-la como suficiente para explicar a produção de relações e de vínculos. Diante das políticas de precarização, não ficam os serviços público-estatais tão expostos e fragilizados quanto as próprias famílias e os territórios onde esses serviços estão instalados? Se é a proteção social que está sob análise, a mesma explicação que promove o entendimento sobre a fragilização e o rompimento de vínculos familiares deverá dar conta de explicar a fragilização e os vínculos da população com os serviços. Nesse sentido, parece ser preciso interrogar a cada vez a fissura normativa e, estranhando suas prescrições, analisar onde ela auxilia na reprodução desse processo de precarização. Nesse quesito, chama a atenção as condições que passam a ser impostas à população assistida.

Diante das condições para a concessão dos benefícios socioassistenciais (CUNHA, in BRASIL; 2009c, p. 331 – 362) e, supondo que a rede de serviços esteja disponível e acessível nos territórios, é de se questionar o quanto adolescentes, jovens e suas famílias confiam na qualidade do ensino e da saúde ofertadas pelo Estado. Ainda que consideremos que grande parte de jovens tenha de deixar a escola prematuramente para ingressar no mercado trabalho, é no mínimo curioso pensar a necessidade de se impor condições de frequência escolar e de agendas específicas na Saúde, para a concessão do benefício do Programa Bolsa Família. Se a confiança da população de que a rotina de frequência à escola e aos serviços de Saúde pudessem interferir positivamente em suas vidas, talvez nem houvesse a necessidade de impor condicionalidades para a manutenção da concessão do benefício.

Ao pensarmos nas referências criadas pelos serviços do SUAS, não se pode esquecer que, conforme as normativas, uma das prioridades desses serviços é fazer o acompanhamento das famílias em descumprimento dessas condicionalidades (BRASIL, 2009b; MAGALHÃES, in BRASIL, 2009c, p. 401 - 423). Ou seja, ao pensarmos a estabilidade dos serviços socioassistenciais como produtora de seguranças, não se pode deixar de pensar nas possibilidades do cidadão em estabelecer vínculos com instituições, com serviços público-estatais e equipes de referência que passam a ser criadas com uma função policialesca de fiscalizar comportamentos e rotinas de vida.

Como não estranhar um serviço que se propõe a ser de convivência e fortalecimento de vínculos, onde se lê: “no caso de crianças e adolescentes retiradas do trabalho infantil o serviço socioeducativo é, obrigatoriamente, de 3 (três) horas diárias e constitui condicionalidade para a transferência de renda às famílias” (BRASIL; 2009c, p. 14). Se para

crianças retiradas do trabalho infantil, é obrigatório três horas diárias de frequência no serviços socioeducativo, quantas horas seriam necessárias à criança que fosse retirada das atividades do tráfico de drogas? Considerando os trajetos e as distâncias a serem percorridas entre as casas das famílias beneficiárias, as escolas e o locais dos serviços de convivência onde as crianças devem responder as chamadas diárias, o que se pretende com esse tipo de imposição normativa? Um coisa parece certa: muitas famílias serão punidas, tendo seus benefícios suspensos⁵⁰ e talvez tenham ainda de responder por negligência perante Juizados da infância; as equipes dos CRAS serão responsabilizadas e desqualificadas por não terem cumprido prescrições que, já de início, era impossível realizar; e, os planejadores dessas metas economizarão no orçamento sem nenhuma culpa. Não seria o mesmo que exigir que usuários de drogas, para receber assistência e cuidado, fiquem em abstinência?

Assim como a simples existência da instituição família não é suficiente para que todos os seus membros mantenham relações estáveis, a estabilidade na oferta de serviços e benefícios também não pode ser compreendida como produtora de certezas de que os direitos sociais serão garantidos. Ao contrário, quando os sistemas de vigilância informatizados e as práticas de trabalho nos serviços centralizam o seu foco sobre o comportamento dos indivíduos e famílias em vez de focarem a vigilância socioassistencial sobre as ocasiões e as circunstâncias em que se dão as violações de direitos, o que deveria ser sentido como segurança pode facilmente se transformar em sentimento de perseguição. Afinal, o que as equipes de referência podem entender por práticas de trabalho socioassistencial?

Nada diferente daquilo que está disposto na PNH para a Saúde, o trabalho socioassistencial nos serviços do SUAS deveria fazer transitar as atenções sobre os comportamentos de indivíduos e grupos, passando a focar e intervir sobre os processos de precarização que fragilizam a produção da proteção social. Para aumentar a potência do direito, a intervenção deveria então incidir, tanto sobre o fortalecimento das relações familiares e comunitárias quanto sobre as relações que se dão entre a população e os serviços. No entanto, se na prática, a própria normativa deixa explícita que o foco da atenções do Estado se voltam exatamente para o controle dos comportamentos individuais e não sobre os processos de precarização, a mesma prática que, em tese, deveria desconstruir a psychologização nos processos de produção, também é aquela que visará sua implementação.

Uma coisa é pensar como uma função de proteção social se estabiliza como expressão de um direito por estar incluído no ordenamento jurídico, outra é pensar como essas referências se estabilizam enquanto práticas de reivindicação e de exercício desse direito. Uma coisa é usar o ordenamento jurídico e os aparelhos de Estado contra um indivíduo e/ou família

⁵⁰ Informações sobre quantidades de suspensões dos benefícios, podem ser encontradas em MAGALHÃES, in BRASIL, 2009c.

quando esses são apontados e responsabilizados pelas violações verificadas, outra, é usar esse mesmo ordenamento e as referências dos serviços público-estatais contra o próprio Estado quando é ele o violador. Isso nos remete a pensar um contexto de precarização onde a proteção social estatal pode ser produzida com a finalidade estratégica e prioritária de proteger o próprio Estado. Se nesses movimentos pode-se observar a intenção de produzir diferentes fazeres entre a Assistência Social e a Saúde, parece haver carência de atenção sobre onde os fazeres iguais podem se potencializar mutuamente.

3.8 - Síndrome de Gabriela versus metamorfose ambulante

As referências recém criadas tem como bússola a produção do comum? Essa pergunta é importante porque as próprias ideias de estabilidade e a segurança, nas quais a noção de referência se ancora, oferecem seus perigos. Em termos de construção de referências, merecem atenção, tanto as condições sociais em que as estabilizações ocorrem, quanto os idiomas nas placas de sinalização, onde elas estão fincadas, a quem elas se dirigem, os sentidos que produzem.

Como já havíamos mencionado, a lógica que administra o capitalismo compreendeu bem a importância do controle sobre a produção de subjetividades (GUATTARI, apud GUATTARI & ROLNIK; 2005, p. 34), e por isso mesmo, ela está sempre ameaçando as ideias, noções e os conceitos com o confinamento, com a naturalização. Se a psicologização da vida social pode se produzir em algum momento, passando a desviar o foco das transformações sociais, deslocando-as da coletividade para as pessoas individualmente, entende-se que isso se deva a que os conceitos e noções atreladas aos saberes psi passaram por um processo de naturalização. Sobre isso, não podemos nos furtar à lembrança de que as ideias de estabilidade e segurança estão diretamente atreladas à psicologização da vida social que tanto se critica. Isso para não dizer que essa está condicionada à produção daquelas.

Ter uma identidade, ter referências para identificação, por exemplo, parecem ser ideias que vieram sendo construídas junto de ideias de estabilidade como sendo algo natural e, em sendo compreendidas como natural, passam a ser valorizadas como algo bom e necessário. Será bem assim? Vejamos o que nos trazem algumas análises.

Das contribuições das análises de Foucault, Castelo Branco⁵¹, por exemplo, nos rememora sobre o “processo de normalização que decanta o indivíduo sob a forma de prisão interior”

⁵¹ Apesar da nossa citação a esse autor, recomendamos a leitura de todos os outros autores e textos organizados por Edson Passetti e que compreendem o livro “**KafKa – Foucault sem medos**”.

(Castelo Branco, in PASSETTI. [ORG]; 2004, p. 33 - 44). A ideia de estabilidade foi a condição para a invenção que se convencionou chamar de identidade. Nada tão alienante.

Quando eu vim para esse mundo,
Eu não atinava em nada
Hoje eu sou Gabriela
Gabriela, iê... Meus camarada!

Eu nasci assim, eu cresci assim,
E sou mesmo assim, vou ser sempre assim:
Gabriela, sempre Gabriela!
Quem me batizou, quem me nomeou,
Pouco me importou, é assim que eu sou
Gabriela, sempre Gabriela!

Eu sou sempre igual não desejo o mal
Amo o natural, etc e tal.
Gabriela, sempre Gabriela! (CAYMMI, 1975).

Quem são os “meus camarada” com quem Gabriela dialoga? De uma forma nada psicologizada, Dorival Caymmi nos oferece uma ótima pista sobre como o tema da alienação vinha sendo travado no contexto do Brasil da década de 1970 e onde as ideias e noções de estabilidade e identidade passavam a ser alvo de crítica. Para aqueles que se interessam em entender, por exemplo, como a ideia de metamorfose passava ser experimentada como dispositivo para uma “sociedade alternativa”, vale acompanhar os “movimentos instituintes”, onde a concepção de identidade passa a transitar em direção à concepção de singularidade. A Professora Cecília Coimbra em sua “uma viagem pelas práticas psi no Brasil do ‘Milagre’” traz dessa época algumas boas anotações (COIMBRA; 1995).

A resistência no início da década de 70, no Brasil, navega por esses dois fenômenos: a luta armada contra a ditadura e os movimentos de contracultura. Todavia, para a sociedade brasileira em geral há um desinteresse pelas diferentes formas de participação e questionamento social. Diferente da década anterior – na qual os movimentos sociais com participação massiva colocaram em evidência o instituinte – o início dos anos 70, no Brasil e em todo o mundo, mostra um refluxo dos temas antes tão inflamadamente debatidos (COIMBRA; 1995, p. 18)

Se viajamos com essas análises históricas, fica mais fácil entender como o nome de Raul Seixas veio a ser escolhido para batizar o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS-AD, implantado, em 2004, na cidade do Rio de Janeiro. Esse fato também é uma pegada que nos põe no rastro dos movimentos da Saúde Mental, e nos conectam às discussões teóricas que envolvem a ruptura com determinadas referências conceituais. Se a prisão interior

descrita por Castelo Branco se associava à alienação política na década de 1970, as noções de estabilidade e segurança como sendo algo bom e natural, passaram a ser altamente suspeitas (VAZ, in: CALOMENI [Org.]; 2004, p.101-131; FOUCAULT, 2008).

No âmbito dos movimentos sociais pela Reforma Psiquiátrica o tema da alienação política, inevitavelmente associava-se à abordagem do tema da loucura (BISNETO; 2011, p. 32). Diante das perdas humanas da década de 1960 e com a “reinserção na luta política legal” (ARAÚJO; 2000, p. 98) contra a ditadura militar, para as críticas à alienação no Brasil da década de 1970, e, para a militância envolvida na Reforma Psiquiátrica, uma “metamorfose ambulante” parecia expressar bem a estratégia de enfrentamento contra uma “epidemia de gabriela”. Para os camaradas revolucionários, parecia ser preciso romper com, “aquela velha opinião formada sobre tudo”, inclusive sobre os modos de pensar, pesquisar-intervir.

Ao escolher metamorfose ao invés de mudança, queremos enfatizando o devir, devir outro que não deixa subsistir nada de dualidade e que abre à experimentação de outros modos de existência. Estes processos, estes devires, operam em multiplicidades concretas, eles insistem em seu nomadismo, em sua polifonia. É por isso que escolhemos metamorfose: não pelo que é, mas pelo que escapa, pelo que escorre (BARROS, 2007, p. 234).

Fosse por meio da influência de pensadores como Foucault e/ou de contribuições de escritores como Kafka, seria preciso deixar de amar o “natural” (como algo bom que não deseja o mal), superando o estável (o instituído) para dar passagem ao instituinte. Era preciso fissurar, criando fendas no alisamento do *sócius*, onde progresso e ascensão econômica das famílias tornavam-se sinônimos de um “pra frente Brasil, salve a seleção”⁵². Daí as diferenças entre devir e porvir e, entre nomadismo e diáspora. Para que os próprios movimentos revolucionários deixassem de ser e existir como aquela “Gabriela”⁵³, a quem Caymmi dedicou ironicamente sua modinha, era preciso desconstruir referências, desestabilizar noções e conceitos. Desnaturalizar, significava se importar com “quem me batizou, quem me nomeou”. Ficava visível que os autoritarismos não se encarnam apenas nos governantes.

⁵² Referimo-nos aqui a dubiedade da letra do hino composto por Miguel Gustavo para a Copa do Mundo de Futebol de 1970, realizada no México. Num contexto de ditadura, o deboche é um dispositivo de expressão da resistência. De que seleção a letra da música realmente fala?

⁵³ As aspas aqui colocadas derivam de que considerarmos pertinente uma demarcação que possa diferenciar a personagem alvo da “Modinha para Gabriela” música de Dorival Caymmi e, conhecidamente cantada por Gal Costa, da “Gabriela, cravo e canela” do romance de Jorge Amado. Elas nos parecem diametralmente opostas, e essa oposição merece estudos específicos, especialmente quando, nas duas telenovelas da Rede Globo, elas passam a aparecer juntas como sendo uma e mesma Gabriela.

Sonhamos com a revolução como um acontecimento que libertaria a humanidade das opressões, em todos os sentidos. Todavia, ao mesmo tempo em que os inimigos 'de fora' nos vencem, começamos a ser vencidos por nós mesmos. O inimigo também está ao nosso lado e dentro de nós, quando aceitamos e naturalizamos diferentes instituições: a organização, a dureza e a inflexibilidade nossa e de nossos companheiros (COIMBRA; 1995, p. 28).

O que Coimbra parece querer nos chamar atenção é que os autoritarismos também se encarnam nos movimentos revolucionários, especialmente quando as referências que norteiam esses movimentos se enrijecem. Aquilo que se naturalizou chamar de identificação e que remete a referências estáveis, como uma espécie de norte imutável, não funciona para a construção de mapas vivos. Sob esse aspecto, nada poderia ser mais revolucionário que uma crise de identidade.

Por isso, voltando aos comentários de Ferreira à NOB-RH/SUAS, pode-se olhar com certa estranheza a proliferação de referências recém-nascidas. Os centros de referência, os territórios de referência, os serviços de referência não são naturais e não tem nada de estáveis. Talvez eles não possam, nem devam apontar para um lugar de chegada, uma vez que isso só seria possível se houvesse uma rota previamente mapeada. Ainda que pretendam apontar um norte qualquer, seria preciso ainda entender como os ímãs da administração do capitalismo se acoplam às bússolas criadas pelas políticas públicas, perturbando seu funcionamento.

Quando a Assistência Social adquire pretensões de promover seguranças, parece necessário interrogar a cada vez as fissuras, os ímpetos e apetites incontroláveis que nos levam a buscar essas seguranças. Para começar já não poderemos interrogar os modelos de convivência familiar; de convivência comunitária; de acolhida dos quais somos dependentes?

Talvez se possa pensar então as referências como pontes de ligação, cujo norte seja o compromisso com os resultados da passagem, não importando quem trafega nesses fluxos. Passagens de um estado a outro, do antes ao depois, do fragmentado ao integrado. O que importaria, nesse caso, é que, quem transita possa ter a oportunidade de estranhar a si mesmo e ao mundo do outro lado. Quando o norte é apontado pela administração do capitalismo, uma desorientação pode ser muito mais produtiva que a orientação. Para que os direitos sociais venham a ser garantidos, parece ser preciso que muitos mais passem por referências. Nesse caso, não importa se são grupos de famílias pobres e/ ou indivíduos com direitos violados. Não importa se são políticos, se são técnicos e trabalhadores em geral, se são gestores das políticas. Importa se são conceitos e noções.

Nesse aspecto, uma das noções comuns que tem sido postas a transitar é a de risco. A proliferação das referências recém criadas estão diretamente atreladas à concepção mais ou

menos generalizada da concepção de grupos de risco, territórios de risco, risco pessoal, risco social. Essas são expressões muito comuns e que no vocabulário da Assistência Social, por exemplo, são utilizados em abundância. Problematizando essas noções, alguns autores já tem trabalhado sobre essas questões.

Para o conceito de cuidado funcionar como um elo articulando medicina e sociedade, precisamos pensar como os valores sociais e o que se tem por verdade podem determinar os modos como os indivíduos pensam o que são e o que podem ser, estabelecendo nessa distância, entre presente e futuro, o que devem fazer consigo mesmos. A variação histórica do cuidado de si será, então, apreendida nas diferenças com que cada momento histórico define a parte dos indivíduos que precisa ser cuidada, por que eles precisam cuidar de si, como este trabalho de cuidado pode ser realizado e, por fim, o que eles esperam ser se cuidam de si mesmos (VAZ; 2002, p. 124).

Discorrendo acerca da descontinuidade que marcaria a passagem de uma sociedade disciplinar a uma sociedade de controle, Paulo Vaz parte do princípio da “raridade discursiva”, aplicando sobre a própria obra de Foucault uma estratégia foucaultiana. O princípio da raridade discursiva foca seu olhar na constituição social dos objetos do conhecimento, mas atenta ainda aos efeitos de verdade dos enunciados científicos sobre os nossos comportamentos (VAZ; 2004).

Para Foucault, método nada mais era do que estratégia: uma estratégia de guerra. Os enunciados teóricos deveriam ser compreendidos como “caixas de ferramentas”, a serem utilizadas para produzir curto-circuitos, “quebrar sistemas de poder” (FOUCAULT: 1975 / 2006, p. 52). Contextualizar um enunciado teórico, assim, seria entender em que contexto de guerra esse enunciado se produz e o que ele produz. Com essa metodologia, Paulo Vaz se propõe, não só, a estabelecer uma passagem sociedade da norma à sociedade do risco, mas recuperar a atual busca por seguranças, reconduzindo os enunciados teóricos que as sustentam às suas condições de enunciação. Com isso o autor demonstra que as teses de Foucault tinham, sobretudo, uma implicação política.

Se Foucault colocou como condição de possibilidade de seu texto a luta dos prisioneiros, se criticava a aceitação do movimento operário da negatividade de atos ditos ‘delinquentes’ e se mostrava como desejo de normalidade era, de fato, instalado em nós pelo poder, seu livro buscava uma espécie de aliança estratégica entre o movimento operário de contestação ao capitalismo e as lutas libertárias que ocorreram desde o início da década de 60 até meados da década de 70. Não só havia enumeráveis greves; estava também surgindo o feminismo, o movimento dos estudantes, a liberação sexual, a defesa do uso de drogas, a luta contra o racismo, etc. Desse modo, nesses anos, a prisão e outras ‘instituições totais’, como o asilo, começaram a ser questionadas diferentemente (VAZ; 2004).

Podemos ler assim os enunciados teóricos da obra de Foucault como ferramentas, armas de luta capazes de produzir destabilizações nos consensos. Com esses conhecimentos esperava-se construir novas subjetividades refratárias ao poder normalizante. Num contexto revolucionário, esses conhecimentos tinham um alvo: desconstruir as verdades institucionais, com suas pedagogias corretoras e suas promessas de cura e de reabilitação à norma. No entanto, Vaz salienta que, não obstante os esforços para se produzir alternativas às prisões, às internações, essas iniciativas não ocupam mais do que um lugar marginal das práticas e, isso se deveria a uma descontinuidade histórica que caracterizaria a passagem de uma sociedade da norma à sociedade do risco (VAZ; 2004).

Numa sociedade de risco não haveria mais o que normalizar, só haveria de se produzir seguranças para alguns em detrimento da liberdade de outros. Vaz afirma que o conceito de risco, superinflado pelo poder midiático, parece ocupar o lugar da norma na maioria das práticas do cuidado de si. A prevenção ao risco flui do cuidado com a alimentação até às práticas de gestão pública. O convívio com pessoas em situação de rua, com usuários de drogas parece adquirir na atualidade um sentido de temeridade, de risco, tão grande quanto ingerir diariamente uma quantidade elevada de colesterol (VAZ; 2004). São situações que passam a ser evitadas a qualquer custo, apostando num marketing das políticas de segurança, na proliferação do mercado das seguradoras e dos sistemas de vigilância de territórios como medidas de prevenção.

Mas se é o próprio viver implica riscos, concluímos logo que muitos dos inimigos diários dos cidadãos brasileiros, as ameaças sociais, os perigos, são fabricados e produzidos com objetivos de aumentar lucro e não o de reduzir danos ou promover proteção social. São as catracas sociais selecionadoras que permitem que alguns lucrem com os riscos e que muitos fiquem expostos aos danos. Num estágio, onde as próprias conquistas de direitos sociais estão sujeitos a retrocessos, foi a própria administração do capital que descobriu os benefícios dos investimentos em ações de risco. Seguindo esse raciocínio, não haveria lugar para se pensar em prevenção a situações de risco, o que não quer dizer que não se possa prevenir e reduzir danos.

No que se refere ao uso prejudicial de drogas, outros estudos que abordam “o enfraquecimento e a ruptura de vínculos sociais” ilustram como esse fenômeno comparece como “meio de compensação” nos processos de “desqualificação social” (PAUGAM, in SAWAIA [Org.] 2002, p. 76 - 77). Diante de riscos e inseguranças pessoais e sociais inevitáveis, a professora Teresa Carreteiro opta, inclusive, pela expressão “sofrimento social” para referir-se a essas circunstâncias promotoras de “doenças que se produzem como

um projeto”, estratégia política de inserção social (CARRETEIRO, in SAWAIA [Org.] 2002, p. 87-96).

Se notamos nas políticas públicas uma proliferação de referências direcionadas a grupos específicos (aqueles a quem comumente chamamos de usuários), é preciso saber como elas estão sendo construídas para outros que acampam nessas paragens. Para pesquisadores, militantes, gestores, profissionais dos serviços, que transitam ENTRE fazeres, ENTRE saberes, os considerandos das normativas, as referências bibliográficas dos manuais de orientação, costumam ser buscadas com certa frequência, tanto quanto o conteúdo dos textos. Pelo que se pode notar das referências da PNAS, da NOB/SUAS e outras normativas da Assistência Social, parece faltar uma placa de sinalização que permita apontar para essas discussões.

De acordo com Bisneto (2011), durante o Movimento de Reconceituação no Serviço Social no Brasil, e na sua fase seguinte, “não foi dada ênfase ao avanço das pesquisas no campo da Saúde Mental” (BISNETO; 2011, p. 30). Se compreendemos que esse movimento também foi marcante na produção do SUAS, torna-se mais fácil entender porque a Assistência Social ainda trabalha com noções e conceitos que já vem sendo superados, pelo menos em algumas correntes dos saberes psi no campo da Saúde. Segundo Bisneto, teriam sido necessárias, no âmbito do Movimento de Reconceituação, pesquisas mais detalhadas que refinassem as análises, aprofundando as “relações entre dinâmica da sociedade de classes, a loucura e a subjetividade” (Ibidem, p. 30). Embora aqui fosse recomendável mapear o que há de comum entre o Movimento de Reconceituação e a Reforma Psiquiátrica, as explicações de Bisneto apontam para uma hipótese possível, que nos permite um novo olhar sobre os debates que descrevemos, e que remetem à necessidade de uma discussão sobre a produção de normativas na Assistência Social, onde a produção de subjetividades aparenta estar totalmente excluída.

Para aqueles que pensam e se dedicam às práticas nos serviços da Assistência Social poderá ser muito produtivo buscar no próprio movimento das Reformas Sanitária e Psiquiátrica as críticas e as reverberações diretas da (e sobre) a maneira de pensar a prática clínica na Saúde. Como movimento contrário às políticas de assujeitamento, a promoção de Saúde, incluindo a Saúde Mental, também questiona os limites das terapias, buscando ampliar seus territórios. Daí a concepção de “clínica ampliada” que não se reduz a atividades de tratar doenças. De acordo com essa ampliação da concepção de clínica, não seria possível nenhuma saúde sem que a cidadania possa ser exercida. Não há qualquer possibilidade de saúde sem habitação, sem renda, sem educação, sem lazer, sem direito a voz, sem direito à participação.

Segundo Lobosque, “desde o início, o projeto antimanicomial não se reduziu a reformas assistenciais”. Por mais potentes que pudessem ser as reformas no campo da assistência, elas só alcançariam uma dimensão transformadora se articuladas a “uma intervenção na cultura, tendo a recriação das ideias sobre a figura do louco ao mesmo tempo como objetivo e efeito de sua implementação” (LOBOSQUE; 2001, p. 30).

Pensamos que o mesmo se aplica aos movimentos de construção do SUAS. Quando o exercício da cidadania passa a ser compreendido como requisito básico para a promoção de saúde, torna-se imprescindível uma escuta qualificada, uma clínica que permita ver onde e quando essa cidadania só pode ser acessada por meio da produção de uma doença. Quando atestados de pobreza ainda são necessários para acessar benefícios assistenciais e atestados médicos para acessar direitos trabalhistas e previdenciários, parece ser importante compreender como esses constrangimentos forçam a potência de natureza dos corpos a se movimentarem e se produzirem politicamente para passar pelas catracas selecionadoras das avaliações sociais e das perícias. Adoecer é preciso?

Ainda que haja querelas sobre se na Assistência Social há ou não há lugar para terapias, não parece ser possível ao SUAS abster-se da dimensão clínica do atendimento. Onde se construa um lugar para uma escuta qualificada, haverá sempre, na prática, uma clínica. A segurança de acolhida, citada entre as seguranças que a Assistência Social deve promover, não se reduz à oferta estatal de um espaço protegido/vigiado, nem se confunde com aquele acolhimento empático prescrito, que norteia a recepção às famílias e indivíduos que chegam ao serviço pela primeira vez. Parece óbvio que acolher também pressupõe recepcionar bem a população assistida, mas implicado à produção das práticas nos serviços, o acolhimento deverá ser compreendido como resultado de uma experiência de fazer ouvir e fazer ler os processos de produção de desproteção social incluídos em modos de subjetivar.

4 - Capítulo IV – Experimentar, usar e arriscar

4.1 - Percursos da RD no Brasil

Aproveitando o que Canguilhem e seus comentadores nos inspiram, podemos perguntar: não cabe à produção do conhecimento, à ciência, debruçar-se exatamente sobre a criação, sobre a construção do novo? Para as pesquisas dedicadas aos estudos da subjetividade e para aquelas que pretendem contribuir com as políticas públicas, implicadas ou não com as práticas assistenciais, tão ou mais importante que contabilizar mortos pelo uso de drogas será então conhecer aqueles que coabitam e convivem com elas. O que pode ser aprendido com aquilo que na maioria das vezes é considerado desvio de conduta ou anomalia? Primeiramente, vejamos o que nos dizem algumas notícias!

Pessoas com síndrome de Down raramente desenvolvem a maioria dos tipos de câncer, e cientistas dos EUA agora descobriram por uma razão: elas têm cópias extras de um gene que ajuda a impedir os tumores de se autoalimentarem. A descoberta pode levar a novos tratamentos contra o câncer, segundo artigo publicado na quarta-feira na revista Nature (Estadão; 20 de maio de 2009)⁵⁴

Drauzio - Um estudo realizado com as prostitutas do Senegal, identificou um subgrupo de mulheres altamente expostas à infecção que não contraíram a doença. Como se explica isso?

Ésper Kallás - Nesse estudo, foram pesquisados os locais onde há grande disseminação do vírus, por exemplo, o centro africano. A epidemia ali é avassaladora. Para dar uma ideia, de 1995 até 2000, a expectativa de vida da população caiu doze anos. Existem algumas regiões em que mais da metade da população adulta tem o vírus. É uma tragédia epidemiológica. As pessoas não têm acesso ao tratamento e os cuidados com a saúde são precários. Na sequência dos trabalhos, constatou-se que havia alguns grupos nos quais a incidência da infecção era ainda maior. As prostitutas, por exemplo, em determinados lugares, tinham uma atividade sexual tão intensa que seria impossível imaginar que não pegassem o vírus. Na verdade, a esmagadora maioria dessas mulheres estava infectada pelo HIV, mas um pequeno percentual delas não tinha sido contaminado. Seria sorte, já que vinham praticando sexo sem proteção com múltiplos parceiros, todos os dias e durante muitos anos? Não, essas mulheres têm alguma coisa especial. O que é não se sabe. Fato semelhante pode ser observado em certos casais em que um dos membros é soropositivo sem que o outro saiba. Durante muitos anos, eles mantêm relações sexuais sem a precaução necessária e o vírus não é transmitido para parceiro saudável. Alguma coisa deve explicar isso. Talvez seja a constituição genética ou o desenvolvimento de uma resposta imunológica mais eficaz ou, ainda, um vírus menos agressivo e por isso incapaz de transmitir-se facilmente. Quem encontrar a resposta para esses enigmas estará contribuindo para que se descubram uma vacina contra o HIV e a cura da Aids (Blog do Drauzio Varela).⁵⁵

⁵⁴ Disponível em: < <http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,sindrome-de-down-revela-chave-no-combate-ao-cancer,374220,0.htm> > Acesso em 25 de abril de 2013.

⁵⁵ Disponível em: < <http://drauzioarella.com.br/sexualidade/boas-e-mas-notivias-sobre-o-combate-ao-hiv/> > Acesso em 11 de abril de 2013.

Esses dois exemplos nos lembram exatamente as análises de Canguilhem e seus comentadores quando afirmam que a vida “tolera monstruosidades”. Aquilo que se afasta dos tipos específicos, das médias, das probabilidades é, muitas vezes, invenção a caminho de novas formas. “A vida não é mera capacidade de evitar dissabores e se conservar. Ela é capacidade de afrontar riscos, de trinfar.” (Canguilhem, apud Safatle; 2011, p. 24). De forma semelhante, compreendemos que os usuários de drogas que conseguem sobreviver às drogas, aos fuzis, às dívidas com o tráfico, à ausência de serviços públicos, aos preconceitos, também nos provocam a pensar em como contribuir para a produção de um novo conhecimento de como lidar com esses fenômenos.

Ribeiro, Sanchez e Nappo empreenderam um estudo com objetivo de identificar, sob a ótica dos usuários de crack, os riscos aos quais essas pessoas estavam expostas e, compreender as “estratégias desenvolvidas por elas para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga” (RIBEIRO; SANCHEZ & NAPPO; 2010). Segundo essas pesquisadoras, a necessidade de entender as práticas e dinâmicas sociais relacionadas ao uso do crack advinha de evidências apontadas por estudos de *follow-up* anteriores, que mostravam que alguns usuários dessa droga “conseguiram manter-se vivos e ativos por muitos anos, apesar da série de adversidades e riscos” (RIBEIRO; SANCHEZ & NAPPO; 2010, p. 211).

Numa leitura espinosana isso significaria que essas pessoas e esses coletivos não estão ao sabor dos afetos com as drogas, que caracterizaria um “estado de servidão” (ESPINOSA; 2010, p. 263 - 267). A realidade atual e muitas vezes degradante de vida desses grupos, traduziriam apenas o efeito dos afetos entre a resistência, compreendida como potência política desses coletivos de usuários e a potência da dependência de políticas repressivas a que a sociedade está submetida, que acabam por determinar as condições sociais em que esses coletivos podem se formar.

As conclusões da referida pesquisa indicaram que apesar dos outros riscos, como o desenvolvimento de dependência do álcool e maconha, produzindo e partilhando normas de proteção comum, esses usuários desenvolvem estratégias que os ajuda a evitar radicalismos, overdoses, bem ainda a violência do tráfico e da polícia, sendo decisivos para minimizar episódios de morte. A estabilização do número de mortes entre sujeitos que fazem uso do crack há mais de sete anos, comparada à alta incidência de mortes entre aqueles que fazem uso há menos de cinco anos, salientaram para a pesquisa a importância de se melhor conhecer as “estratégias que facilitam a relação do usuário com a questões referentes ao mercado ilícito da venda de drogas”, assim como da “valorização da dinâmica de vida dos

usuários” para o fomento de políticas de assistência mais realistas (RIBEIRO; SANCHEZ & NAPPO; 2010, p. 217).

Que espécie de “imunidade” é essa que se constrói em meio a tantos perigos, contrariando probabilidades? Uma nova compreensão dessa potência exigiria uma aproximação com esses territórios onde vida transmuta. Se concordamos que as ideias e o conhecimento se produzem e agem em nós como uma droga, diremos que, com qualquer pequena dose, poder-se-á iniciar uma experimentação criadora de novas realidades. Diferente da tragédia, é como a vida se recria frente às infidelidades do meio que uma epopeia se produz como história, sempre aberta, repleta de futuro.

Como já mencionamos, enquanto o SUAS ganhava, a partir de 2003, uma outra potência em direção a sua consolidação, encontravam-se também na Saúde, pelo menos duas iniciativas com potencial de transformação das práticas de cuidado. Sobre uma delas, a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009c), já tecemos alguns comentários. A segunda, atrelada à primeira⁵⁶, trata da “Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas” (BRASIL; 2003). Com essa iniciativa estratégica, a Redução de Danos, passa a ser adotada como novo paradigma e modelo de atenção e cuidado a ser dispensado nos serviços de saúde aos usuários de álcool e outras drogas.

Quando se trata de abordar as práticas de cuidado e assistência dirigidas a usuários de drogas, é preciso atentar para distintas conotações que a RD pode se associar. Ocasões propícias a confusões podem surgir conforme o contexto técnico-político em que a RD é evocada, especialmente nos debates que não consideram as recentes mudanças ocorridas nas políticas públicas que transversalizam com o assunto. Percebemos que, mesmo quando aplicada como estratégia clínico-política no âmbito da saúde pública, a RD pode comparecer de forma a estar sujeita a reducionismos que tendem a desqualificá-la. Nessas situações, ela pode ser apontada como ação restrita à distribuição de insumos (seringas, cachimbos, canudos) no campo da atenção aos UDI ou traduzir-se como pura exigência normativa das políticas de Saúde Mental. No pior dos casos, a RD pode ser apontada como movimento irresponsável que incentiva o consumo de drogas.

Se já nos detemos a mapear algumas das trajetórias e movimentos na Assistência Social, resta analisar alguns percursos na Saúde que envolvem a construção da RD no Brasil,

⁵⁶ Quando comparamos marcos teórico-políticos que fundamentam essas duas iniciativas no SUS, verificamos que elas se assemelham. Destacam-se nesse processo de alinhamento teórico-político, a participação de alguns consultores que prestaram serviços ao Ministério da Saúde. Entre outros, nomes como os de Eduardo Passos e Regina Benevides, figuram entre os pesquisadores que fizeram parte dos dois grupos encarregados de contribuir nessas construções.

tentando compreender suas conquistas, obstáculos e as subjetividades que esses movimentos tem produzido, a ponto de fazê-la emergir como novo paradigma. O que é a RD, afinal?

Resumidamente, a RD tem sido descrita como um conjunto de estratégias políticas: ações, programas, serviços, amparados por uma fundamentação ético-política, que marcou e mudou a forma de pensar e implementar saúde pública na área da assistência a usuários de drogas no Brasil (FONSECA, 2005, p. 12). Abordada como modelo orientador do cuidado, a RD aponta para um novo modo de intervir, capaz de produzir saúde, de produzir autocuidado sem impor condições para o atendimento. Ou seja, independente do desejo ou de serem capazes de interromper o uso de drogas, ou não, os cidadãos tem direito à Saúde. Essa forma respeitosa de abordar a questão ajudava a criar vínculos de confiança mais fortalecidos, entre quem assiste e quem é assistido (SOUZA; PASSOS, 2009, p. 100). Portanto, enquanto modelo de intervenção, a RD se constitui como caminho para construção de práticas de assistência, cujo projeto é tramado com os próprios usuários e ex-usuários, incluídos no trabalho de arquitetar metas a serem alcançadas.

No Brasil, a RD teve seu marco histórico situado em 1989, na cidade de Santos, no contexto dos movimentos coletivos de enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS, entre usuários de drogas injetáveis - UDI (FONSECA, 2005; CRUZ, 2007; SOUZA, 2007; DIAS, 2008; PASSOS & SOUZA; 2009). Inicialmente, redutores de danos trabalharam na clandestinidade, auxiliando na produção e divulgação de informações sobre como usar drogas de forma menos danosa. Num contexto de criminalização do uso de determinadas drogas, isso os abrigava a “operar numa via institucional exterior ao aparelho de Estado” (SOUZA, 2007; PASSOS & SOUZA; 2009). Mas, ainda assim, as práticas de RD vieram resgatando sujeitos e fortalecendo movimentos coletivos no protagonismo das intervenções e na construção das políticas públicas.

Programas de RD, direcionados aos UDI foram, em grande parte, instalados no Brasil a partir 1992, por iniciativas do Ministério da Saúde, vindo a integrar outras ações de atenção à epidemia de AIDS (BRASIL, 2003; CRUZ, 2007). O monitoramento dessas novas ações indicava o sucesso estratégico na diminuição progressiva da participação do grupo de UDI entre os novos casos de contaminação pelo vírus HIV. Segundo “Relatório Brasileiro sobre Drogas”, esses resultados, tanto no Brasil quanto no exterior, corroboravam a eficiência das ações e programas, contrariando as preocupações e os argumentos daqueles que se posicionavam contra as práticas de RD (BRASIL; 2009c).

Conforme descrito pelo referido Relatório, entre os anos de 2001 e 2007, os casos de contaminação por HIV entre UDI registrados no Brasil caíram em mais de 50%. No ano de 2001, foram contabilizados 3.100 casos, mas desde que os programas de RD passaram a ser

implementados no país, que a contaminação veio se reduzindo progressivamente, chegando a 1.031 em 2007 (BRASIL; 2009c). Esses dados ganharam visibilidade, forçando novas formas de pensar não apenas a questão do uso das drogas, mas como esse uso insere em um contexto maior das diferentes realidades. As condições de vulnerabilidade social, a precarização e ausência de serviços públicos acessíveis a essa população passaram então a ser compreendidas como determinantes para o estabelecimento dos agravos associados ao uso prejudicial de drogas.

O conhecimento produzido por essas experiências, assim, ajudou a redesenhar o mapa da assistência aos usuários de drogas, vindo a ser, em 2003, problematizado e transposto como novo paradigma orientador de cuidado dirigido a usuários de drogas nos serviços de Saúde Mental (DIAS, 2008; PASSOS & SOUZA, in: TEDESCO & NASCIMENTO [Org.], 2009). No entanto, isso não significava uma mera importação de metodologia e/ou de tecnologia. Fora do contexto focalizado no controle do HIV/AIDS, adotar a RD para o campo do cuidado de usuários de drogas em serviços de Saúde Mental apresentava limites. A importação direta do modelo para serviços com outras características poderia ser ingênua e inoperante, podendo invalidar uma iniciativa de peso (TEDESCO & SOUZA; 2009, p. 142).

Trazer a RD para o âmbito da Saúde Mental exigia uma modulação que recriasse essas práticas, para além do controle da AIDS, dentro de um contexto de desinstitucionalização, que deveria considerar as lutas e conquistas promovidas pela reforma psiquiátrica. Remodular a RD em outro território, diferente de sua terra natal, significava, portanto, recriá-la em outro espaço-tempo. No contexto de 2003, e em âmbito federal, isso era estratégico, pois significava trazer também para a responsabilidade dos gestores da Saúde, uma política que vinha sendo gerida, até aquele momento, exclusivamente, por setores de governo sempre muito mais envolvidos e empenhados na implementação das iniciativas de repressão.

Considerando os êxitos da RD no controle das infecções pelo HIV entre UDI, parecia urgente uma reformatação das políticas de cuidado que estivessem comprometidas e atentas às ações preventivas, protetivas e alinhadas com a defesa de direitos (SOUZA; PASSOS, 2009, p. 107 - 110). Naquele contexto, parecia haver a convicção de que o Ministério da Saúde tinha potência suficiente para uma intervenção dessa monta.

Assim, o Ministério da Saúde passa a adotar a RD como novo modelo, em suas diretrizes para a Saúde Mental e, como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada (BRASIL, 2003). Isso permitia intensificar a criação um único coletivo, com a potência de uma rede de conexões. A RD então deixa de ser apenas uma prática ou um programa dirigido aos UDI e passa a se produzir com um sentido muito

mais contagiante. Toda uma rede de atores que até então trabalhavam separadamente, passam a produzir juntos: afetando-se mutuamente, apostando nas possibilidades de inclusão, na promoção de qualidade de vida, como dispositivos de promoção de saúde mental, mas também na desconstrução do paradigma proibicionista das drogas.

A Associação Brasileira de Redutores de Danos (Aborda) entende redução de danos como movimento social para a busca de um estado de maior bem-estar social para todos, usuários ou não de drogas legais ou ilegais. (...) Dado o enorme prejuízo que a atual perseguição penal das pessoas que usam drogas ilícitas implica para elas e para a sociedade em geral, soa pouco efetivo reduzir as terapias de substituição (ou a redução de danos em geral) a atos de promoção da saúde stricto sensu (...) O melhor efeito que a implantação das TS poderia trazer seria a substituição do discurso e da atitude antidrogas por um novo paradigma de maior inclusão social e tolerância” (ABORDA; 2003).⁵⁷

Conforme já descrito na bibliografia, muitas mudanças se produziram, mas é em direção a essa meta, de mudar uma cultura de guerra às drogas, que a RD se remodela, desvia-se estrategicamente, contorna obstáculos, conforme as circunstâncias que se interpõem no seu curso de produção. Como estratégia política em favor da produção de cuidado, a RD parece ser uma espada que se permite reforjar, recriando-se, segundo a necessidade e as condições de luta que se apresentam. Assim, a RD cursa, flui simultaneamente, como caminho e meta. Considerando os contextos que oportunizam o uso prejudicial de drogas, uma das premissas da RD considera que o conhecimento que orienta a intervenção é sempre parcial, uma vez que diferentes realidades, diferentes territórios, exigem diferentes maneiras de intervir e diferentes objetivos a serem perseguidos. Ou seja, nesse sentido, a RD se constitui, por si mesma, numa multiplicidade.

4.2 - A RD e as direções das políticas sobre drogas no estado do Rio de Janeiro

No intervalo que compreendeu a emergência do trabalho em Santos, em 1989, até sua transposição para a Saúde Mental, em 2003, a RD se viu envolta num processo de produção de políticas públicas, que tinham na participação dos usuários um de seus pontos mais altos. Superando os estereótipos de criminoso e doente, usuários de drogas passaram a se organizar em associações, muitos deles, inclusive, ligados a centros de pesquisa e Universidades. No Rio de Janeiro, por exemplo, surgia em 1999, a Associação Carioca de Redutores de Danos – ACRD, a partir da organização de redutores de danos que atuavam junto ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas da Universidade do Estado do Rio de

⁵⁷ Os parênteses são nossos.

Janeiro - NEPAD / UERJ (PASSOS & SOUZA, in: TEDESCO & NASCIMENTO [Org.], 2009).

Era graças a um saber que brotava do próprio território, ao conhecimento experimentado daqueles que habitavam as ruas, que frequentavam a noite, as bocas de fumo, aliados a pesquisadores e aos profissionais de saúde, que a RD pode sair da ceara estrita do controle da AIDS, alcançando uma outra dimensão capaz de lubrificar e modificar o próprio funcionamento da máquina estatal, historicamente sempre tão dura com os usuários de drogas. Porém, esse movimento crescente não acontecia sem obstáculos.

Em pesquisa realizada por Fonseca, visando uma análise preliminar de programas direcionados a usuários de drogas injetáveis (UDI) no Brasil, pode-se encontrar indicativos de que as maiores barreiras enfrentadas pelas políticas de RD não se restringiram, absolutamente, à execução de programas específicos de prevenção à AIDS. A implementação das políticas de RD parecem estar diretamente associadas às complexas relações estabelecidas com a sociedade civil, com diversos formadores de opinião e com os legisladores (FONSECA; 2005).

Segundo Fonseca,

uma agenda abrangente neste campo deve compreender: o enfrentamento das resistências políticas à implantação e plena operação de políticas e programas de RD; um melhor diálogo e integração com instâncias/instituições que trabalham com o uso de drogas e educação, muitas vezes a partir de filosofias distintas, quando não contrapostas; e uma ampliação das interfaces com outras populações vulneráveis (FONSECA; 2005, p. 96).

Em outras análises, que abordam a execução dos programas de RD no Estado do Rio de Janeiro, no âmbito do processo de descentralização do Programa Nacional – PN-DST/AIDS para estados e municípios, pode-se verificar alguns retrocessos. Analisando os gastos com os projetos, financiados por meio de convênios celebrados entre o Ministério da Saúde e algumas ONGs, no período de 1999 a 2006, Fonseca e colaboradores chamam a atenção para as dificuldades de sustentabilidade das ações (FONSECA et al; 2007).

Para deixar de ser um programa governamental e ganhar status de ação continuada em saúde, era necessário fazer com que a RD pudesse ser financiada segundo o modelo descentralizado do SUS. Com isso, a partir de 2003, os financiamentos diretos dos projetos de parceria do Ministério da Saúde com a instituições da sociedade civil começam a minguar com o novo arranjo institucional (FONSECA et al; 2007, p. 2142). Aparentemente, em termos de gestão de política pública, isso poderia ser entendido como avanço, desde que

os gestores dos estados e municípios mantivessem as ações e os projetos de RD com a devida atenção, o que parece não ter ocorrido.

Os recursos transferidos a esses programas e o número de programas financiados foram se reduzindo consideravelmente, ao longo dos últimos três anos, o que pode se traduzir em um retrocesso nas políticas de prevenção ao HIV/AIDS entre UDI no Estado. Uma hipótese a ser investigada é que a estrutura de veto ou os constrangimentos políticos (à plena operação desses programas) no plano estadual e municipal pode ter sido maior no nível local do que no âmbito do Ministério da Saúde (FONSECA et al; 2007, p. 2142).

Considerando o volume recursos aportados, esses estudos indicam que o ano de 2002 parece ter sido um grande momento da RD no estado do Rio de Janeiro, especialmente em função do investimento na formação de redutores de danos. Segundo Fonseca et al, naquele ano, vinte e dois projetos estavam em execução no estado, financiados diretamente pelo Ministério da Saúde junto a instituições que atuavam com as estratégias de RD. A partir daí, o número de projetos executados no estado passam a se reduzir na proporção em que se aceleram os repasses diretos do Fundo Nacional aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Segundo os autores consultados, uma possível explicação para os obstáculos interpostos à RD no âmbito da esfera estadual, poderia ser atribuída à contrariedade imposta “por grupos religiosos ou lideranças conservadoras refratárias às práticas dos interessados na implementação dessas políticas” (Ibidem, p. 2142).

Tentando melhor compreender as hipóteses levantadas por esses autores, nos propusemos nessa pesquisa a mapear movimentos relacionados ao tema no estado de Rio de Janeiro. A intenção com esse empreendimento era o de também verificar tendências políticas dos quais os atos institucionais (leis, decretos e outros marcos normativos) apresentavam-se como resultado e/ou disparadores de outros movimentos no campo das políticas de atenção ao uso prejudicial de drogas. Em função do nosso campo de inserção, da ausência de documentação sistematizada que facilitasse mapear os movimentos implicados às políticas sobre drogas nesse estado e diante do objetivo desta pesquisa em produzir uma memória sobre esse processo de construção, optamos por inicia-lo no ano de 1980, quando foi criado o Conselho Estadual de Entorpecentes – CONEN/RJ. Como esse produto da pesquisa ficou foi muito extenso, para efeitos de análise nessa parte do texto e, tentando facilitar a leitura, citaremos aqui apenas os mais recentes⁵⁸.

⁵⁸ O produto desse inventário encontra-se na forma de anexo a essa dissertação e todos os documentos revisados foram relacionados junto à bibliografia.

Conforme pudemos verificar no nosso levantamento, no período de 2000 a 2002 foram apresentados na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro – ALERJ dois Projetos de Lei - “PL nº 1.535/2000” e “PL nº 2.835/2002” - que visavam a implementar atividades de Redução de Danos entre UDI no estado (RJ, 2000a; RJ, 2002b): nenhum dos dois foi aprovado. Outro Projeto de Lei – PL nº 3.063/2002 que “autorizava o Poder Executivo a convocar e realizar a primeira conferência estadual de saúde na área do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas no estado do Rio de Janeiro” também não logrou êxito (RJ; 2002c).

Enquanto as propostas que poderiam fortalecer a RD no estado, assim como a que poderia ampliar a discussão na área da saúde, não tiveram apoio político para serem implementadas, a proposta de “apoio financeiro a entidades e organizações não governamentais que atuam na assistência e recuperação de dependentes químicos” era aprovada, conforme disposto pela Lei Estadual nº 3.765, de 07/01/2002 (RJ; 2002d). Esses dados vinham de encontro à confirmação das hipóteses levantadas pelos estudos de Fonseca e colaboradores.

Sob o aspecto da construção das políticas relacionadas às drogas, o estado do Rio de Janeiro parece apresentar alguns movimentos simultâneos, que situam num mesmo berço (tempo e lugar) a emergência de diferentes estratégias políticas, que por vezes são diametralmente opostas na forma de abordar o tema das práticas de assistência.

Confrontando o nosso levantamento com os dados da literatura (PASSOS & SOUZA; 2009), verifica-se também que, se no ano de 1999 surgia a Associação Carioca de Redutores de Danos – ACRD, a partir da atuação de usuários junto ao NEPAD / UERJ, nesse mesmo ano, num andar abaixo, no mesmo prédio no Bairro de São Cristóvão, se organizavam as ações governamentais com outra direção. Com a instalação do Conselho Estadual Antidrogas – CEAD, resultante da criação do Sistema Estadual Antidrogas, instituído por meio do Decreto Estadual nº25.844, de 17/12/1999, o Governo estadual celebrava protocolos com a SENAD para a implantação de programas de combate ao uso indevido de drogas (RJ, 1999b; RJ, 1999d).

Já no ano de 1998, havia sido implantado na cidade do Rio de Janeiro o “Ambulatório do Centro Estadual de Tratamento e Reabilitação de Adictos (Centra-Rio)”, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde – SES (RJ; 2009a). E logo em seguida, o Governo do estado instalava, vinculada ao então Conselho Estadual Antidrogas, a primeira clínica especializada do Programa Clínicas Populares, sediada no bairro de Santa Cruz (RIO DE JANEIRO, 2000e; LIMA & ALARCON, 2004). Pode-se supor que o Governo do Estado tenha adotado o modelo desse programa assistencial, em função dos protocolos celebrados com a SENAD e, amparado pela Lei Estadual nº 2.710, de 14/04/1997, que “autorizava ao Poder Executivo

estadual a criação de centros de recuperação de dependentes químicos no território do estado do Rio de Janeiro” (RJ; 1997h). Segundo a referida lei, esses centros de recuperação, deveriam ser implantados prioritariamente, “nas cidades da Baixada Fluminense e interior do estado com mais de 200.000 habitantes e na Cidade do Rio de Janeiro” (Ibidem; 1997h). Esses centros teriam por finalidade:

I - o tratamento de dependentes químicos visando a libertá-los quando o quadro químico do dependente, ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas, assim o exigirem.

II - o processo de adesão ao programa dos Centros é necessariamente voluntário, podendo o dependente abandoná-lo a qualquer tempo e hora.

III - os candidatos serão submetidos inicialmente a uma avaliação através de psicólogos, terapeutas, assistentes sociais e psiquiatras (Ibidem; 1997h).

Logo no ano seguinte, a execução do Programa Clínicas Populares seria transferida, por meio do Decreto nº 27.088, de 06 de setembro de 2000, da Secretaria de Estado de Justiça para a Secretaria de Estado de Ação Social e Cidadania (RJ; 2000d). E é com esse ato que a gestão das ações estaduais voltadas para a assistência a usuários de drogas passam para a pasta estadual da Assistência Social, ficando aí até os dias atuais.

Embora a lei estadual de 1997 fosse clara em afirmar o aspecto voluntário de adesão de usuários ao programa, não tardaria para que as internações involuntárias e compulsórias passassem a ser demandadas pelo Judiciário ao Programa estadual, com fundamento na Lei Federal nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, ainda em vigor.

Art. 9º As redes dos serviços de saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal contarão, sempre que necessário e possível, com estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes de substâncias a que se refere a presente Lei.

§ 1º Enquanto não se criarem os estabelecimentos referidos neste artigo, serão adaptados, na rede já existente, unidades para aquela finalidade.

§ 2º O Ministério da Previdência e Assistência Social providenciará no sentido de que as normas previstas neste artigo e seu § 1º sejam também observadas pela sua rede de serviços de saúde.

Art. 10. O tratamento sob regime de internação hospitalar será obrigatório quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem.

§ 1º Quando verificada a desnecessidade de internação, o dependente será submetido a tratamento em regime extra-hospitalar, com assistência do serviço social competente.

§ 2º Os estabelecimentos hospitalares e clínicas, oficiais ou particulares, que receberem dependentes para tratamento, encaminharão à repartição competente, até o dia 10 de cada mês, mapa estatístico dos casos atendidos durante o mês anterior, com a indicação do código da doença, segundo a classificação aprovada pela Organização Mundial de Saúde, dispensada a menção do nome do paciente.

Art. 11. Ao dependente que, em razão da prática de qualquer infração penal, for imposta pena privativa de liberdade ou medida de segurança detentiva será dispensado tratamento em ambulatório interno do sistema penitenciário onde estiver cumprindo a sanção respectiva (BRASIL; 1976).

Observe-se que o texto da antiga Lei de tóxicos, além de dispor sobre a obrigatoriedade da internação nos casos específicos, reafirma no parágrafo 2º do artigo 9º a jurisprudência para a manutenção de serviços de saúde na Assistência Social⁵⁹. No caso das Clínicas Populares que passavam a ser criadas em 1999 no estado do Rio de Janeiro, considerando a hierarquia entre as leis federal e estadual, esses dispositivos não poderiam se negar a atender as demandas por internação compulsória, ainda que a lei estadual afirmasse o contrário.

No que se refere à Assistência Social prestada aos usuários de drogas no estado do rio de Janeiro, essa iniciativa também não era uma ação isolada, centralizada na execução do Programa das Clínicas Populares. No mesmo ano de 1999, a Assistência Social no estado iniciava um outro programa – o PAIF (Programa de Atendimento Integral à Família), que descentralizaria a Assistência Social para os municípios por meio de convênios. Entre as linhas de ação financiadas por esse Programa encontravam-se as de prevenção da dependência química, que deveriam, segundo os planos de trabalho dos municípios, serem executadas sob o monitoramento e supervisão das equipes dos NAFs (Núcleos de Atenção à Família)⁶⁰. O “Programa de Reintegração de Dependentes Químicos de Paty do Alferes - PRODEQ”, ainda em atividade nesse município, é um exemplo de serviço municipal implantado com recursos estaduais dessa época (PMPA; 2010).

O ano de 2002, conforme Fonseca et al, foi ponto mais alto do financiamento direto do Ministério da Saúde aos Projetos de RD entre IDI no estado. No entanto, nesse mesmo ano

⁵⁹ O texto do no parágrafo 2º do artigo 9º da antiga Lei de tóxicos deixa ainda mais claro o quanto era comum que a Assistência Social executasse serviços de Saúde. Ou seja, mesmo após a aprovação da Lei nº 10.216/2001 que dispõe sobre internações na área da Saúde Mental, até o ano de 2009, quando foi aprovada a Lei nº 12.101/2009, que dispõe sobre a certificação de entidades de Assistência Social, essas práticas pareciam ser absolutamente normais do ponto de vista jurídico.

⁶⁰ Cabe esclarecer aos leitores que o PAIF atualmente é um serviço da proteção social básica do SUAS. No entanto, antes de ser um serviço nacionalmente tipificado na Assistência Social, ele foi resultado de uma experimentação de descentralização da gestão da Assistência Social no estado do Rio de Janeiro. Com a ascensão, em 2003, de Benedita da Silva ao então Ministério da Assistência Social, a equipe que havia concebido o PAIF no estado do Rio (Nelma de Azeredo, Regina Teixeira, Helena Ferreira Lima, etc) assume a condução da 1ª Secretaria Nacional de Assistência Social, fazendo com que o PAIF passasse a ser replicado em âmbito nacional. Posteriormente, devido ao processo de produção da PNAS e NOB/SUAS-2005, que hierarquizou a proteção social da Assistência Social em básica e especial, o PAIF ganhou outro formato, ganhando o caráter de serviço continuado a ser financiado sistematicamente e ofertado nos CRAS. Essa experiência no estado do Rio de Janeiro é considerada por alguns estudiosos, como uma espécie de “embrião do SUAS” (MORGADO & VASCONCELLOS; 2005). Mesmo após o advento do SUAS, o PAIF, sob a forma de programa, ainda permaneceu em atividade no estado do Rio de Janeiro. Os últimos convênios do PAIF celebrados entre o Governo do estado e os municípios fluminenses datam do ano de 2007, quando nos planos de trabalho de alguns municípios ainda se podiam encontrar ações referentes à dependência química. O PAIF só deixou, definitivamente, de ser um programa nesse estado, quando a SEASDH reorientou o modelo de cofinanciamento dos serviços socioassistenciais, passando para o modelo de repasse fundo a fundo. Muitos dos CRAS hoje existentes nos municípios fluminenses, foram originalmente antigos NAFs.

também se verifica no estado a formalização da criação do Centro de Tratamento em Dependência Química para custodiados do DESIPE (Alameda São Boaventura, nº 773, Niterói) e, Centro de Tratamento em Dependência Química - Recuperando Vidas (Estrada do Caricó nº 111, Rio de Janeiro) no DEGASE, para menores em conflito com a lei e meninos em situação de rua (RJ; 2002a).

A partir de 2003, poder-se-ia esperar para área do cuidado aos usuários de drogas, incluindo os UDI, que, com a implantação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e com a adoção da RD como modelo orientador das práticas de cuidado em Saúde Mental, pudesse haver, a médio e longo prazos, alguma forma compensar a retração dos projetos de RD que gradativamente deixariam de atuar no estado devido às dificuldades de acesso a recursos públicos. No entanto, isso também parece não ter ocorrido.

Os dados da IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial, realizadas no ano de 2010, mostram que no ano de 2002, já aprovada a Lei nº 10.216/2001, o número total de CAPSad, em todo o Brasil, não passava de 42. Naquele ano, no estado do Rio de Janeiro, enquanto era implantado o primeiro CAPS-ad no município de Campos dos Goytacazes⁶¹, a cobertura da rede CAPS no estado era de 0,28%, ainda classificada como baixa (BRASIL; 2010b).

Quando em 2005, o Ministério da Saúde passa a regular formalmente as práticas de atendimento e o incentivo financeiro para as ações de RD junto aos CAPSad, por meio das Portarias nº 1.028 e nº 1.059, ambas de julho de 2005 (TEDESCO & SOUZA; 2009, p. 142), o total de CAPS no estado era de 62, e desses, somente 6 eram CAPSad (CREMERJ & IESC/UFRJ; 2007, p. 16). Muito vagarosamente, a cobertura da rede CAPS no estado veio se ampliando, atingindo no ano 2008, o patamar de 0,50% de cobertura (BRASIL; 2010b).

Em 2006, no âmbito do PN/DST/AIDS, quando finalmente se efetiva o processo descentralização de recursos, somente quatro projetos de RD estavam em atividade no estado do Rio de Janeiro. Desses, dois ainda eram financiados diretamente pelo Ministério da Saúde e, os outros dois: um era mantido com recursos da Secretaria de Estado de Saúde, e o outro, pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (FONSECA et al; 2007, p. 2141).

Durante as conferências de 2010, contabilizava-se um total de 100 CAPS em todo o estado, número que correspondia a 0,52% de cobertura (BRASIL; 2010b). Todavia, ainda que esse percentual seja classificado como “bom” pelo Ministério da Saúde, deve-se atentar para o fato de que esses indicadores não consideram especificidades regionais e locais, tais como as vastas extensões territoriais que dificultam o acesso dos usuários aos serviços em alguns

⁶¹ Informação obtida junto à Gerência Estadual de Saúde Mental.

municípios, assim como a concentração de demandas num mesmo município⁶². Em se tratando de gestão, também há que se considerar que qualquer critério que objetive ampliação de cobertura precisa considerar o volume de recursos disponíveis no orçamento.

Em se tratando de oferta de serviços de base territorial para cuidados dirigidos a pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, os números da Saúde Mental parecem traduzir as resistências políticas para ampliação de toda a rede, e não apenas para as ações de RD, com destaque para as áreas de maior concentração de demandas. Nesse mesmo ano de 2010, o estado do Rio de Janeiro contava com 16 CAPSad, sendo que a capital, que veio a se tornar foco prioritário do programa federal “Crack, é possível vencer” e núcleo de ebulição das atuais polêmicas em torno do acolhimento compulsório, contava até então com apenas três desses serviços, sendo um deles mantido pela Secretaria Estadual de Saúde - SES⁶³.

Ainda que não se considere a concentração de demandas por serviços assistenciais num mesmo município, quando entendemos que os CAPS-ad foram concebidos e implantados com objetivo de acompanhar e cuidar dos agravos associados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, esses números atuais são bastante inquietantes e permitem entender como essas demandas recaíam sobre a Assistência Social no estado do Rio de Janeiro na última década.

Gráfico III



Fonte: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos - SEASDH

O Gráfico III traz a série histórica dos atendimentos prestados pelo Programa Clínicas Populares, desde o início de suas atividades no ano de 2000 até o mês de agosto de 2012, quando a SEASDH reorientou o modelo de assistência a ser prestada. Quando se

⁶² O cálculo do indicador CAPS/100.000 habitantes, considera que o CAPS I dá resposta efetiva a 50.000 habitantes; que os CAPS II, CAPSi e CAPSad dão cobertura a 100.000; e, o CAPS III, a 150.000 habitantes (BRASIL; 2002).

⁶³ No ano de 2007, o então “Ambulatório do Centro Estadual de Tratamento e Reabilitação de Adictos (Centra-Rio)”, implantado no ano de 1998, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde – SES, passa a atuar como CAPS-AD (RJ; 2009a).

acompanha a sequência de implantação dos CAPS-ad no estado do Rio de Janeiro e se compara o número atual desses equipamentos em funcionamento com o número de projetos de RD financiados e direcionados aos UDI em 2002, no âmbito do PN/DST/AIDS (quando ainda não se ouviam os alardes em torno do uso do crack), parece que o único quadro ampliado nesse período foi o da desatenção do Poder Público para com a Saúde Mental e para com os agravos associados ao uso prejudicial de drogas. Sem mencionar a ausência de leitos para desintoxicação e cuidado de agravos clínicos nos hospitais gerais, no estado do Rio de Janeiro essa fragilidade repercutia, fazendo com que a Assistência Social continuasse a ser buscada como alternativa.

4.3 – Contágios e afetos entre a Assistência Social e a Saúde Mental no estado do Rio

Após a tipificação dos serviços do SUAS e da aprovação da Lei do CEBAS em 2009, a gestão das Políticas sobre Drogas no estado do Rio de Janeiro, e principalmente o programa estadual de assistência a usuários de drogas, dentro da SEASDH, passavam a ser sentidos cada vez mais como um estorvo. Especialmente o programa Clínicas Populares, podia ser sentido como herança daquilo com o qual se precisava romper. As militâncias tanto da Assistência Social quanto da Saúde Mental no estado permaneciam aguerridas e intransigentes para com a necessidade de reorientação do modelo assistencial. E era em torno dessa anormalidade incômoda que se produziram afetos, com ressonâncias sobre as práticas de gestão e as de assistência propriamente dita.

Percebemos nesse período, no que se refere à antiga estrutura do Conselho, uma articulação entre as mudanças na Política Nacional Sobre Drogas, que dá os primeiros indícios que apontam para uma perspectiva protetiva, com as novas diretrizes estabelecidas para a Política de Assistência Social, a partir do SUAS. O comprometimento do SUAS com a efetivação da Seguridade Social brasileira, dentro do conceito de integralidade das ações de proteção social, leva a uma maior proximidade do atendimento feito na antiga SAPRID/CEAD, que passa a se chamar Centro Estadual de Assistência Sobre Drogas, com a rede de saúde das três esferas de governo, como exemplo disso temos a efetivação, de fato, neste ano, de dispositivos da saúde como porta de entrada para o Programa Clínica Popular, como o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro, CPRJ e os Centros de Atenção Psicossocial, CAPS (SILVA; 2012, p. 110).

A citação de Silva refere-se ao ano de 2008, quando, diante das infrutíferas articulações políticas para fazer com que a Secretaria Estadual de Saúde - SES tomasse para si a competência de conduzir a execução do programa Clínicas Populares, surgiu um primeiro movimento concreto de produção de rede. A partir desse ano, o CEAD (antigo Conselho Estadual Antidrogas) deixa de ter a prerrogativa de avaliar e encaminhar os casos de

internação que o programa recebia. Esse movimento fez com que o CAPS-AD Centra-Rio (serviço da SES) e o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro - CPRJ passassem a dividir com o CEAD a tarefa de regulação das vagas existentes no programa, o que neutralizava, em grande medida, as insistentes interferências de favorecimento político que motivavam os pedidos de internação. Com a chegada da Saúde Mental, portanto, é a partir de 2008, que o Programa Clínicas Populares passa a receber usuários de drogas dentro de um fluxo de encaminhamentos, tendo os serviços da rede de Saúde Mental fluminense como principal porta de entrada⁶⁴.

A partir de 2009, pelo menos na esfera estadual, essa aproximação da Assistência Social com a Saúde Mental em torno da assistência a usuários de drogas, ficou ainda mais estreita. Diante dos insistentes incômodos que a gestão do programa estadual provocava, dentro e fora da SEASDH, e, diante da ausência histórica de diretrizes públicas que orientassem as Políticas sobre Drogas no estado do Rio de Janeiro, foi criado, por meio da Resolução SEASDH n° 192, de 28/09/2009, o “GETI - Grupo Estadual de Trabalho Interinstitucional de Construção da Política Pública sobre Drogas do Estado do Rio de Janeiro” (RJ; 2009d).

Composto por diversas representações dos Órgãos estaduais e outras ainda oriundas da sociedade fluminense, o GETI tinha por objetivos: promover o debate, o aprofundamento e a difusão de informações acerca da temática; garantir meios que promovessem a participação democrática na construção da política sobre drogas no estado; propor atualizações nos instrumentos normativos estaduais com vistas ao fortalecimento das instâncias de controle social (RJ; 2009d). Entre suas competências estava previsto que o GETI deveria propor estratégias de mobilização social com vistas à coleta de propostas qualificadas para a política no estado; propor à SEASDH estratégia de mobilização interinstitucional com vistas à composição do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas; apoiar municípios na realização de seminários descentralizados; acionar e consultar pesquisadores sobre o tema; sistematizar os dados colhidos e redigir uma minuta de redação da política e apresentá-la para deliberação no CEPOPD-RJ (Ibidem).

Revisando os documentos de trabalho desse Grupo nos arquivos na SEASDH, verifica-se que, no período de junho de 2009 a abril de 2010, o GETI se reuniu com assiduidade nas dependências da Secretaria, tendo registrados nas indicações oficiais e nas listas de presença a colaboração de diversas representações institucionais. Dentre os vários colaboradores, registra-se a presença constante nas reuniões de pessoas ligadas à Gerência Estadual de Saúde Mental, à área de Direitos Humanos em geral, aos movimentos de Redução de Danos,

⁶⁴ Mesmo nos municípios que não possuíam CAPS-ad, foram sendo criadas equipes de referência para o cuidado em álcool e drogas. Essas equipes passavam a se credenciar junto à Gerência Estadual de Saúde Mental.

Conselhos Municipais de Políticas sobre Drogas (RIO DE JANEIRO; 2009/2010a). Também se verifica nos relatórios em arquivo, que foram realizados nesse mesmo período: 1 seminário estadual de mobilização; 12 encontros regionais (seminários, fóruns e conferências) e 1 consulta pública *on line* no sítio eletrônico da SEASDH (Idem; 2009/2010b).

Revisando os instrumentos criados pelo GETI, encontramos um “kit seminário” elaborado pelo Grupo com objetivos de facilitar a organização das discussões descentralizadas e levar subsídios para o debate, qualificando as propostas que seriam encaminhadas para a política estadual sobre drogas (RJ; 2009 / 2010a). Além de instrumentos para sistematização de propostas, e formulários orientadores para elaboração de relatórios, nesse kit encontravam-se dois textos orientadores para debates: o primeiro, intitulado - “Descriminalização das drogas”, era uma transcrição autorizada de conferência proferida por Ignácio Canno no seminário estadual de mobilização, realizado pela SEASDH em 26 de junho de 2009⁶⁵ (CANNO; 2009); e, o segundo, um artigo do Dr. Marcelo Cruz - “Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de Redução de Danos” (CRUZ; 2007).

A escolha desses textos orientadores, permite entender que o GETI optou estrategicamente por uma intervenção que pudesse mobilizar a produção de novas formas de olhar para os problemas relacionados ao uso prejudicial de drogas, assim como possibilitar a produção de uma crítica sobre cada um dos cinco eixos da Política sobre Drogas. Do conteúdo dos textos, o primeiro permitiria reflexões acerca da influência do paradigma proibicionista sobre as formas atuais de abordar os problemas sociais relacionados às drogas e questionar os modelos repressivos; e, o segundo, divulgando informações acerca das resistências à RD, permitiria aos grupos, nas oficinas dos seminários, levantar questionamentos acerca das práticas tradicionais de assistência a usuários que demandavam cuidado.

Até onde pudemos inventariar, esse parece ter sido o primeiro movimento de iniciativa governamental que permitiu uma discussão ampliada do tema no estado do Rio de Janeiro, congregando, simultaneamente, atores de diversos segmentos e diversas políticas setoriais. Sem desconsiderar os movimentos da III Conferência Nacional de Saúde Mental no ano de 2001, nos documentos referentes às Políticas sobre Drogas no estado, revisados nesta pesquisa, não encontramos nenhum outro registro de que tenha ocorrido qualquer discussão ampliada sobre o tema com a sociedade fluminense. Pode-se supor que com essa estratégia, o GETI propiciou que, fora da área de Saúde, outros interlocutores pudessem ter, pela

⁶⁵ Revisando o folder com a programação desse seminário estadual, verifica-se que, além de Ignácio Canno, compareceu como conferencista convidada a Dra. Elise Massard Fonseca, representando o Dr. Francisco Inácio Bastos, que expos informações sobre “Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro”.

primeira vez, um contato direto com informações e discussões orientadas pelo paradigma da Redução de Danos – RD.

Numa leitura dos relatórios encaminhados pelos Seminários ao Eixo – Redução de Danos, pode-se verificar a indicação de que fossem incluídas na Política Estadual sobre Drogas metas de capacitação e divulgação de informações sobre RD. Essa proposta apareceu na totalidade dos relatórios encaminhados pelos seminários descentralizados (RIO JANEIRO; 2009/2010b). Com exceção do Fórum Estadual de CAPS-ad, cujas propostas foram mais claras e objetivas, há indicativos nos relatórios dos demais seminários sobre a falta de informações e sobre o que seja uma assistência orientada pelo modelo da RD, o que demonstra que, no estado do Rio de Janeiro as metodologias de cuidado orientadas pelo modelo de RD são muito pouco conhecidas pelos outros segmentos fora da Saúde Mental (Ibidem).

O GETI não pode cumprir todos os seus objetivos para os quais fora criado, sendo dissolvido em meados de abril de 2010, em virtude da troca de Secretários e equipes dirigentes na pasta da SEASDH⁶⁶. Com a sua dissolução, ficaram pendentes: o relatório final com a sistematização das propostas oriundas dos seminários e fóruns e a minuta do documento da política estadual que deveria ser apresentada para deliberação do Colegiado do CEPOPD-RJ. O próprio Conselho Estadual, instituído pelo Decreto nº 42.426, de 27 de abril de 2010, só veio a tomar posse no final do ano de 2011, iniciando suas atividades em janeiro de 2012, quando esta pesquisa já estava em andamento (RIO DE JANEIRO; 2011c e 2011d). Pode-se atribuir essa morosidade na instalação dos trabalhos do Colegiado às mesmas mudanças de gestores na SEASDH naquele período.

No entanto, mesmo considerando as dificuldades e os entraves políticos implicados à dissolução do GETI, a partir da mobilização do seu trabalho em torno da construção de uma Política sobre Drogas para o estado e, com o fortalecimento da articulação entre a Assistência Social e a Saúde Mental, produziam-se muitos contágios. Esses movimentos serviam, em grande medida, como aquecimento para os debates que viriam a ocorrer durante as IV Conferências de Saúde Mental – Intersetorial convocadas para o ano de 2010. Na organização da fase estadual dessas Conferências no estado Rio de Janeiro, oito

⁶⁶ É de se registrar que, no decorrer da gestão do Governo Sérgio Cabral, num período de seis anos (2007 a 2012), a pasta da Assistência Social e Direitos Humanos no estado do Rio de Janeiro, passou pelas mãos de cinco gestores diferentes. As frequentes mudanças de orientação técnico-política e a desmobilização interinstitucional resultante das insistentes substituições de membros das equipes técnicas, criava uma série de atropelos para a continuidade dos planos de ação. Isso, sem mencionar a falta de infraestrutura que precarizava a operacionalização dos programas. Cabe registro que a SEASDH não possui em seus quadros técnicos, nenhum servidor público estatutário. Todos os funcionários do Órgão ou são servidores cedidos por outros órgãos estaduais e municipais, ou são servidores “extra-quatro” em cargos comissionados, ou ainda, terceirizados em contratos ou em função da inserção de profissionais nos diversos projetos viabilizados por meio de convênios com instituições parceiras da SEASDH.

representantes da SEASDH estiveram presentes como membros da Comissão Organizadora (RIO DE JANEIRO; 2010c). Dessa maneira os afetos que já haviam se iniciado em 2009 com o trabalho do GETI se capilarizavam para os municípios.

Os debates ocorridos nos seminários descentralizados promovidos com o apoio do GETI, agora traziam outras questões nas Conferências de Saúde Mental Intersectorial, para além da atenção ao uso prejudicial de drogas. As questões da população em situação de rua e agravos associados ao uso de drogas; os modelos tradicionais de acolhimento da Assistência Social que não diferenciavam dos velhos manicômios; as condições sociais que impossibilitavam a muitos usuários de drogas frequentarem os CAPS, exigindo da Saúde a criação de serviços de acolhimento. Tudo vinha a tona. Se os usuários que passavam pelos serviços de Saúde eram os mesmos que acessavam os serviços de Assistência Social, era preciso pensar práticas onde o serviço de uma política não criasse contradições de orientação com os serviços da outra. Na SEASDH, esses movimentos afetariam significativamente a gestão das ações governamentais, forçando uma mudança de orientação para programa estadual das Clínicas Populares.

Como estratégia de produção coletiva para pensar um novo modelo de atendimento, em 13 de setembro de 2011, reunimo-nos com coordenadores e equipes técnicas das três Unidades de Internação Eletiva do Programa para discutir como e se seria possível trabalhar com RD naquele modelo institucional. Nas discussões desse encontro, realizado na Unidade de Valença, sobressaíram as normas institucionais como um dos principais entraves a aplicação estratégica da RD num ambiente de acolhimento institucional. Ainda que a abstinência das drogas de uso comum fosse algo requerido pela maioria dos usuários que demandavam atendimento no Programa, não seria possível pensar a RD num contexto de acolhimento onde tantas outras abstinências (sexo, vestimentas, linguagem, etc) eram exigidas dos usuários⁶⁷.

Desse seminário restou pactuada a proposta de que, no contexto de acolhimento institucional, somente agressão física deveria continuar a ser motivo para desligamento de usuários do serviço, e que todas as outras possíveis ocorrências, incluindo o porte e uso de drogas dentro das instituições, deveriam passar a ser objeto do atendimento e discussão nas oficinas com os usuários. Essas análises foram fundamentais no processo de transição entre o modelo de clínica e a nova proposta, que viria a ser apresentada para o programa em 2012.

Desde 2008, as portas de entrada para acessar os serviços do Programa já incluíam a rede da Saúde Mental como avaliadoras dos casos e eram responsáveis pela grande maioria dos encaminhamentos. Mas era preciso ainda que o Programa, gerido na Assistência Social,

⁶⁷ Deteremo-nos mais detalhadamente aos efeitos da produção de normas no contexto de acolhimento institucional no Capítulo V, no tópico “Pede pra sair”.

pudesse ser entendido por toda a rede e pelos usuários como um complemento de um processo de atendimento, e pudesse contemplar os planos terapêuticos já iniciados nesses serviços de base territorial da Saúde Mental.

Quando, no decorrer do ano de 2011, com as metas do Plano Crack, acenavam-se as possibilidades para ampliar os serviços de Saúde, surgia a oportunidade de mudar a concepção do Programa na Assistência Social. Tecnicamente aquele poderia ser o momento mais propício para se propor a extinção de um programa cujas raízes remontavam a um modelo não condizente com as atuais orientações do SUS e do SUAS. Dentro da SEASDH não foram poucas as vezes que essa opção foi posta na pauta das discussões da gestão. No entanto, considerando os interesses midiáticos e políticos em torno do tema do crack, nenhum gestor no Governo do estado ousava, ainda que concordasse com argumentos técnicos, assumir a autoria de um ato dessa notoriedade pública.

Ademais, pressionando a manutenção do programa, nesse mesmo ano de 2011, havia sido aprovada na Assembleia Legislativa – ALERJ, a Lei nº 6.011, de 20/07/2011, instituindo no âmbito da SEASDH o “programa de apoio à recuperação do dependente químico” (RIO DE JANEIRO; 2011e). O Artigo 2º dessa Lei dispõe que “para a execução do programa, as instituições religiosas e da sociedade civil, sem fins lucrativos, que atendam usuários ou dependentes de drogas, poderão receber recursos da Secretaria de Saúde e do FES, Fundo Estadual de Saúde” (Ibidem). Ou seja, essa nova lei trazia ainda mais abertura no estado para continuar a se manter serviços de Saúde na gestão da Assistência Social.

Considerando os interesses político-partidários que se criavam em torno da assistência a usuários de drogas nesse período, surgia a necessidade da Assistência Social e da Saúde Mental criarem uma intervenção estratégica, com a finalidade de se obter algum controle sobre os critérios para escolha de futuros projetos parceiros das ações governamentais nessa área. A estratégia, nesse caso foi a elaboração conjunta pelas áreas técnicas de uma minuta de decreto regulamentar para a Lei nº 6.011, de 20/07/2011, que orientasse minimamente o modelo das parcerias do Governo com entidades da sociedade civil. Como essa tentativa não logrou o êxito esperado e, diante das metas do plano de enfrentamento ao crack em criar leitos nos hospitais gerais para cuidado de agravos clínicos, aumentar o quantitativo de CAPS-ad, inclusive com implantação de CAPS-ad III e a criação das novas Unidades de Acolhimento – UA referenciadas aos CAPS, surge a proposta de transformar as clínicas populares em CARE-AD (Centros de acolhimento regionalizados)⁶⁸.

⁶⁸ A elaboração da minuta de decreto regulamentar foi produzida coletivamente pelas áreas técnicas da Assistência Social e da Saúde Mental, durante os meses de agosto e setembro de 2011, mas não obteve o apoio político dos dirigentes na SEASDH para seguir para a Secretaria de Estado da Casa Civil. No entanto, conseguimos sensibilizar esses gestores para a necessidade de adequar o Programa às competências estaduais da Assistência Social, o que veio a resultar no lançamento do Edital SEASDH nº 001/2012. Embora a equipe

Naquele momento, diante da nova lei aprovada, se não houvesse algum termo de referência que norteasse o modelo de atendimento a ser financiado por meio de convênios nesse programa, poderia haver uma corrida de entidades para celebração de parcerias com o Governo, ficando a gestão do programa à mercê das indicações políticas⁶⁹. Com o apoio dos dirigentes da Secretaria de Estado, é então constituída uma comissão para seleção de projetos e lançado o Edital de SEASDH nº 001/2012 (RIO DE JANEIRO; 2011h e 2012a).

O modelo do Centros de acolhimento regionalizados estava longe de ser o ideal. Na perspectiva do direito à convivência familiar e comunitária, ideal seria um investimento em serviços locais, no entanto, de acordo com as competências da esfera estadual para com a gestão do SUAS, a regionalização de serviços de proteção social de média e alta complexidade ainda prevê a implementação de serviços regionalizados. Por outro lado, aproximando os serviços do programa estadual das orientações dos serviços do SUAS, afastando-os do modelo de clínicas, restringiam-se as possibilidades do Judiciário encaminhar internações diretamente ao Programa, ficando a Assistência Social desembaraçada para negar solicitações dessa natureza, reorientando-as à Saúde.

Não sendo função da Assistência Social promover internações, o Termo de Referência do Edital SEASDH nº 001/2012 trouxe o grifo de que os CARE-AD não substituiriam, em nenhuma hipótese os serviços de base territorial e não poderiam ter estruturas para fazer contenções químicas e/ou físicas (RIO DE JANEIRO; 2012a). Considerando que agravos clínicos e sociais que poderiam demandar outras articulações, tais como acesso à rede local de Saúde e ou acesso ao Sistema de Garantia de Direitos, todos os encaminhamentos de usuários para os CARE-AD deveriam se dar pelos serviços da Saúde Mental, preferencialmente numa articulação com os serviços de Assistência Social, a partir das avaliações e dos melhores encaminhamentos definidos para cada caso (Ibidem).

Visando dar maior qualidade aos encaminhamentos, fora criado pela gestão do Programa na SEASDH um protocolo (guia de encaminhamento) que permitia à rede da Saúde Mental inserir dados sobre a utilidade desse acolhimento no CARE-AD dentro dos Planos Terapêuticos, com espaços, inclusive, para sugestões sobre o período que cada usuário deveria permanecer acolhido no serviço. Em função dos agravos sociais associados ao uso prejudicial de drogas (violência doméstica e sexual, perda de guarda de filhos, acompanhamento de processos junto ao Judiciário, necessidade de acesso a benefícios, etc), nesse protocolo havia também espaços para indicar qual o serviço de Assistência Social

da Saúde Mental não tenha participado da produção do termo de referência desse Edital, ele foi produzido segundo as orientações daquela minuta de decreto.

⁶⁹ Ainda sobre esse assunto, tramita atualmente nas Comissões da ALERJ um outro Projeto de Lei nº 997/2011, que propõe emenda à Lei nº 6.011/2011, visando regular a remessa de recursos públicos a instituições religiosas e da sociedade civil (RJ; 2011f).

local o usuário estaria referenciado. A estratégia era que, ao se utilizarem do CARE-AD como serviço complementar à rede de serviços local, se pudesse induzir um maior contato entre os serviços locais de Saúde Mental e a Assistência Social no acompanhamento conjunto dos casos.

Na gestão estadual da Assistência Social, experimentar esses afetos com a Saúde Mental apontava para possibilidades reais de aplicar estrategicamente a RD às suas ações assistenciais, produzindo maior convergência entre práticas e orientações em ambas as políticas. Isso implicava possibilidades de aplicar a RD também para os serviços municipais de proteção social de média e alta complexidade do SUAS, tais como o de abordagem social, casas de passagem, acolhimento institucional, que tem como público assistido um expressivo percentual de usuários de drogas.

4.4 - Redutores de Danos: quem são e onde estão?

Durante esta pesquisa, fomos convidados pelo Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas – PROJAD/IPUB/UFRJ a fazer duas intervenções junto a uma turma do “Curso de Atualização para Profissionais da Rede Intersetorial de Prevenção e Cuidado Dirigidos à População Usuária de Crack e Outras Drogas”⁷⁰. Diante das atuais atenções sobre a associação entre uso prejudicial de drogas e a situação de rua e, considerando que a turma no curso era composta por trabalhadores do SUS e do SUAS, a coordenação do PROJAD nos havia proposto dois temas para essas intervenções, quais sejam: “crianças e adolescentes que vivem na rua - abordagens, intervenções possíveis de reinserção social” e “crackolândias - ações de cuidado e as abordagens possíveis a população jovem e adulta”⁷¹.

As duas intervenções obedeceram uma metodologia baseada nas orientações da pesquisa intervenção. Ao contrário de uma aula expositiva que privilegiasse um saber fazer, apresentamos alguns dados sobre a população em situação de rua e sobre a RD como estratégia de cuidado. O propósito da exposição foi apresentado à turma, tendo por função servir como disparador de um fazer saber que brotasse das discussões em torno das próprias práticas dos trabalhadores participantes do curso.

A nossa experiência, no contato com esses profissionais, permitiu observar que muitos deles atuam no território de uma forma muito peculiar. Eram trabalhadores do SUS e do

⁷⁰ O PROJAD é vinculado ao Instituto de Psiquiatria – IPUB da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, e tendo um projeto selecionado pelo Edital nº 002/2010/GSIPR/SENAD, tornou-se um dos Centros Regionais de Referência para formação permanente de profissionais que atuam nas redes de atenção integral à Saúde e de Assistência Social com usuários de crack e outras drogas e seus familiares.

⁷¹ A primeira foi realizada em 10/09/2011 e, a segunda, em 10/12/2011.

SUAS, mas que vão aos territórios somente a trabalho, sem conhecer muito bem sua dinâmica, o que faz com que essas tarefas sejam sentidas, muitas vezes, como algo arriscado por esses profissionais, especialmente nos casos quando polícia realiza suas operações simultaneamente⁷². Assim como fazem alguns turistas em viagens e também muitos pesquisadores em incursões de exploração de territórios desconhecidos, alguns profissionais dessas equipes criam uma espécie de “kit de viagem e trabalho”, montado com dispositivos que lhes permitam principalmente o trânsito e a comunicação no território. Com roupas apropriadas ao trabalho de campo, gestual e vocabulário diferente do habitual, esses dispositivos pareceram ter para aquelas equipes a função de um “disfarce” que lhes permitissem um transitar “camuflado”.

Em casos de insinuação de perigo, caso alguns agentes ligados aos “comandos na comunidade” os reconhecessem como estrangeiros e viessem abordá-los, especialmente durante operações da polícia, a tática era, mesmo no caso de alguns profissionais da Saúde, usar o cadastramento do Bolsa Família como salvo conduto e justificativa para sua presença. Isso auxiliava nas aproximações entre equipes e a população, disparando contatos e diálogos nas abordagens. Ou seja, nossa intervenção permitia entender que existe muita criatividade das equipes de médicos, psicólogos, assistentes sociais para trabalharem nas ruas e promoverem alguma forma de vínculo com usuários nas abordagens. Mesmo os profissionais da Assistência Social se surpreendiam em meio às discussões, quando verificavam que já utilizavam espontaneamente a RD em algumas de suas práticas de trabalho, ainda que isso não fosse compreendido como estratégia orientada por um modelo de cuidado e assistência.

No entanto, também pudemos observar que esses profissionais sentem que são vistos com desconfiança no território, exatamente por não pertencerem a ele. Isso os lançava a uma posição de estrangeiros ao território, sem conhecer muito bem as regras e os idiomas, e era exatamente essa variável que os movia em direção à criação dos seus “kits de viagem”. Embora fossem muito criativos na forma de produzir dispositivos que lhes permitissem estar nesses locais, o simples fato de ser de fora vinha a limitar a potência da intervenção e a credibilidade das orientações passadas.

Portanto, entende-se que, um ponto que ainda requer estudos detalhados, diz respeito aos destinos daqueles atores fundamentais que protagonizaram um dos momentos mais férteis do movimento da RD. Desde seus primeiros momentos no Brasil, uma das marcas registradas da eficiência dessa nova forma de intervir no campo da atenção ao uso

⁷² Nos casos de confrontos entre policiais e traficantes dentro de comunidades, alguns trabalhadores do SUS e do SUAS relatam que são os próprios usuários e suas famílias que lhes garantem proteção durante o trabalho, oferecendo suas residências como abrigo em meio ao fogo cruzado.

prejudicial de drogas, foi uma espécie de superação de papéis, onde aqueles que historicamente eram identificados como “pacientes” passaram a assumir uma função decisiva na gestão das ações de cuidado, justamente por serem conhecedores do território e terem livre acesso a ele (PASSOS & SOUZA; 2009, p. 100).

Que direção tomaram, após 2003, aquelas minorias (prostitutas, usuários de drogas, travestis, moradores de rua) que, desde o início e, no decorrer da execução dos projetos do PN-DST/AIDS, foram capacitados e trabalharam como redutores de danos? Isso é algo que merece pesquisas específicas.

Segundo “mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2006 / 2007”, o perfil do redutor de danos no Brasil é composto, em sua maioria, por profissionais de saúde. Conforme o mapeamento feito pela SENAD / UNB, 42,3% deles são psicólogos, médicos (neurologista, psiquiatra, clínico, residente), assistentes sociais, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e terapeuta ocupacional (BRASIL; 2007, p. 157). Os ex-usuários de drogas em geral, incluindo o álcool, corresponderam a 30,7%, e, os usuários e drogas em geral, incluindo o álcool, somaram apenas 12,9% dos respondentes ao levantamento (Ibidem).

Deve-se acrescentar a esse quadro que, segundo esse mapeamento, 38,2% dos redutores de danos referiram prestar um trabalho voluntário, o que vai num sentido contrário das diretrizes do eixo Redução de Danos Sociais e à Saúde da Política Nacional sobre Drogas (Idem; 2005b). No texto da política encontramos entre as diretrizes o “reconhecimento e a regulamentação do agente redutor de danos como profissional e/ou trabalhador de saúde, garantindo sua capacitação e supervisão técnica” (Ibidem). No mapeamento da SENAD / UNB, a contratação dos redutores de danos pelos CAPS-ad não ultrapassaram a 9,4% das respostas e, os contratados em projetos específicos corresponderam a apenas 14,3% (Idem; 2007, p. 157 – 158).

Mas nesta hora, e antes de qualquer coisa, é preciso perguntar: quem é o redutor de danos, afinal de contas? Quem é esse cara? Quem é esse ator político-social que emerge no contexto do SUS, no contexto das estratégias brasileiras de enfrentamento da epidemia de Aids? Quem é afinal de contas esse cara? Qual a diferença, por exemplo, do redutor de danos para o acompanhante terapêutico? Pro monitor da Comunidade terapêutica? Pro técnico em dependência química? Pro agente comunitário de saúde? (PETUCO, D. R. S. in: CFP; 2012, p. 83).

O que Petuco quer destacar, é que, embora se possa entender por redutor de danos “toda e qualquer pessoa que saiba acolher pessoas que usam drogas, sem lhes exigir abstinência” como uma condição, há um personagem político que emerge dos “grupos de risco”, do

próprio “mundo das drogas”, cambiando subjetividades entre mundos. Petuco os compara aos Exus da mitologia africanista, que ocupam “um lugar de trânsito”. Por possuírem menos densidade material que os humanos, mas, muito mais que os Orixás, os Exus conseguem mediar demandas fazendo a ligação entre os mundos (PETUCO, D. R. S. in: CFP; 2012, p. 83 - 84).

Portanto, há que se fazer uma distinção: uma coisa é trabalhar sob o paradigma da RD dentro das instituições, outra é trabalhar diretamente em campo, onde o uso prejudicial de drogas se faz realidade. Considerando o perfil dos redutores de danos já descrito pelo mapeamento da SENAD / UNB, e ainda que, 54,2% das instituições respondentes não possuem veículos para trabalho de campo, e ainda que, 72,8% delas referem fazer o trabalho dentro da própria instituição (BRASIL; 2007, p. 155 – 156), fica a pergunta: onde foi parar o contato do trabalho direto dos redutores de danos com as ruas e com a realidade do uso de drogas? Nesse estudo, esse contato direto não chegou a 22% das respostas (Ibidem; 155).

No estado do Rio de Janeiro, a atuação de associações importantes que nasceram do movimento de Redutores de Danos, tais como a ABORDA e a Associação Carioca de Redutores de Danos (PASSOS & SOUZA; 2009) parecem ter minguado no estado. Revisando os registros do atual Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ, verifica-se que há duas vagas naquele Colegiado destinadas ao segmento de redutores de danos (R: 2010b). No entanto, durante o fórum de eleição das entidades da sociedade civil para a composição do Conselho Estadual, uma ficou em aberto, por falta de inscrições de instituições.

Segundo os documentos desse fórum de eleição, somente a PSICOTROPICUS (Centro Brasileiro de Políticas de Drogas) havia se inscrito, ocupando assim uma das vagas. O assento vacante teve de ser objeto de deliberação do fórum, sendo reorientado para ser ocupado por outra instituição que houvesse se inscrito para concorrer pelo segmento “atendimento a crianças e adolescentes” (RIO DE JANEIRO; 2011c). Sendo aprovado o encaminhamento, a Fundação São Martinho, por ser partidária das estratégias de RD, foi eleita para ocupar a referida vaga (Idem; 2011d).

Experimentados nas próprias cenas de uso de drogas, nos ermos, na noite, nas calçadas, minorias marginalizadas emergiram como protagonistas de transformação desses espaços, atuando com a responsabilidade de agentes promotores de saúde. Porém, pouco sabemos qual o percentual dessas pessoas, conhecedores das regras e normas que se produzem no contexto do comércio e do consumo de drogas, pode ser absorvido pelos contratos, chamadas e concursos públicos que visaram a aparelhar a recém-criada rede pública de

serviços de Saúde Mental. Isso é algo que merece estudos específicos. O saber do “submundo”, tão importante para manter a eficiência das ações de prevenção e assistência às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, não parece ter sido valorizado nas contratações para o serviço público da Saúde após o ano de 2003.

Somado a esses indicativos, parece que o efeito normatizador da RD para a Saúde Mental, por si só, não pode ser compreendido como suficiente para modificar práticas conservadoras e preconceitos nos próprios serviços. Segundo Dias, em pesquisa que aborda, entre outras questões relativas à RD, os desafios para a construção de redes no território de abrangência de um serviço de Saúde Mental na cidade do Rio de Janeiro, as ações de RD não puderam ter continuidade na instituição pesquisada, seja pela dificuldade de continuidade de financiamento, seja pelo desinvestimento político e o pouco contágio que essas práticas tiveram no coletivo dos trabalhadores e usuários do serviço (DIAS; 2008).

Isso reflete a pouca abertura desse espaço para as políticas públicas orientadas pela lógica da RD, o escasso diálogo envolvendo a implantação dessas ações nos serviços de saúde e a sua restrição ao espaço de pesquisa, o que levou à pouca participação dos trabalhadores nas ações e no entendimento da proposta. A acusação que associa as práticas de RD ao incentivo do uso de drogas, como vimos, é recorrente no percurso desse movimento. Ela é feita por diversos setores que defendem as políticas anti-drogas, as ações repressivas e a abstinência. Essas concepções atravessam diversas instituições sociais e também estão presentes nos centros de saúde (DIAS; 2008, p. 131).

A partir de “observações nos diversos fóruns em que este debate tem ocorrido”, Marcelo Cruz também estabelece algumas hipóteses para “possíveis razões de resistência à estratégia de redução de danos” (CRUZ, in: Governo do Estado do Rio de Janeiro; 2007, p. 17 - 30). Entre esses possíveis motivos, o autor salienta a reprodução de modelos nem sempre claros; incompreensões sobre as premissas e práticas de RD e a radicalização relacionada a idealizações, tanto daqueles que são contra quanto daqueles que são a favor da RD” (Ibidem; p. 24).

Na intenção de desconstruir equívocos resultantes de tais idealizações, Cruz tece uma série de considerações, usando ainda subsídios analíticos de outros autores, para demonstrar que as práticas de RD não são contraditórias às ações preventivas nem ao controle sobre a redução da oferta ou da demanda de drogas. Cruz argumenta que a RD não é contrária à abstinência, especialmente nos casos específicos onde a interrupção do uso seja essencial para cessar os demais problemas associados a este uso e para que os usuários do serviço possam se beneficiar do tratamento oferecido (Ibidem; p. 25 - 27).

Pelo que se pudemos inventariar até o momento, conclui-se que os obstáculos interpostos à RD não são poucos. Quando a RD traz estrategicamente os tradicionais pacientes para atuarem como agentes promotores de Saúde, ela intervém nos modelos que hierarquizam as formas de uso dos serviços. Produz condições de igualdade de uso político, tanto das drogas quanto dos serviços. Ousamos dizer que a RD desponta como possibilidade de reforma agrária do território micro-político, uma vez que aponta para a viabilidade real de uma distribuição mais igualitária do uso dos aparelhos estatais. Não seria por acaso que ela encontra tantos obstáculos e falta de apoio.

Há que se considerar ainda que um dos impedimentos para fazer avançar a RD pode estar ligado a dificuldades para a formação de equipes de redutores de danos o que precariza a sistematização e divulgação do estado da arte da RD no Brasil. Fora as informações produzidas pelo monitoramento do PN/DST/AIDS, encontramos nessa pesquisa grande dificuldade na obtenção de dados, especialmente quantitativos, que demonstrem os resultados da implementação da RD no âmbito do atendimento prestado aos usuários de álcool e outras drogas nos serviços da Saúde Mental após o ano de 2003.

Quando se comparam as conclusões de estudos como os de Ribeiro, Sanchez e Nappo, com análises dos aspectos históricos e políticos que tratam do movimento de construção da RD no Brasil, (SOUZA; PASSOS, 2009, p. 100), torna-se ainda mais fácil compreender como surgem as evidências da eficácia dessas estratégias de proteção social. A resolutividade da RD parece residir na participação ativa dos usuários na produção e na disseminação de saberes, que os torna imprescindíveis à gestão das políticas públicas. Ainda que a presença dos trabalhadores “turistas” sejam capazes de produzir alguns vínculos de confiança entre a população e os serviços público-estatais, tanto o acesso às informações quanto a credibilidade das orientações de prevenção e proteção passam a ser garantidas pela presença de atores “nativos” do território.

Segundo as análises dos aspectos histórico-políticos, foi graças à participação daqueles que frequentam a noite, as calçadas, as bocas e os becos, atuando como os redutores de danos, que as práticas de cuidado em saúde conseguiram chegar onde não chegavam os médicos, os assistentes sociais, os psicólogos, etc (SOUZA; PASSOS, 2009). Simultaneamente, é também graças à participação desses atores, que as notificações, as demandas, que antes não chegavam (ou chegavam subnotificadas) aos serviços públicos, começam a estar acessíveis para planejamento das ações do Estado. A partir do estabelecimento dessa dinâmica, intensificam-se os questionamentos, sobre a validade das velhas práticas hospitalocêntricas já iniciados, há décadas, pelos movimentos das reformas sanitária e psiquiátrica (TEDESCO & SOUZA; 2009).

O que passa a se produzir daí, remete portanto a um outro sentido para a fissura. Diferente da produção de abstinência dos mesmos fazeres, dos mesmos saberes, a fissura se instala como reivindicação (apetite urgente) de revisão dos modos de pensar e intervir, não apenas sobre o uso prejudicial de drogas, mas sobre o uso que fazemos dos serviços público-estatais. Enquanto paradigma, a RD se constitui como uma nova forma de pensar as práticas de assistência, cujo projeto é tramado com os assistidos, incluídos no trabalho de arquitetar metas a serem alcançadas.

Se há algum indicativo de que o contato direto dos redutores de danos com as ruas e com as cenas de uso de drogas tem sido muito pequeno, não chegando a 22% das respostas referidas na pesquisa da SENAD / UNB (BRASIL; 2007, p. 155), fica a pergunta: quais os serviços público-estatais tem mantido um maior contato com a realidade do uso de drogas nas ruas atualmente? Não seriam os serviços do SUAS? E em sendo qual o modelo orientador dessas práticas?

5 - Capítulo V - Experiências de contaminação

5.1 – O atual das práticas e a rede SUAS no estado do Rio de Janeiro

No últimos anos, os problemas relacionados às drogas estado do Rio de Janeiro ganharam outras dimensões, especialmente em função da escolha da “Cidade Maravilhosa” como sede dos Jogos Olímpicos de 2016 e de outros grandes eventos que a capital do estado deveria sediar. Sob o aspecto do processo de consolidação do SUAS no país, o estado do Rio de Janeiro tem sido destaque como aquele cuja cobertura proporcional de equipamentos da Assistência Social é uma das maiores entre os estados da federação.

Segundo informações que pudemos obter junto à Superintendência Estadual de Gestão do SUAS na SEASDH, com base nos dados do Senso-SUAS/2011, atualmente, o estado do Rio conta com 407 CRAS (Centros de Referência da Assistência Social). Todos os municípios fluminenses contam com pelo menos um desses equipamentos. Nesse estado, o co-financiamento da proteção social especial de média complexidade fez com que os CREAS (Centros de Referência Especializados da Assistência Social) aumentassem em número superior a 100%, passando, no intervalo de um ano, a partir da expansão promovida em 2009 e 2010, de 43 para 91, distribuídos por 67 municípios, contando ainda com 11 Centros-Pop (Centros de Referência Especializados da Assistência Social para População em Situação de Rua).

Esse impulso na expansão do CREAS, pelo menos no que tange ao financiamento do Governo Federal, pareceu justificar-se para difundir as ações do Ministério do Desenvolvimento Social - MDS junto ao Plano Nacional Integrado de enfrentamento ao Crack e outras Drogas, lançado em 2010. Embora possamos entender que essa expansão já fizesse parte de um planejamento anterior⁷³, em termos de produção de subjetividades, chama a atenção a associação entre uma coisa e outra: como se a gestão dos serviços do SUAS estivesse sendo potencializada em função do enfrentamento às drogas.

Nesse mesmo contexto, entres outros impactos ao SUAS, encontramos a disposição do MDS em expandir, de forma qualificada, o financiamento dos serviços de proteção social especial, promovendo um reordenamento dos serviços da alta complexidade, tais como os abrigos.

⁷³ Note-se que a instituição do Plano Nacional Integrado de Enfrentamento ao Crack (Decreto Nº 7.179) data de 20 de maio de 2010 e, habitualmente os recursos orçamentários para manutenção e expansão do SUAS são sempre planejados no exercício anterior, o que nos leva a crer que a expansão dos CREAS, originalmente, não tinha por objeto contemplar o Plano de enfrentamento ao crack, mas faziam parte do planejamento ordinário da gestão do SUAS.

Consultando a Resolução CIT nº 3, de 1º de março de 2012, verificamos que entre os considerandos que justificam essa expansão e esse reordenamento, encontram-se citadas, entre outras, as normativas que dispõem sobre a política para população em situação de rua e

o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, instituído pelo Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 que tem como fundamento a integração e a articulação entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas (BRASIL; 2012b).

Conforme texto da Resolução, essa pactuação envolveu a definição de critérios de elegibilidade e partilha dos recursos do Governo Federal, naquilo que se refere à expansão dos serviços socioassistenciais de proteção social especial e, ou, reordenamento desses serviços, naqueles casos que implicam atendimento a pessoas em situação de rua. O reordenamento nesse caso, é descrito como “a qualificação dos serviços de acolhimento, visando “à adequação às normativas, orientações e legislações vigentes” (Ibidem).

Os recursos, objeto dessa pactuação, foram destinados, seguindo os pisos de financiamento. No piso da média complexidade foram contemplados o “Serviço de Proteção e Atendimento Integral a Famílias e Indivíduos – PAEFI”; o “Serviço Especializado em Abordagem Social”; e, o “Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua” (Ibidem). No da Alta Complexidade, a ênfase foi dada aos “Serviços de Acolhimento Institucional e de Acolhimento em Repúblicas” para pessoas em situação de rua (Ibidem). Os municípios contemplados pelo critério de partilha poderiam assim, passar a receber os recursos desde que realizassem o aceite no sistema eletrônico (SUAS-Web), validado pelos Conselhos Municipais de Assistência Social e assumissem as responsabilidades decorrentes desse compromisso.

Segundo os dados que pudemos obter junto à Superintendência de Proteção Social Especial da SEASDH, no estado do Rio de Janeiro, essa ampliação aumentaria a oferta de vagas nos serviços de alta complexidade do SUAS, de 1.450 para 2.425 vagas disponíveis para pessoas em situação de rua. Os municípios fluminenses contemplados foram treze: Belford Roxo, Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Itaboraí, Macaé, Magé, Niterói, Nova Iguaçu, Petrópolis, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti e Volta Redonda. Como se pode ver, desse total, nove são da região metropolitana e, o destaque nessa ampliação ficou por conta do município do Rio de Janeiro, cuja capacidade de atendimento aumenta de 200 para 1.250 vagas em serviços de acolhimento, e cujo repasse de recursos do Governo Federal passa de 20 mil, para 250 mil reais mensais.

Curiosamente, mas não por acaso, esses treze municípios fluminenses, com mais de 200 mil habitantes, são os mesmos que foram contemplados pelo Governo Federal na expansão do “Plano Crack, é possível vencer” para o ano de 2013. Ou seja, o planejamento da assistência à população exposta aos agravos sociais, especialmente aquela em situação de rua, passa a estar diretamente associado ao planejamento das estratégias de enfrentamento às drogas. Isso parece requerer atenções sobre as condições sobre as quais a Assistência Social constrói referências estáveis para as práticas em seus serviços. Em termos de planejamento estratégico para o SUAS, atender à população em situação de rua passa a ter significado de atender a usuários de crack, álcool e outras drogas.

Ainda que os sistemas de vigilância precisem avançar no monitoramento da qualidade desses serviços, algumas informações já podiam nos permitir entender os seus modos de funcionar, incluindo aí as práticas de atendimento a usuários de álcool e outras drogas.

Sobre as possibilidades de acessar dados dos serviços socioassistenciais, cabe ainda considerar que os avanços no monitoramento e avaliação do funcionamento dos serviços do SUAS, privilegiou monitorar os serviços novos que vieram a ser implantados após o ano de 2003. O monitoramento dos CRAS e CREAS foram privilegiados pelos avanços da tecnologias da informação, em detrimento dos velhos serviços. O primeiro Censo-SUAS, realizado em 2007, priorizou monitorar os CRAS e, a partir deste, nos anos seguintes, foram sendo incluídos, na rotina anual do monitoramento, os outros equipamentos. No Censo-SUAS do ano de 2011, em função do Programa do Governo Federal – “Crack, é possível vencer”, foram incluídos no inventário dos indicadores a serem mensurados, aqueles referentes à questão do atendimento relacionado à questão das drogas nos CREAS.

Conforme informações levantadas pela Superintendência Estadual de Gestão do SUAS na SEASDH, no monitoramento do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI, ofertado em 90 CREAS no estado, os dados do Censo-SUAS/2011 apontavam que, no mês de agosto desse ano, entre os novos casos de violações de direitos atendidos, encontravam-se 1.181, onde o uso danoso de drogas estava relacionado. Dos 91 CREAS no estado, 73 deles informaram que havia profissionais que já haviam participado de capacitação no tema “crack, álcool e outras drogas”. Sendo que 66 CREAS informavam que realizavam serviço especializado de abordagem social. Ou seja, considerando o número de CREAS existentes, mais de 72% desses serviços de média complexidade já faziam, em 2011, um trabalho de abordagem social diretamente nas ruas. Esse percentual traz um indicativo de que o contato dos serviços da Assistência Social com as cenas de uso de drogas tem sido muito frequente, requerendo atenção para modelos de intervenção que tem sido usado nessas abordagens.

Quando o questionário do Censo interrogava sobre se no equipamento dos CREAS era desenvolvida alguma atividade específica para “usuários/dependentes de substâncias psicoativas, em situação de risco pessoal e social”, 42 CREAS informaram que sim. As atividades dos CREAS foram assim relacionadas: 10 deles ofereciam “oficinas com ações preventivas” ao uso de drogas; 14 realizavam “abordagem de rua em parceria com a saúde”; 38 indicavam fazer “encaminhamentos monitorados para a rede de saúde”; 38, “articulação com a rede de saúde para acompanhamento dos casos”; 31 realizavam “discussão de caso com a saúde”; 31 “apoio à reinserção social”. Outros 8 CREAS apontavam executar outras atividades não relacionadas no questionário. Ou seja, independente de qualquer debate sobre a divisão das competências para cuidar e assistir a esses casos, as demandas relacionadas ao uso prejudicial de drogas tem chegado aos serviços do SUAS.

É preciso salientar que, os usuários de drogas podem ser encontrados em qualquer serviço da Assistência Social, até porque devem estar abertos e acessíveis a todo e qualquer cidadão ou família que precise a eles recorrer. Todavia, entendemos que a sobreposição de vulnerabilidades que se associam ao uso prejudicial de drogas, faz com que, em alguns serviços socioassistenciais, esse público seja atendido em maior número e, ou, com maior frequência. Nesse sentido, os serviços de média complexidade ofertados nos CREAS, como: a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI; b) Serviço Especializado em Abordagem Social; c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida - LA, e de Prestação de Serviços à Comunidade - PSC; e, d) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, podem ter um contato mais próximo com os usuários de drogas, seja por conta de demandas espontâneas, seja por conta da busca ativa das equipes dos serviços nos territórios.

Entre os objetivos do Serviço Especializado de Abordagem Social do SUAS, está previsto:

- Construir o processo de saída das ruas e possibilitar condições de acesso à rede de serviços e à benefícios assistenciais;
- Identificar famílias e indivíduos com direitos violados, a natureza das violações, as condições em que vivem, estratégias de sobrevivência, procedências, aspirações, desejos e relações estabelecidas com as instituições;
- Promover ações de sensibilização para divulgação do trabalho realizado, direitos e necessidades de inclusão social e estabelecimento de parcerias;
- Promover ações para a reinserção familiar e comunitária (BRASIL; 2009b).

Porém, se a normativa deixa claro o que fazer, parece ser preciso atentar para o como fazer. Copiando Petuco (CFP; 2010), também perguntamos: quem são esses caras que trabalham atualmente como abordadores e educadores sociais no SUAS? São guardas municipais

vestidos com coletes da Assistência Social? São agentes da ordem pública designados para trabalhar no serviço de abordagem social e/ou nos serviços de acolhimento institucional da Assistência Social? Diante da vigilância do SUAS sobre comportamentos e rotinas de vida de famílias, como já tivemos oportunidade de analisar, parece ser preciso interrogar a cada vez a fissura: quem são esses sujeitos que fazem esse trabalho de abordagem social? Qual o modelo orientador de suas práticas?

5.2 - A alta complexidade e a rede complementar de serviços do SUAS

Merecendo o mesmo destaque e requerendo a mesma atenção, sobressaem os casos que necessitam de intervenções em serviços mais complexos. Nesses, a concentração de demandas de usuários de álcool e outras drogas pode até não ser maior, mas, os prejuízos à saúde e os danos sociais associados tenderiam a exigir maior atenção, requerendo estratégias de intervenção que produzam convergência entre as práticas dos serviços na Assistência Social e os demais serviços da rede. E é no âmbito desses serviços de proteção social de alta complexidade da Assistência Social que o atual das práticas tende a retratar antigas mazelas.

Segundo o Censo SUAS / 2012, os serviços de alta complexidade do SUAS no Estado do Rio de Janeiro, contam com 185 serviços de acolhimento institucional na modalidade abrigo; 38 na modalidade casa lar; 20 na modalidade casa de passagem; e, 9 classificados como “outros”⁷⁴. O público atendido nesses serviços constitui-se de adultos e famílias em situação de rua; crianças e adolescentes sob medida de proteção social e semiliberdade; idosos; pessoas com deficiência. Embora se possa entender que em todas as modalidades desses serviços haja algum quantitativo de usuários de drogas sendo atendidos, entre aqueles classificados pelo Censo como “outros”, 4 referiram atender exclusivamente a dependentes de álcool e outras drogas.

Comparando os quantitativos das modalidades dos serviços monitorados pelo Censo SUAS 2012, verifica-se a predominância do modelo abrigo sobre os outros, o que nos permite levantar hipóteses que a gestão da proteção social de alta complexidade do SUAS ainda sofre forte influência dos antigos modelos asilares de assistência.

Até 2011, o Censo/SUAS não incidiu sobre os equipamentos público-estatais que compreendem essa rede. Somente a partir do Censo de 2012, é que pudemos ter uma ideia do número total de serviços de alta complexidade implementados pelas Secretarias Municipais de Assistência Social. Porém, o Censo-SUAS/2011 já havia permitido que a rede

⁷⁴ Informações obtidas junto à Superintendência de Proteção Especial da SEASDH.

privada com vínculo ao SUAS (Instituições e Entidades inscritas nos Conselhos Municipais de Assistência Social) pudessem inserir informações sobre o atendimento que executam.

Os dados colhidos junto à Superintendência de Gestão do SUAS - SGS/SEASDH permitiram ver que, da rede privada, 672 Entidades no estado haviam respondido as perguntas do questionário do Censo SUAS em 2011. Entre essas, muitas executavam algum tipo de atividade caracterizada como serviço de proteção social básica. Outras 42 responderam que realizavam “atendimento especializado para pessoas em situação de rua”, serviço esse próprio da proteção especial de média complexidade, segundo a tipificação nacional de serviços socioassistenciais. Entre as que referiam exercer atividades ligadas a serviços de proteção social de alta complexidade da Assistência Social, encontramos os seguintes resultados:

Tabela I

Serviço/Atividade	Nº de Entidades Respondentes	%	Nº de Vagas
Serviço de Acolhimento Institucional (Abrigo)	110	16,36	5.439
Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes em Casa-lar	12	1,78	185
Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes em abrigo institucional	42	6,25	1.189
Acolhimento Institucional para idosos em Casa-lar	10	1,48	406
Acolhimento para idosos em abrigo institucional	44	6,54	2.134
Acolhimento Institucional para jovens e adultos com deficiência em residências inclusivas	13	1,93	445
Acolhimento institucional para adultos e famílias em casa-lar *	7	1,04	275
Acolhimento institucional para adultos e famílias em casa de passagem	6	0,89	245
Acolhimento institucional para mulheres vítimas de violência em abrigo institucional	5	0,74	270
Serviço de Acolhimento em República	11	1,63	172
Acolhimento em república para jovens, entre 18 e 21 anos	5		22
Acolhimento em república para adultos em processo de saída das ruas	5	0,74	85
Acolhimento em república para idosos	5	0,74	65
Serviço de acolhimento em família acolhedora para crianças e adolescentes	7	1,04	60
Fonte: Superintendência Estadual de Gestão do SUAS – SEASDH/RJ			
*Não existe essa modalidade de serviço na Tipificação dos Serviços Socioassistenciais.			

Fonte: Superintendência Estadual de Gestão do SUAS – SGS/SEASDH

Se analisarmos a tabela acima, verificaremos novamente a prevalência de investimentos na modalidade abrigo, sobre outras, que poderíamos supor, fossem menos institucionalizantes,

como seria o caso das repúblicas e das casas-lar, que funcionam com um número menor de usuários. Os casos das entidades que trabalharam, tanto com crianças e adolescentes, quanto com idosos, esse dado chama a atenção. Quando o monitoramento do atendimento dessa rede privada se volta para o acolhimento institucional destinado a adultos e famílias, as informações do Censo/SUAS desse ano, não nos parecem ser muito confiáveis⁷⁵.

Se os dados dos Censos 2011 e 2012 apontam para uma preferência da implementação de serviços de alta complexidade no modelo abrigo, em detrimento de equipamentos menores, fica mais fácil vislumbrarmos que tipo de práticas podem se dar nesses dispositivos e quais sentidos adquirem os dados referentes à população em situação de rua, especialmente no que se refere às dificuldades vividas por usuários de drogas para acessarem e permanecerem nesses serviços.

Quando retomamos os dados da Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua, verificamos que ali era relatado que 46,5% dos usuários entrevistados preferiam dormir na rua e não nos albergues. Porém, também é descrito pelo estudo que, 20% daqueles que costumam dormir na rua, mas preferem dormir em albergue, não o fazem por dificuldades de encontrar vaga (BRASIL; 2009a, p. 91). Ou seja, quando associamos a permanência na rua como falta de opção e aqueles motivos que levam os usuários a preferir a rua, podemos ver surgir um quadro que nos permite interrogar de que modo é possível construir e aplicar regras de convívio e funcionamento nesses dispositivos, diante de possíveis quadros de superlotação.

Nós tiramos nossas coisas, as mesas, colocamos colchões no chão e sala da coordenação virou alojamento. É quase impossível fazer reflexões no trabalho, as pessoas não tem tempo de almoçar⁷⁶.

Com os ‘choques de ordem’, os carros da prefeitura despejavam as pessoas. Daí chegou uma hora que eu disse: pode mandar o juiz me prender, mas aqui não entra mais ninguém. Isso tá ficando mais insalubre que a rua⁷⁷.

⁷⁵ Consultando o modelo do questionário, verificamos que as perguntas do Censo SUAS/2011 foram montadas seguindo a tipificação dos serviços socioassistenciais como roteiro. Ocorre que o questionário suprimiu o serviço de “acolhimento institucional para adultos e famílias em abrigo institucional”. Em lugar disso, introduziu uma questão sobre um serviço que não consta da tipificação, qual seja: “acolhimento institucional para adultos e famílias em casa-lar”. Atribuímos esse fato a um equívoco de digitação que pode ter escapado à revisão final do questionário, mas que pode ter alterado significativamente a confiabilidade dos resultados. A julgar pelo fato de que 110 entidades (16,36%) referiam ofertar “Serviço de Acolhimento Institucional (abrigo)”, considerando o público alvo a ser atendido (adultos e famílias) e a aparente tendência pelos abrigos às casas-lares e às repúblicas, temos como hipótese que, se a pergunta equivocada no Censo tivesse sido oferecida corretamente, conforme a tipificação, os indicadores trariam números bem mais expressivos do que os 1,04% das entidades que referem executar esse serviço.

⁷⁶ Fragmentos das anotações do diário de campo, referente à Oficina realizada em 10/02/2012, com profissionais do SUS e do SUAS, no Centro de Referência de Formação Permanente - CRR/Projad/UFRJ.

⁷⁷ Fragmentos das anotações do diário de campo, referente à Oficina realizada em junho 2012, junto ao Grupo de criação do instrumental para população em situação de rua, promovido pela Superintendência de Proteção Social Especial - SPSE/SEASDH.

Se um grande número de pessoas passam a ser confinadas num mesmo espaço, passam a ficar precárias as condições para o atendimento, incluindo nessa precariedade a redução das possibilidades de desenvolvimento de técnicas de manejo. Com isso aumentam-se as chances de se enrijecerem as normas como forma de garantir ordem para o funcionamento. Se a norma passa a cumprir a função da técnica na intervenção, naturalizam-se as práticas que deveriam fazer variar o atendimento em função das diferenças de cada caso.

5.3 – Pede pra sair!

Para efeitos de análise acerca da realidade das práticas atuais nos serviços de alta complexidade do SUAS, nos propomos a analisa-los aqui a partir de alguns dados do nosso campo de experiência. As informações que deram base às análises desse tópico são provenientes do monitoramento do programa estadual de assistência a usuários de drogas, mantido pela SEASDH e do qual já viemos nos referindo. As unidades desse programa guardam muitas semelhanças com serviços de alta complexidade do SUAS. Criado há mais de uma década no estado, o programa sempre teve como objetivo o atendimento a usuários de álcool e outras drogas. Sendo implementado por meio de convênios, celebrados entre aquela Secretaria e ONGs, as unidades do programa sempre receberam adultos de ambos os sexos e não se restringiam ao atendimento à população em situação de rua.

Como já descrevemos, embora as unidades do programa viessem a servir como serviço de acolhimento institucional temporário característico da Assistência Social, desde sua criação, em 1999, ele ficou conhecido no estado como “Programa - Clínicas Populares” por aquilo que o caracterizava também como um serviço de Saúde. Desde sua criação, esses serviços foram implementados na modalidade de internação eletiva e, a vinculação do caráter clínico se construiu principalmente em virtude do perfil dos usuários atendidos (pessoas que vivenciavam agravos, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas), e da composição das equipes de profissionais (psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, etc) que davam ao atendimento o tom de serviço especializado em Saúde.

Independente das variáveis técnicas que pudessem diferenciar o trabalho assistencial em cada uma das unidades, elas tinham em comum um mesmo conjunto de regras que regulava o convívio diário no ambiente de acolhimento institucional e/ou internação. Essas normas tinham por objetivo garantir a ordem e o funcionamento dos serviços. Revisando os documentos do Programa, verificamos que, para que fossem aceitos, deveriam os usuários concordar com três normas básicas: não usar drogas durante o período de estada na Unidade,

(com exceção para o tabaco e os medicamentos prescritos); não se envolver sexual e/ou afetivamente com funcionário ou usuário; não agredir, verbal e/ou fisicamente, qualquer pessoa dentro da Unidade.

Entretanto, o trabalho de supervisão da SEASDH nessas unidades, demonstrava que, na prática dos serviços, eram aplicadas várias outras normas proibitivas, tais como: não jogar baralho; não usar óculos escuros, não usar boné, evitar determinadas conversas, etc. Ou seja, para além das normas institucionais mais genéricas e visíveis, que já apontavam para as abstinências como regras centrais, havia uma série outras abstinências a que os usuários também deveriam se submeter se quisessem receber o atendimento. Durante os encontros com as equipes das unidades do Programa, essas regras eram explicadas não só como necessárias à manutenção da ordem dentro do serviço, mas também como forma de descondicionar “comportamentos ativos” dos usuários.

Utilizando técnicas tradicionais de aconselhamento em dependência química e adotando abordagem programática inspirada no método Minnesota dos “12 passos”, deveria ser evitado todo e qualquer modo de se vestir, a linguagem própria, o gestual, enfim, formas “típicas” de viver das pessoas que frequentam e habitam o “mundo das drogas”. No contexto institucional, isso é o que adquiria sentido de abster-se de “comportamentos de ativos”. Esses dados qualitativos eram corroborados pelas informações sobre dificuldades das equipes em lidar com “a falação dos usuários” num contexto de internação, como já mencionado no caso da experiência do grupo de RD no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba na cidade de Niterói (TORRES; RÊGO & THOMÁS; 2011).

Diante desses indicativos, na SEASDH se criava a necessidade de olhar com mais atenção os motivos e a forma como se davam os desligamentos de usuários dos serviços, bem como a necessidade de produzir outras leituras a partir dos dados de monitoramento do Programa.

Segundo os relatórios de gestão do Programa, no ano de 2009, alguns dados epidemiológicos referentes aos atendimentos prestados na segunda Unidade (Valença) mostravam que, do total de usuários ali acolhidos, 36,7% haviam sido desligados do serviço a pedido do usuários; por evasão; transferências e altas administrativas (RIO DE JANEIRO; 2010a). Ou seja, essas formas de desligamento, indicavam intercorrências que resultavam na interrupção do atendimento. Quando esses desligamentos eram mensurados por gênero, os percentuais indicavam que esse tipo de baixa chagava a 32,5% entre usuários do sexo masculino, e, no caso de usuários do sexo feminino, esse percentual ultrapassava os 50%.

Confrontando os indicativos dos relatórios da execução do programa com o registros de desligamentos que as Unidades encaminhavam à gestão, concluímos que, pelo menos no que se referia às altas administrativas (31,4% das baixas na unidade de Valença), sobressaíam os

desligamentos sumários dos usuários por desrespeito às normas. Ora, mesmo os desligamentos feitos a pedido dos usuários (59,2% das baixas) e as evasões (3,2%) não poderiam ser compreendidos sem considerar as normas vigentes nas Unidades como variáveis que interferiam na motivação dessas pessoas em permanecer sob acompanhamento nos serviços. Merece ainda destaque nesse quesito, a forma como as práticas de atendimento precisavam fazer variar as normas institucionais, quando aplicadas aos casos encaminhados via Judiciário.

Um dos problemas recorrentes verificados pela gestão do programa e pelas equipes nas Unidades, residia na dificuldade advinda da impossibilidade de aplicação igualitária das normas institucionais a todos os usuários. Desde sua criação, o programa recebia encaminhamentos de demandas voluntárias para internação, mas também os usuários encaminhados compulsoriamente pela Justiça. Essa mescla criava uma série de atropelos ao atendimento, uma vez que as internações compulsórias deveriam ser mantidas, independente do comportamento e da vontade dos usuários, pelo menos até o momento em que a autoridade competente se sentisse convencida a concordar com as orientações das equipes técnicas. Enquanto as regras tinham de ser tolerantes com esses usuários, independente de transgressões, elas eram aplicadas, rigorosamente, àqueles que vinham encaminhados voluntariamente pela rede de serviços. Ou seja, ao receber simultaneamente a encaminhamentos voluntários, involuntários e/ou compulsórios, saíam sempre prejudicados os usuários que buscavam ajuda voluntariamente.

Isso trazia para a gestão do Programa a necessidade de reavaliar a forma dos desligamentos de usuários dos serviços, utilizando os dados do monitoramento para devoluções às equipes em reuniões de supervisão técnica. Analisando esses desligamentos identificados como “alta administrativa”, verificamos informações que exemplificam os mais diversos comportamentos, que “justificariam” desligamento automático do usuário do serviço, em virtude de infração às normas. Portar drogas, que não o tabaco; tentativa de furto de medicamento na farmácia da Unidade; agressões verbais a funcionários, usando palavras de baixo calão; relações sexuais entre usuários e, ou, exibição explícita de comportamento homo-afetivo; recusa do usuário em participar das atividades programadas, etc. Esses eram os exemplos mais recorrentes de descumprimento às normas e perturbação da ordem.

Ou seja, pelo que podemos concluir da nossa experiência junto ao Programa, aquilo que muitas vezes aparece, na prática, como justificativa para inviabilidade ou para o fracasso da intervenção é justamente o que requer maior atenção. O que é usado como dado explicativo das causas para as dificuldades dos usuários acessarem e permanecerem nos serviços disponíveis, e que na maior parte das vezes responsabiliza o usuário por esse fracasso, são,

em realidade, um resultado da forma como esses mesmos serviços são implementados. O resultado dessas análises ajudavam a compreender como podem se dar práticas atuais nos serviços de alta complexidade do SUAS⁷⁸.

O usuário veio me dizer que não podia falar a verdade no trabalho do grupo, pois se dissesse, isso poderia chegar até ao abrigo. ‘Se lá eles souberem que eu não parei de usar, eles vão me expulsar!’ Lá no abrigo eles não entendem que ele não consegue ainda ficar sem usar. Se conseguisse, talvez nem estivesse na rua e nem precisasse de abrigo. O pior é que isso atrapalha o acompanhamento dele aqui no grupo, porque ele vem porque quer, mas no grupo, tem outras pessoas que estão aqui obrigadas pelo abrigo e são essas pessoas que ele tem medo que o denunciem se ele falar a verdade⁷⁹.

Ou seja, esses fragmentos traziam para nós um indicativo de que os entraves normativos observados nas unidades do programa estadual, podiam não ser diferentes daqueles encontrados nos outros equipamentos da rede de alta complexidade do SUAS. E essas pegadas ficavam ainda mais visíveis quando comparávamos os dados da nossa observação com informações oriundas de outros estudos já realizados.

Segundo Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua (BRASIL; 2009), as pessoas que se encontram nessa condição preferem, em sua maioria (46,5%), dormir na rua a se utilizar dos albergues disponíveis. Os motivos alegados pelos entrevistados na pesquisa foram assim relatados: 44,3% dos que preferem dormir na rua, o fazem pela falta de liberdade nos abrigos; 27,1% justificaram essa preferência em função dos horários de funcionamento desses equipamentos, bem como outras rotinas a que estão submetidos; e, 21,4% alegaram essa preferência em virtude da proibição do uso de drogas nesses locais (BRASIL; 2009a, p. 91).

Quando as questões do atendimento socioassistencial se voltam para um público que tem o uso de drogas entre as variáveis que interagem com outras vulnerabilidades, os agravos sociais e as violações de direitos que a Assistência Social visa prevenir e fazer superar, esses números trazem informações importantes acerca das práticas que se tem materializado nos

⁷⁸ Cabe lembrar que os serviços do programa estadual que vimos descrevendo, não fazem parte da rede oficial orgânica do SUAS ou do SUS. Sendo iniciativas de um programa de governo, com características híbridas (saúde / assistência social), fora das normas atuais dos dois Sistemas, eles não podem ser reconhecidos pela tipificação dos serviços oficiais. No entanto, enquanto serviços complementares à rede de serviços de base territorial, entendemos, que o seu modo de funcionar não se diferenciam dos equipamentos de acolhimento institucional tipificados pelo SUAS, e por isso, consideramo-los válidos para o que aqui nos propomos. Entendemos ainda que a falta de reconhecimento formal no âmbito dos Sistemas, não tem impedido que as Unidades desse programa façam parte de uma rede de cuidados e assistência real, onde circulam informações advindas das práticas nos diversos serviços oficiais de Saúde e de Assistência Social.

⁷⁹ Fragmento de anotação do diário de campo, referente à fala de uma educadora do OGIDERJ, em reunião técnica ocorrida em 16 de outubro de 2012.

serviços. Assim como observamos na gestão do Programa na SEASDH, nas circunstâncias descritas pela referida pesquisa com a população em situação de rua, as pessoas parecem deixar de receber assistência, em virtude de condições que passam a lhes serem impostas.

Essas normas e praticas impedem a emergência de conflitos internos à instituição, uma vez que reforçam o poder de seus agentes quanto à funcionalidade da instituição. As poucas manifestações de resistência como o desagrado diante da não admissão de pessoas alcoolizadas, ou a não aceitação da norma que prevê que os objetos pessoais devam ser deixados na portaria, são encarados como transtorno. Seria ingênuo supor o funcionamento sem regras básicas. A questão se agrava, no entanto, quando se observa a existência de um pacto implícito que consiste em vincular bom comportamento a tempo de permanência. Bom comportamento é entendido como obediência às regras de forma resignada e conformista (VIEIRA, BEZERRA & ROSA in BRASIL; 2009a, p. 71).

A partir dessas confrontações, podemos concluir que, pelo menos parte dos usuários dos serviços do SUAS passa a ser excluída do atendimento por aquilo que deveria ser motivo principal da Assistência Social a ser prestada. Cabe assim uma provocação: se os serviços passam, em nome de um “bom funcionamento” e da boa ordem, a atender apenas às situações de fácil manejo, talvez se devesse questionar, até mesmo, o caráter de interesse público na manutenção desses equipamentos, uma vez que esse tipo de pré-seleção de demandas, acaba deixando de atender os casos mais problemáticos e aos agravos que demandariam atenção imediata, provocando assim transtornos sociais dos mais variados tipos.

Devemos considerar, é claro, que, muito das práticas que hoje ainda se verificam nesses serviços são heranças dos modos de pensar a assistência e o cuidado especializado. Até bem pouco tempo atrás, não seria possível sequer fazer esse tipo de questionamento às práticas de atendimento. Num contexto onde o consumo de drogas era um crime “associado à subversão” (COIMBRA; 1995, p. 29), e, onde um cidadão sem teto e sem trabalho podia vir a ser preso por vadiagem, qualquer serviço de Assistência Social só poderia operar pela via do acolhimento aos “bons moços” e aos bem comportados. Dos demais casos devia se ocupar a polícia e os serviços de repressão. Um questionamento do tipo a que nos propomos só se torna possível no atual contexto, de busca incessante por um Estado de Direito, de uma Democracia que pretende avançar na construção de políticas sociais efetivamente públicas.

5.4 - Práticas Higienistas: perversões da proteção social

É preciso notar que as práticas institucionais que impõem condições para acolhimento de usuários de drogas (não só a eles) nos dispositivos do SUAS, não produzem efeitos apenas sobre o funcionamento dentro desses serviços, ou como poderíamos criticar, violam direitos individuais. Pelo que podemos depreender até o momento, elas parecem associar-se à produção de uma realidade social, que afeta e interfere no funcionamento dos outros serviços disponíveis na rede de cuidados e assim, elas também se constituem como forças que produzem o próprio território onde esses dispositivos estão instalados. Deve-se compreender, ainda que, as regras de funcionamento nessas unidades de abrigamento não se legitimam ou se sustentam por si mesmas, mas sofrem interferências externas, na sua proposição e aplicação.

Se passou um mês, e não obtive nenhuma resposta com relação ao assunto abaixo, pelo contrário todas as operações que são realizadas são na Zona Sul e Norte onde são apreendidos mais viciados e encaminhados para a cracolândia da Zona Oeste que é localizada praticamente dentro do centro de reabilitação para onde essas pessoas são encaminhadas (ANTIGO SENAI DE PACIÊNCIA). Como sempre nós da Zona Oeste podemos continuar dizendo ‘somos esquecidos pelos nossos políticos, visto que; não moramos em uma área turística’ é muito fácil retirar pessoas drogadas de uma parte do estado e concentrar todos em uma área menos favorecida do ponto de vista turístico, mais o que ocorre agora é que moro a mais ou menos 1,5km desse ponto de venda de drogas, e já perdi duas bicicletas e um botijão de gás para esses malditos usuário de droga desse abrigo, não podemos mais deixar nada nos nossos quintais pois eles pulam o muro e levam para trocar por droga nas bocas de fumo. Desde já agradeço a ajuda de algum órgão competente que possa efetuar pelo menos uma operação na estação de trem Tancredo Neves onde sem dúvida podemos afirmar que está acontecendo uma chacina por dia com a venda de droga⁸⁰.

O texto que aqui utilizamos refere-se à transcrição de uma denúncia feita por um morador da Zona Oeste carioca junto à Ouvidoria da Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH/RJ – e encaminhada ao Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas - CEPOPD-RJ. O teor da denúncia só pode fazer sentido num contexto de uma realidade que passou a ser produzida pelo impacto dos “choques de ordem” levados a termo nos últimos anos pela Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Inicialmente executadas pela Secretaria Municipal de Ordem Pública desse município, as “operações” - Copabacana; Ipabacana – visavam, junto com o Programa Estadual das Unidades de Política Pacificadora

⁸⁰ Fragmento de correspondência recebida pela Ouvidoria da SEASDH e encaminhada ao Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas. Assunto: “Desvalorização e degradação da vida humana na zona oeste”. Rio de Janeiro: Ouvidoria SEASDH/CEPOPD-RJ, 14 de março de 2012.

– UPPs, melhorar a imagem da “Cidade Maravilhosa” para recepcionar os grandes eventos programados até 2016.

Essas operações, no entanto, ganharam outra dimensão, quando passaram a estar associadas às práticas da Assistência Social nesse município. Após publicação da Resolução SMAS Nº 20, de 20/05/2011, da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro, o Serviço de Abordagem Social⁸¹, direcionado à população em situação de rua, especialmente a crianças e adolescentes usuários de crack e outras drogas, passaram a seguir por um protocolo. Entre os procedimentos instituídos pela Resolução da SMAS carioca (28 ao todo), aparecem orientações não previstas na tipificação dos serviços socioassistenciais. Entre eles, destacam-se: o acionamento do Conselho Tutelar, já que a permanência de crianças e adolescentes nas ruas “não poderá ser vista como uma possibilidade”; o encaminhamento de crianças e adolescentes para unidade de acolhimento, impedindo-os de evasão; acompanhamentos dos acolhidos à delegacia, para verificação de mandados de busca e apreensão. Assim, crianças e adolescentes, usuários de drogas ou não, “recolhidos” pelo serviço de abordagem social do município passaram a ser levados, compulsoriamente, para dispositivos de contenção física e química, montados especialmente para esse fim.

As semelhanças entre os antigos manicômios na Saúde e os modelos de abrigo na Assistência Social parecem ser muitas e não se restringem às práticas de atendimento, mas até mesmo na forma da gestão territorializar os serviços: distantes e afastados dos territórios. Continuando com os exemplos da Cidade do Rio de Janeiro, destacam-se os serviços para adultos. Embora não estejam sujeitos às mesmas medidas compulsórias estabelecidas para crianças e adolescentes, face à inexistência de equipamentos nos bairros da Zona Sul e Centro da cidade, passaram os sujeitos recolhidos nas abordagens a ser “convencidos” e levados para “abrigos” da Assistência Social localizados, em sua maioria, na Zona Oeste da cidade.

Consultando a página oficial da SMAS/RJ⁸², podemos observar que os serviços de alta complexidade da proteção social especial da Assistência Social (centros de acolhimento), da prefeitura do Rio de Janeiro encontram-se distribuídos pelos bairros de São Cristóvão; Realengo; Freguesia, em Jacarepaguá; Galeão, na Ilha do Governador; Jesuítas, em Santa Cruz; e, no prédio do antigo Sesi/Senai, em Paciência (serviço identificado na denúncia).

⁸¹ O Serviço de Abordagem Social é um serviço característico da proteção social de média complexidade da Assistência Social, tipificado pela Resolução nº 109, de 11/11/2009, referenciado aos Centros de Referência Especializados da Assistência Social – CREAS.

⁸² Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smas/exibeconteudo?article-id=157413>.

Não deveremos entrar no mérito de julgar se nesses bairros existem demandas por serviços de acolhimento institucional. Muito provavelmente, as situações de vulnerabilidade social, a situação de rua, associadas ou não às cenas de uso público de drogas ilícitas, não serão privilégios da realidade de alguns bairros, mas podem estender-se por muitos territórios, especialmente em grandes metrópoles. O que chama a atenção nesse caso é a inexistência de serviços de alta complexidade da Assistência Social (abrigos, casas de passagem, etc) em áreas com grande concentração de demandas como, por exemplo, o Centro da Cidade. Esse mapeamento demonstra de que forma as práticas de gestão incidem sobre a territorialização dos serviços, favorecendo a higienização de alguns bairros em detrimento da produção de vulnerabilidades em outros.

Como descrito na denúncia citada, os usuários “recolhidos” pelo serviço de abordagem social passam a ser transferidos para outros bairros, vindo a se somar ao quantitativo das demandas nesses locais. Essa prática viola as normativas do SUAS, viola o direito dos usuários transferidos, que deveriam ser atendidos em serviços próximos dos locais onde vivem e trabalham, assim como cria toda a sorte de tumultos para as comunidades e serviços da rede que passam a receber, compulsoriamente, esse “*plus*” de demandas. O clímax do agravamento, pode ser lido no incremento dos preconceitos dirigidos aos usuários de drogas, que passam a ser culpabilizados, individualmente, pelos agravos sociais que passam a se verificar nas comunidades que os recebem a contragosto⁸³.

Diante de situações como as descritas, emergem várias outras questões, há muito proteladas, quais sejam: a falta de investimentos em serviços de Saúde que se aproximem da população em situação de rua em geral (abrigada e não abrigada), e das cenas onde grupos de pessoas se reúnem em espaços públicos para uso coletivo de drogas; as dificuldades de traçar ações coordenadas entre a Assistência Social e a Saúde; descontentamentos e protestos de trabalhadores contra os retrocessos, ou estagnação dos financiamentos e implementação de dispositivos alternativos de Saúde Mental.

Nesse contexto, a proteção social especial ofertada pela Assistência Social (montando serviços de contensão química e física) passa a ser apontada por comparecer como uma espécie de responsável pelos retrocessos nas lutas pela reformas sanitária e psiquiátrica; pela falta de investimento político na implementação de serviços da Saúde Mental, como política higienista, ou ainda, como braço encarcerador e judicializante do Estado, que propicia

⁸³ Cabe registro que, diferente das comunidades cariocas antes dominadas por traficantes, em sua maioria, ligados ao Comando Vermelho, e que passaram a receber as Unidades de Polícia Pacificadora – UPP, os bairros da Zona Oeste do Rio, não pacificados, são dominados por milícias. Ou seja, a conduta do Poder Público municipal em higienizar o Centro e a Zona Sul da cidade, transferindo população em situação de rua e usuários de crack dessas localidades para a Zona Oeste pode facilmente converter-se em políticas de extermínio.

violações de direitos e com possíveis acenos de retorno aos modelos de confinamento. Em suma, vemos surgir um tipo de Assistência Social que se ergue contra o seu próprio movimento de criação e antagonista dos movimentos sociais no SUS, criando, na prática, toda a sorte de constrangimentos para militâncias e trabalhadores que precisam interagir no cotidiano da construção de redes.

Muitas vezes, apoiados na cooperação de Juizados da Infância e Adolescência e Ministério Público, essas iniciativas na Assistência Social tentam se justificar com base nos deveres do Estado para com a garantia de medidas de proteção à infância e a adolescência abandonada. Devendo ser “protegida” das drogas em geral e, do consumo do crack em especial, surge um Estatuto de Criança e do Adolescente – ECA, usado para “denunciar” uma suposta falta de eficiência dos serviços da rede de Saúde. Essa espécie de judicialização da ineficiência tenta assim se colar aos novos dispositivos de Saúde Mental, como a rede CAPS, que faria legitimar práticas arbitrárias de (re)colhimento institucional na Assistência Social.

No calor dos embates, muitas outras inquietações são despertadas: o atual alinhamento político no estado do Rio de Janeiro e, a pactuação entre instâncias governamentais cria condições para omissão dos Governos Federal e Estadual, diante dos equívocos como do município do Rio de Janeiro; acusações são trocadas entre trabalhadores da Assistência Social e da Saúde, como se houvesse a necessidade urgente de um julgamento moral, que permitisse definir o direito de um dos lados ao monopólio da razão. Se nas fronteiras onde se afetam o SUS e o SUAS já se podiam notar alguns enfrentamentos e separações, quando se foca a assistência aos usuários de drogas, todas as inquietações que viemos analisando parecem ficar ainda mais explícitas.

6 – Conclusão - Moléculas de proteção social

6.1 – Rola uma química?

Se de um modo geral é possível mapear nas fronteiras entre as políticas públicas disputas por territórios, e que se expressam em lutas por melhores orçamentos, por valorização de um fazer que exija pensar novas formas de divisão social do trabalho; e, se no caso específico da atenção ao uso prejudicial de drogas, essas disputas reverberam em lacunas normativas, críticas e acusações que atualmente ilustrariam um certo estado de caos, queremos finalmente nos deter, sobre como esse caos também pode ser produtivo e como ele está intimamente produzindo químicas, entre os territórios da Assistência Social e da Saúde.

Junto de outros autores, já tratamos de analisar, no capítulo III, alguns movimentos que apontam para separação entre as políticas de Saúde e Assistência Social. No primeiro capítulo, pudemos ver com Espinosa que toda fragmentação diminui a potência da proteção social. Assim como a potência dos corpos que isoladamente se anula, juntas as políticas podem mais que uma ou outra separadamente. Mas, se já tivemos condições de cartografar movimentos que apontam para separações, cabe perguntarmos: como elas se juntam, como se afetam resultando o aumento nos níveis de potência comum, como elas se ligam entre si, o que as liga uma a outra? Se continuarmos a seguir a filosofia espinosana, teremos de pensar na ampliação da potência do direito em sua causa necessária, nos afetos que decorrem da própria potência de natureza das políticas.

Afirmar, por exemplo, que a Seguridade Social é constituída pela Saúde, Previdência e Assistência Social pode conduzir a um equívoco tão grande quanto quando afirmarmos que a constituição da água que bebemos é H_2O , ou ainda que a cachaça vendida nos botecos brasileiros é CH_3CH_2OH . Assim como as várias espécies de águas existentes, qualquer bom apreciador da especialidade brasileira saberá diferenciar uma “caninha” de outra, embora, em sua base, todas contenham a mesma fórmula química, aliás, encontrada em qualquer espécie de álcool etílico.

Se o modelo não dá conta (em seus elementos de base) das configurações do real, ele se transforma em uma ideologia ou em um discurso como mero arranjo de palavras impactantes, e isso não significa o efetivo alcance das mudanças e dos resultados esperados. Ter um modelo brasileiro de proteção social não significa que ele já exista ou que esteja pronto, mas que é uma construção que exige muito esforço de mudanças. (...) A concretização do modelo de proteção social sofre influência da territorialidade, pois ele só se instala, e opera, a partir de forças vivas e de ações com sujeitos reais. Ele não flui de uma fórmula matemática, ou laboratorial, mas de um conjunto de relações e de forças em movimento (SPOSATI, in BRASIL; 2009d, p.17).

No que tange ao aspecto laboratorial, entendemos que Sposati quisesse ressaltar a impossibilidade de prescrições ou de receitas prontas que dessem conta do modelo. Mas pensamos que proteção social seja sim um produto de laboratório, produto da experiência, resultado de um fazer. Em primeiro lugar, já devemos admitir que o próprio texto de Sposati, assim como o nosso, são em si mesmos produtos de um laboratório, de uma experimentação de ideias, teorias, etc. O próprio fazer já é uma experiência capaz de alterar consciência, e por isso, os textos carregam nas letras uma potência de biocontaminação. Em segundo lugar, não parece ser algo comum que os textos, científicos ou não, venham precedidos de bula, com informações acerca administração do modelo objeto da análise e/ou advertências acerca dos efeitos adversos que o seu uso possa vir a provocar. Como já citamos com Marx no primeiro capítulo, “produção é consumo e, consumo é produção”, logo, é preciso guardar cuidados acerca das formas de uso dos produtos: usar é experimentar; experimentar é usar.

Outra questão intimamente imbricada à construção e ao uso de um modelo, que tem uma fórmula, é que é justamente no território que ela se realiza. A construção de qualquer proteção social exige olhar o território como um laboratório, onde interagem todas as espécies de químicas, sejam elas orgânicas (vivas) ou inorgânicas (não vivas). Alguns afetos entre elementos químicos podem gerar reações explosivas, já outros, que permitem ligações entre os elementos constituintes, geram pequenas moléculas que, dependendo das condições de temperatura e pressão, podem se expressar sob a forma de sólidos, líquidos, gases.

Se já nos parece temerário continuar a seguir descrições Constitucionais da Seguridade Social como receita, aqui temos ainda um outro complicador: diferente da água ou da cachaça, que possuem seus elementos básicos constituintes em situação de estabilidade, a proteção social possui elementos básicos em movimento de mutação constante. Numa leitura canguilhemiana, diríamos que as normas que regem a produção das moléculas encontradas na cachaça são muito mais rígidas que aquelas que permitem a produção das moléculas de proteção social.

Todas as bebidas alcoólicas tem uma única fórmula básica à qual se atribui um efeito depressor do sistema nervoso central. A cocaína (seja cheirada, injetada ou fumada), também possui uma fórmula básica à qual atribuímos os efeitos estimulantes esperados. No entanto, não se pode dizer que o crack vendido em território “A” tem a mesma composição que aquele vendido em território “B”, principalmente se os produtores e traficantes são de diferentes grupos. A água do rio de ontem não é a mesma que corre no rio hoje. Poderíamos dizer, inclusive, que a única H₂O disponível para matar a sede atualmente, é uma marca patenteada de refrigerante de qualidade questionável, disponível nos supermercados. Assim, é fácil entender que a Seguridade Constitucional, concebida pelos legisladores em 1988

também não é mesma que hoje encontramos em 2012. Estamos falando de produções sujeitas aos afetos produtores de modulações permanentes.

Que tipo de drogas os usuários usam? Alguns poderão argumentar que, em se tratando de produtos legais ou ilegais, o usuário acaba usando aquilo que está à disposição do mercado naquele momento. Na ausência da maconha, o usuário poderá experimentar uma pedra de crack se lhe é oferecido. Mas, um outro, poderá preferir juntar os dois, fazendo um “*desirée*”, modificando o efeito agora combinado entre as duas drogas. Outros ainda tenderão a mesclar múltiplas drogas. Ou seja, a formulação de receitas, de misturas possíveis, definirá a variação dos produtos para uso, implicando constituição do próprio território: do laboratório vivo.

Assim, ficamos autorizados a interrogar sobre qual estética, a cor, o aroma, que queremos para a para a proteção social? Como estão se ligando os seus componentes? A que outras substâncias os seus elementos básicos Constitucionais tem se misturado? Para além dos movimentos de separação, tem sido possível pensar moléculas onde se verifiquem juntos alguns elementos? Também já podemos entender as condições que determinam as estabilidades e instabilidades que fazem variar a realidade produzida? Que tipo de uso se tem feito dela? Como os “destinatários dos serviços”, os trabalhadores, os gestores a experimentam? São tantos os cheiros que emanam dessa grande cozinha que deveremos nos contentar, pelo menos por enquanto, com a salivação que muitos deles nos provocarão.

Qualquer oportunidade para observar afetos e interações entre componentes de proteção social só se dá na prática, na experiência produtora do direito, que é em si mesma, a reivindicação e o exercício do direito. Independente do nome que se dê a esse tipo de ligação, poder-se-ia dizer, como no jargão popular, que “rola uma química”. É assim que se costuma dizer corriqueiramente quando uma forte atração une as pessoas, agenciando desejos, não apenas para um encontro, mas para permanecerem juntas. As próprias drogas, sendo compostas por moléculas, só se tornam possíveis em seus resultados (para o bem e/ou para o mal) graças a ligações entre os elementos químicos que as compõem.

Parte desta dissertação, que resultou em problematização teórica, permitiu apontar algumas direções para a conclusão da pesquisa. Num momento, quando se assiste à intensificação dos aparatos de controle sobre o consumo de bebidas alcoólicas no trânsito, e quando se convocam internações e acolhimentos compulsórios para usuários de drogas a pretextos de não terem essas pessoas condições de guiar as próprias vidas, tornou-se oportuna a produção de uma tecnologia, de um certo “bafômetro”, que permita acolher e analisar hálitos políticos produtores de realidade. Utilizar a fissura como categoria de análise, para mapear os movimentos de produção de subjetividades no atual contexto das políticas sobre drogas,

permite concluir que os modelos de intervenção que se propõem a exercer certo direcionamento na vida da população também estão sujeitos a impregnações e excessos dos quais resultam vertigens e ilusões. Paradoxalmente, é a partir de um certo entendimento, mais ou menos corrente do que seja a alucinação e a alienação, que também se poderá produzir novas diretrizes para as políticas públicas. Acerca desse paradoxo, Deleuze dirá:

Como se a fissura não atravessasse e não alienasse o pensamento senão por ser também a possibilidade do pensamento, aquilo a partir do qual o pensamento se desenvolve e se recobre. Ela é o obstáculo do pensamento, mas também a morada e a potência do pensamento, o lugar e o agente (DELEUZE; 1969/2011, p 342).

Entender como a fissura de uma pessoa que usa drogas é capaz de destruí-la e/ou como a fissura pode voltar-se contra si mesma, produzindo cuidado e assistência sob a forma de Redução de Danos, será algo capaz de permitir, não apenas a compreensão sobre como a vida desse indivíduo se destrói, se preserva e/ou se transforma, mas algo com a potência de criar novas formas de pensar as ações do Estado, de fazer com que a sociedade dê outro passo no processo de produção de políticas. Em outras palavras, poder-se-ia afirmar que, compreender a produção da proteção social estatal dependerá das condições que permitam pensá-la em seu processo de criação espontânea com potência de gerar um meio capaz de proteger e capaz criar sentidos para essa proteção.

A partir das referências consultadas, conclui-se que não existiria qualquer possibilidade de consciência, inclusive consciência política, que não seja, em si mesma, uma consciência alterada. Nesses termos, pensar as atuais práticas de cuidado e assistência dirigida a pessoas que usam drogas implica pensar produção de subjetividades em determinados contextos de experimentação, sejam eles na esfera da academia, dos territórios de existência das famílias e/ou do próprio Estado.

Tanto o uso prejudicial de drogas quanto a produção de políticas assistenciais poderão adquirir outros sentidos quando atravessados por conceitos que funcionem como dispositivos de análise. Seja por meio de uma clínica, na Saúde, e/ou, pelo acolhimento, na Assistência Social, pode-se propor políticas cognitivas, que funcionem como uma espécie de “terapia de substituição” para aquelas situações, onde o uso prejudicial de determinados produtos (conhecimentos, leis, drogas, serviços, etc) geram tragédia.

6.2 - Experimentando o épico

Reflexões epistemológicas como as que foram desenvolvidas por Canguilhem guardam forte potencial político e emancipatório, abrindo espaço para pensar normatividades sociais. Vladimir Safatle (2011), numa citação a Honnet, argumentará sobre possibilidades de pensar situações onde,

o disfuncionamento social não diz respeito apenas a um prejuízo contra os princípios de justiça. Trata-se, na verdade, de criticar as perturbações que partilham com as doenças psíquicas a característica de restringir ou alterar as possibilidades de vidas supostamente ‘normais’ ou ‘sãs’ (SAFATLE; 2011, p. 15).

Em se tratando de pensar a proteção social como um processo de produção sujeita aos afetos, para as práticas nos serviços do SUAS numa articulação com o SUS, uma reflexão como essa é extremamente relevante, especialmente quando a Assistência Social e a Saúde assumem nos movimentos de suas construções a defesa de direitos sociais e humanos. Pensar a garantia de direitos exigirá reconhecer, fazer ler a existência de modelos universais que pré-determinam a concepção de movimento histórico e aquilo precariza as condições de entendimento acerca do seja protagonismo político. Modelos esses que tem implicado a produção de uma razão como latifúndio e o exercício do direito como monopólio de alguns.

Compreende-se que a lógica dominante que reproduz esses modelos, funciona como indústria e tem ligações estreitas com mesma razão que levou Espinosa a afirmar que “maioria crê que os ignorantes perturbam mais a ordem da natureza do que a seguem, e concebe os homens na natureza como um estado dentro do estado” (ESPINOSA; 1632 – 1677 / 2009, p. 13). O modo de subjetivar que estabelece critérios diagnósticos, portanto, separando quem não tem condições de guiar a própria vida, daqueles que tem condições para arbitrar sobre a vida dos outros, estaria entre as causas das desigualdades sociais.

Se os serviços do SUAS não devem ofertar tratamentos, mas ao mesmo tempo entende-se, que devam estar alinhados às políticas de Saúde, aqui particularmente às de Saúde Mental, parece estar em aberto uma discussão sobre a forma que a Assistência Social deverá abordar as demandas que chegam aos seus serviços onde o uso prejudicial de drogas está associado. Como vimos em nossas análises, muitos usuários não conseguem acessar serviços e deixam de receber assistência justamente por serem usuários de drogas. Ou seja, entendemos que essas imposições aos usuários produzem uma temporalidade arbitrária, uma espécie de roteiro que hierarquiza a forma de acesso aos direitos sociais. Essa hierarquização, não só inviabiliza as possibilidades diversificadas de intervenção, como responsabiliza pessoas nos

casos onde o roteiro prescrito fracassa. Melhor dizendo, esses modelos prescritores são criados e mantidos exatamente para produzir culpa em larga escala, afinal a indústria do constrangimento da qual já nos referimos precisa sempre incidir sobre as possibilidades de variação à norma para garantir a reprodução compulsiva da mesmice.

Assim, desde que o modelo de ensino permaneça inalterado, se as crianças não conseguem aprender matemática na escola, é porque as crianças tem déficit de atenção e hiperatividade e por isso precisam ser tratadas e medicalizadas; se os drogados não se recuperam conforme o esperado é preciso submetê-los a tratamentos forçados, desde que não se mude aquilo que esperamos da cura e da reabilitação. Mas, qual a ordem ideal para as pessoas acessarem direitos? O que deve vir primeiro: a cura para a doença, a casa, a educação, o trabalho?

A gente não quer só comida. A gente quer comida, diversão e arte...
 A gente não quer só comida. A gente quer saída para qualquer parte...
 A gente não quer só comida. A gente quer bebida, diversão, balé...
 A gente não quer só comida. A gente quer a vida como a vida quer...
 Bebida é água!
 Comida é pasto!
 Você tem sede de que?
 Você tem fome de que?...
 A gente não quer só comer. A gente quer comer e quer fazer amor
 A gente não quer só comer. A gente quer prazer prá aliviar a dor...
 A gente não quer só dinheiro. A gente quer dinheiro e felicidade
 A gente não quer só dinheiro. A gente quer inteiro e não pela metade...
 Bebida é água!
 Comida é pasto!
 Você tem sede de que?
 Você tem fome de que?... (ANTUNES; FROMER & BRITTO [Titãs].
 “Comida”; 1987)

Alguns poderiam argumentar que “livre dos vícios” todos os outros acessos tornar-se-iam mais fáceis. No entanto, enquanto os “tratamentos curativos” idealizados tornam-se condição primeira para acessar outros direitos, tornam-se também questionáveis as possibilidades de uma pessoa se tratar sob determinadas condições de vida. É claro que com essa afirmação estamos pressupondo que um tratamento, qualquer que seja, requer muito mais do que um simples acesso a consultas especializadas e o recebimento gratuito de medicamentos quando esses estão disponíveis no SUS. Supondo ainda que estejam reunidas as condições mínimas que favoreçam o tratamento, a imprevisibilidade do tempo a ser gasto com uma cura e uma reabilitação idealizadas impõe questionar quanto tempo será necessário para acessar os outros direitos. Garantir proteção social exigirá portanto pensar simultaneidades no acesso a serviços, o que exigirá da Assistência Social um coabitar com o uso de drogas nos seus serviços, ainda mais quando a Saúde adota a RD como modelo orientador de suas práticas.

Na Assistência Social, a expressão Redução de Danos é recorrente nos textos normativos. Está presente, desde 2004, na PNAS, na NOB/SUAS de 2005 e atravessa toda a Tipificação dos Serviços Socioassistenciais de 2009. Na redação da Lei nº 12.435/2011, que aperfeiçoou a LOAS de 1993, a Redução de Danos é novamente reafirmada. Porém, essa reafirmação aparece nas normativas e na lei como algo meio que desprezado das atenções. Ela é uma expressão muito exposta no textos, mas, ao mesmo tempo, “mofada” pela falta de uso na Assistência Social. No entanto, se a RD é subutilizada no SUAS, entende-se que isso se deva a uma carência de burilamento conceitual que permita sua utilização estratégica, assim como já é feito pela Saúde.

O Artigo 2º da Lei Orgânica do SUAS estabelece que a Assistência Social tem entre seus objetivos, “a proteção social, que visa à garantia da vida, a redução de danos e à prevenção da incidência de riscos” (BRASIL; 2011d). Mas a lei, por si só, não produz a necessária dissociação entre o risco e o dano, ao contrário, a norma e a lei normalizam a associação entre ambos, como se a simples existência do risco implicasse o dano. Isso fez com que no SUAS se desse muito mais importância à prevenção aos riscos, quando a RD parece ter sido abandonada das discussões por remeter a uma associação com às ações compensatórias⁸⁴ que tendem a desvalorizar a Assistência Social como política pública. Entendemos que isso é um equívoco.

Nem sempre onde há risco haverá dano. Na maior parte das vezes, para se produzir sentido para a vida é preciso correr riscos, e riscos para os quais ainda não existe seguro. Nesse caso, o primeiro imperativo a guiar práticas assistenciais no SUAS deverá ser o de não causar danos nos casos onde a exposição aos riscos seja imprescindível à produção e ampliação de territórios existenciais. O mesmo se aplica quando pensamos na produção dos territórios das próprias políticas públicas.

Sobre a noção de riscos a serem prevenidos, já tivemos oportunidade de analisar como ela é frágil e limitadora. Para além dos autores que já tem tratado de desconstruí-la e já citados nesta dissertação, especialmente na ceara do uso prejudicial de drogas e da população em situação de rua, também já se pode assistir o quanto de danos sociais essa dependência massificada da noção de risco tem produzido. E nesse sentido, usando do pretexto de satisfazer a fissura de prevenir riscos e estabelecer seguranças, o próprio Estado tem auxiliado na reprodução de higienização social de alguns locais, aumentando a precariedade de outros. Ou seja, para nós é absolutamente claro que a prevenção ao risco pode gerar dano.

⁸⁴ As ações compensatórias tem sido definidas como aquelas que são implementadas depois que o “mal” já está instalado. Essa definição produz imediatamente o entendimento de que com esta ação se “enxuga gelo”. Essa mesma definição é usada como falso argumento para precarizar as condições de pensar a RD como estratégia preventiva.

Por outro lado, parece estar em aberto a discussão do que se pode entender por Redução de Danos no SUAS, e/ou o que seria utilizar estrategicamente a RD como modelo orientador das práticas socioassistenciais.

O que está, em realidade, para ser discutido no âmbito das práticas socioassistenciais, é o método (*metá-hódos*). Uma coisa é estabelecer a RD como meta, compreendida em uma norma ou uma lei, outra é utilizá-la como *hódos*, caminho para ampliação dos níveis de proteção social e para aumentar a potência do direito. Quando nas normativas revisadas encontramos tantos parágrafos que ilustram a importância da participação dos usuários na construção das políticas públicas e, quando vários indicativos apontam que os serviços do SUAS, junto com os do SUS, são os protagonistas nas abordagens das cenas de uso de drogas nas ruas, torna-se necessário interrogar a cada vez o quanto a experiência do território tem sido aproveitada para fazer saber.

Quantos usuários de drogas e quantas pessoas em situação de rua, conhecedores das normas e das estratégias de vida do território tem sido capacitadas e contratadas para trabalhar nos serviços socioassistenciais? Como os saberes de RD inventados espontaneamente por essas pessoas tem sido aproveitados estrategicamente para promover intervenções mais condizentes com a realidade vivida? Pelo que pudemos revisar da literatura que aborda a RD, entendemos que ela alcança a dimensão de paradigma exatamente onde e quando se torna capaz de desconstruir noções comuns que temos a respeito de uso. Portanto, o que se abre com a RD para o SUAS, assim como já ocorreu na Saúde, é a oportunidade de usar estrategicamente um dispositivo que já se produz espontaneamente no território, inclusive nos territórios das políticas públicas.

6.3 – Como se produz um usuário?

Serge Paugam, retomando na teoria de Simmel a relação entre a pobreza e os “pobres”, relembra que “os pobres, enquanto categoria social, não são os indivíduos que sofrem de carências ou privações específicas, mas os que recebem assistência – ou os que deveriam recebe-la segundo as normas sociais” (PAUGAM, in SAWAIA [Org.], 2002, p. 69). Da mesma forma entendemos que “usuários de drogas”, enquanto categoria comum, também nos remete a questões teóricas semelhantes. Nesses termos, usuários de drogas também não são indivíduos ou grupos de indivíduos que usam drogas, mas os que recebem cuidado e assistência e/ou os que deveriam recebe-la, segundo as normas vigentes. Ou seja, podemos

entender que é na relação com os serviços assistenciais que os usuários se definem como categoria, mas resta-nos compreender como a experiência de uso se produz.

Como já problematizamos, todo o pensamento político espinosano se constrói em torno de uma ética e não de uma moral e, de acordo com o direito de natureza que fundamenta a ética espinosana, “nada é proibido, a não ser aquilo que a ninguém é possível” (ESPINOSA; 1632 – 1677 / 2009, p. 21). Isso nos permitia ver que, na prática, todos usamos drogas em alguma medida, cada um a seu modo, mas as normas vigentes que pretendem definir o que é e o não é droga e, que regulam as relações entre determinadas formas de uso de drogas e o uso dos serviços assistenciais, acaba fazendo variar o direito de uso, garantindo pleno direito a alguns (os detentores da razão) e nenhum direito a outros (os alienados). Com isso, os serviços público-estatais que, a princípio, deveriam ampliar a proteção social, acabam sendo corrompidos e convertidos em medidas de controle, segurança e higienização social. Entendemos que se isso acontece na prática, é porque os serviços público-estatais também estão sujeitos a múltiplas formas de uso, podendo se prestar para muitas coisas. Tal como no caso do uso de drogas, também se pode observar um uso prejudicial, nocivo, danoso dos serviços assistenciais.

Assim, o uso é sempre relação como o inapropriável, referindo-se às coisas enquanto não se podem tornar objeto de posse. Desse modo, porém, o uso evidencia também a verdadeira natureza da propriedade, que não é mais que o dispositivo que descola o livre uso dos homens para uma esfera separada, na qual é convertida em direito. Se hoje os consumidores na sociedade de massas são infelizes, não é só porque consomem objetos que incorporaram em si a própria não usabilidade, mas também e sobretudo porque acreditam que exercem o seu direito de propriedade sobre os mesmos, porque os tornaram incapazes de os profanar (ABAMBEN; 2007, p. 72 – 73).

No contexto atual das políticas sobre drogas será preciso interrogar os sentidos que se criam sentidos para o uso: seja ele um uso de drogas, um uso do direito, um uso do conhecimento, ou um uso dos serviços público estatais. Quando a própria noção naturalizada de uso se torna uma substância capaz de gerar dependência não parece haver condições para compreender as alterações de consciência, os benefícios e malefícios provocados pelas drogas, sem entender as alterações de consciência provocadas pelas discussões em torno da assistência a usuários de drogas.

Quando Foucault se propôs a escrever uma história da sexualidade, resolveu, a partir de suas pesquisas genealógicas, intitular o segundo volume como “O uso do prazeres” (FOUCAULT; 1998). A partir do reconhecimento de uma tríplice estratégia: “a da

necessidade; a do momento e a do status” (FOULCAULT; 1998, p. 51 - 59), Foucault pode refletir sobre a sexualidade enquanto experiência, enquanto uso, em sociedades antigas. A partir de suas conclusões, podemos pensar que atualmente, mesmo dentro do universo circunscrito por atores que promoveram e que acompanham os movimentos sociais da construção das políticas públicas no Brasil, para todos nós os serviços assistenciais não passarão de uma experimentação: fazer é experimentar.

Se entendermos, como Foucault, que experiência é “a correlação, numa cultura, entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade” (FOUCAULT; 1984, p. 10), tal como no caso das drogas, experimentar é usar. Isso nos interroga sobre quem são, em realidade, usuários dos sistemas. O SUAS, por exemplo, é produto absolutamente novo e, como qualquer nova droga que surge no mercado, está sujeito ao uso e, conseqüentemente, ao risco que esse uso implica. Tal como no caso das drogas, sejam novidades ou não, os serviços assistenciais, podem fissurar barreiras normalizadoras, fazendo variar a percepção e os sentidos, potencializando capacidades inventivas de vida, mas também podem ser convertidos em perigosos agenciadores das vulnerabilidades que pretendem combater. Em contextos de precarização das políticas públicas, é válido interrogar como se produzem usuários para os Sistemas públicos e, nesse aspecto, a RD pode nos auxiliar na busca de uma resposta.

Da maneira como é utilizada no SUS, a RD não tem nada de compensatório. A RD se propõe a uma intervenção que não considera apenas os efeitos adversos, prejudiciais provocados pelas drogas, ela se propõe a uma intervenção sobre os efeitos danosos que pode causar a própria intervenção: ela desponta como fissura na experiência de uso. É reduzindo os danos provocados pelo uso prejudicial de drogas e pelos efeitos iatrogênicos das intervenções tradicionais que a RD despontou como estratégia potente e resolutiva, ampliando territórios de vida. Talvez aí resida uma das maiores contribuições que a RD pode trazer à Assistência Social, assim como trouxe à Saúde.

Superando a oposição binária entre dependência e abstinência no campo da atenção ao uso prejudicial de drogas, a RD transborda como política cognitiva, disparando produção de outras subjetividades. É a partir dos mecanismos de produção de outros sentidos para a categoria usuários que a RD aponta caminhos estratégicos para a produção de um uso comprometido com os resultados da intervenção. A superação da relação de oposição entre a abstinência e a dependência só pôde ser alcançada pela RD na medida da compreensão de que, os danos provocados pelo uso de drogas só podem ser entendidos quando correlacionados às condições sociais que determinam o uso que se faz dos serviços que pretendem tratar e assistir as pessoas que usam drogas.

A atividade que daí resulta torna-se dessa forma um puro meio, ou seja, uma prática que, embora conserve tenazmente a sua natureza de meio, se emancipou da sua relação com uma finalidade, esqueceu alegremente o seu objetivo, podendo agora exhibir-se como tal, como meio sem fim. Assim, a criação de um novo uso só é possível ao homem se ele desativar o velho uso, tornando-o inoperante (ABAMBEN; 2007, p. 74 – 75).

Profanando a estética trágica do uso, seja o uso de drogas e/ou o uso dos serviços públicos, a RD alcança sua dimensão de paradigma ético. A RD desmancha, desativa a noção comum de usuário. Ela fissa os métodos tradicionais de intervenção quando as metas passam a se definir pela construção de caminhos. Ao contrário do tradicional “*metá+hódos*”, a RD se constrói como “*hódos-metá*” (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA; 2010, p. 13). Com isso, o usuário comum, o paciente tradicional (subordinado ao poder-saber dos especialistas) passa a ser visto e compreendido como imprescindível à gestão dos serviços. Se o usuário tradicional, agora emerge como um planejador de metas, automaticamente se produz um outro lugar para os tradicionais gestores e técnicos: eles também usufruem da intervenção.

A RD, superando a hierarquia que opõe os que assistem aos que são assistidos, traz para a cena as outras formas de uso que se pode fazer dos serviços, e assim faz revelar outros usuários não comuns. Independente do uso de direito, que se pode fazer das drogas e/ou dos serviços assistenciais, a RD faz revelar os usos de fato, as práticas de uso, que normalmente não são considerados. De forma comum, a quem chamamos usuários dos serviços de Assistência Social, de Saúde, etc? Somente pobres, doentes, drogados, violados são usuários desses serviços? E os políticos, gestores, equipes técnicas, não usam esses serviços do seu próprio modo e em seu próprio benefício? Quando os usuários passam a ser co-planejadores, co-gestores, evidenciam-se e denunciam-se os usos políticos. A RD se pergunta incessantemente a que veio. Interroga o serviço: ele está a serviço de que, de quem?

Assim como Foucault pode analisar o uso dos prazeres, a experiência da sexualidade, da mesma forma, entendemos que, se queremos que os serviços assistenciais, sejam eles destinados a usuários de drogas ou não, continuem a ser experimentados como uma História de estilo épico, será preciso pensar quem os usa no cotidiano, como usa e em que situações. Utilizar estrategicamente a RD como paradigma, seja no SUS seja no SUAS, significa fissurar a maneira como o sentido de usuário tem sido produzido. Isso é importante porque, contraditoriamente, a parcela da população que, de forma comum, tem sido hoje chamada de usuária e muitas vezes apontada como dependente do Estado, é exatamente a mesma parcela da população que viveu historicamente abstinente de proteção social estatal. Em realidade, os tutelados pelo Estado, não seriam os segmentos das elites apadrinhadas e privilegiadas?

De acordo com a noção comum, não seriam usuários da Assistência Social aqueles dependentes que historicamente a usaram para manter seu domínio político. Não serão os autônomos exatamente aqueles que resistiram aos perigos, enfrentaram os riscos e coabitaram com desproteção social estatal? Muito do que entendemos por exclusão atualmente é em realidade uma autonomia historicamente imposta. Se vemos crianças e adolescentes em situação de rua e usando drogas, isso é resultado das condições sociais que implicam emancipação, muitas vezes, prematura. Nesse jogo de aparentes contradições, tutela e autonomia não se opõem, ao contrário, se complementam, produzindo realidades. Produzir usuários para o SUAS será assim, impregnar esse processo de produção com outros sentidos, interrogando a cada vez que tipo de autonomia e protagonismo se pretende como objetivos da assistência a ser prestada pelos “serviços tipificados” (BRASIL; 2009a).

Para pensar práticas nos serviços do SUAS, essa questão é fundamental, pois se a noção banal de usuário pode ser desmontada, cai também por terra as ideias recorrentes que temos sobre “benefícios socioassistenciais”, “benefícios eventuais”, etc. Benefício é algo implicado à produção de um bem (bem comum). Poder-se-ia dizer inclusive que, *a priori*, é impossível saber quais benefícios podem ser extraídos a partir dos serviços assistenciais. Mas, conforme os patamares da hierarquização social e, aqui nos importa a relação de oposição binar assistente/assistido, cada segmento extrai seus próprios benefícios das políticas públicas. Quando essa hierarquização se enrijece, os bens produzidos passam a ser monopolizáveis.

É na relação de oposição assistente/assistido que se produz a exclusão definitiva, pois ela opera sob a lógica que define: ou é assistente, ou é assistido. Sob essa lógica, definitivamente, o bem extraído pelos assistentes (gestores, trabalhadores) pode ser expresso sob a forma de salários, visibilidade política, etc; enquanto o bem extraído pelos assistidos (os ditos usuários) passa a se restringir à forma de “benefícios eventuais”. Se esse mapa não se mexe, usuário será sempre um sinônimo de assistido e todo benefício destinado aos assistidos tenderá a se produzir, definitivamente, como bem oferecido pelos assistentes.

A RD sacode essa hierarquia, pois opera sob lógica da síntese inclusiva⁸⁵. E sob essa lógica, nada é definitivo. Ao contrário, tudo é parcial e transitório. Sob essa lógica, os opostos se interpenetram, trocam, migram, produzem novos lugares, novas cartografias. Assistente é assistido, e, assistido é assistente, e, juntos, produzem bem comum, onde o benefício político extraído torna-se mais igualitário em sua distribuição. Se os benefícios a serem extraídos pelos assistidos tendem a ser normatizados como eventuais, a RD permite

⁸⁵ Sobre o conceito de “síntese inclusiva” ou “disjunção inclusa”, ou ainda, “lógica do terceiro incluído”, que permite a interpenetração de contrários, já tivemos oportunidade de dissertar no Primeiro Capítulo deste trabalho, mais especificamente nas páginas 57 - 59.

questionar essa normatização e denunciar, na prática cotidiana de assistência, a tendência de eternização dos benefícios dos assistentes.

Assim, nos parece que, se é que existe hoje alguma dificuldade para a Assistência Social escolher abordagens teórico-metodológicas para trabalhar nos serviços do SUAS, ela reside exatamente sobre o fato de que, independente das vertentes metodológicas, muitos de nós não fomos formados para suportar a autonomia daqueles que pretendemos assistir. Nem fomos preparados para lidar com a resistência à tutela do Estado e à insubordinação aos especialismos. Da mesma forma para a Saúde, sempre pareceu ser mais fácil trabalhar com os pacientes, mas não com os impacientes. Quando, historicamente, os serviços assistenciais foram criados para produzir hierarquia fixa, a RD aponta outras direções.

Concluimos que a forma como a expressão Redução de Danos aparece disposta nos textos normativos e no artigo 2º da Lei Orgânica da Assistência Social (BRASIL; 2011d), não só aponta para uma possibilidade real de aplicação estratégica da RD para além do campo da Saúde, como aponta para a possibilidade avançar com ela para além da atenção ao uso prejudicial de drogas. Ainda que a RD tenha sido pensada na Assistência Social muito mais como objetivo e meta e menos como caminho estratégico, algumas práticas de RD parecem já estar em curso no SUAS, mas é preciso que se dê visibilidade a elas e aos seus princípios orientadores.

6.4 – Proposições e experimentações

Uma experiência de RD, cujo depoimento dos gestores pudemos ter acesso, diz respeito a um projeto da Assistência Social, articulada à Saúde Mental no município de Volta Redonda na região do Médio Paraíba fluminense. Nesse município está em atividade um projeto que atende a pessoas em situação de rua, onde os usuários dos serviços (usuários de drogas ou não) são acolhidos pela Assistência Social enquanto, simultaneamente, participam de oficinas de capacitação, frequentam o CAPS-ad quando necessário, recebendo ainda uma bolsa (auxílio financeiro) para cuidar dos espaços públicos onde vivem e/ou viviam. Ou seja, as pessoas que vivem nas ruas passam a receber cuidado em Saúde e Assistência Social enquanto produzem o cuidado das ruas que habitam, levando para os gestores informações importantes que eles mesmos colhem e produzem. Por que não contratar essas pessoas para trabalharem como educadores sociais?

Para se pensar em protagonismo dos assistidos na construção das políticas públicas, não basta esperar que eles possam se organizar nos moldes de associações e movimentos sociais

já reconhecidos, para só a partir de então esperar que possam opinar, “de forma qualificada” nas conferências, concorrer às vagas nos Conselhos deliberativos e fiscalizar a gestão das políticas. É preciso criar estrategicamente as condições para que possam participar da gestão desde o primeiro momento de inserção nos serviços que objetivam assisti-los.

Se os sujeitos vão deixar as ruas, deixar de usar drogas, reatar vínculos com a família originária e/ou formar novos vínculos comunitários, isso deverá ser objeto do próprio fazer no atendimento a ser prestado. Nesse sentido, o primeiro vínculo a ser produzido deverá ser entre assistidos e assistentes: é nesse processo de superação de hierarquia que o usuário se produz. E nenhuma prática assistencial orientada pela RD poderá se verificar, se as práticas de gestão não forem orientadas pelo mesmo princípio. As práticas de gestão e as de assistência propriamente ditas se distinguem mas não se separam.

Outra experiência característica da RD se traduz na própria concepção do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, ofertado nos recém criados “Centros-pop”. Ela aponta para um entendimento de que a saída das ruas não pode ser imposta como uma condição para a assistência a ser prestada. Independente de estar na rua ou abrigado, usando drogas ou não, já há na construção do SUAS a compreensão de que o cidadão tem direito a acessar serviços que o permitam ampliar possibilidades de existência. Os serviços ofertados no SUAS para pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência

tem a finalidade de assegurar atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva de fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida. Oferece trabalho técnico para a análise das demandas dos usuários, orientação individual e grupal e encaminhamentos a outros serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas que possam contribuir na construção da autonomia, da inserção social e da proteção às situações de violência. Deve promover o acesso a espaços de guarda de pertences, de higiene pessoal, de alimentação e provisão de documentação civil. Proporciona endereço institucional para utilização, como referência, do usuário. Nesse serviço deve-se realizar a alimentação de sistema de registro dos dados de pessoas em situação de rua, permitindo a localização da/pela família, parentes e pessoas de referência, assim como um melhor acompanhamento do trabalho social (BRASIL; 2009b, p. 27).

Assim como o CAPS-AD pode ser entendido como uma variação do modelo do CAPS, os Centros-pop se apresentam como uma variação dos CREAS. Em todos esses espaços deve haver lugar para a escuta e a voz, onde clínica e acolhimento não se diferenciam, até porque não haverá possibilidade de saúde onde não houver condições de cidadania e vice-versa. Diríamos que, acolher o “sofrimento social” (expressão adotada pela Professora Teresa Carreiro) significará dar voz às fantasias, às expectativas sobre aquilo que o Estado poderá oferecer, às reticências, desconfianças e críticas dos assistidos em relação aos próprios aparelhos estatais e ao trabalho dos agentes sociais. Mas isso também não acontecerá se os

serviços não forem acessíveis no território. A RD começará no SUAS, interrogando a forma como os serviços são espacializados e especializados. Ela incidirá estrategicamente sobre a produção da geografia da Assistência Social.

Considerando a falta de atenção dispensada à gestão da Saúde Mental e à RD nos últimos anos e, que os serviços de consultório na rua e as UAs (Unidades de Acolhimento) referenciadas aos CAPS-ad só agora começam a ser implementados; considerando o número de CREAS que já atendem a usuários de drogas, a atuação dos serviços de abordagem social e que a expansão dos serviços socioassistenciais de média e alta complexidade (abrigos) tendem a aumentar com as metas de financiamento e reordenamento pactuadas no SUAS; considerando ainda os perigos que apontam para possibilidades de corrupção da proteção social, transformando práticas socioassistenciais em medidas de segurança, nos parece oportuna uma intervenção que permita à Assistência Social e à Saúde potencializarem suas ações mutuamente.

Nos casos de municípios cuja gestão das políticas de Saúde e Assistência Social tenham sido contempladas pelos recentes planos de enfrentamento ao crack, os consultórios na rua e serviços de abordagem social podem estabelecer uma rotina de fóruns para discutir e problematizar as práticas de trabalho, estratégias de aproximação e estabelecimento de vínculos, produzindo usuários nas próprias ruas. Conforme o contexto dos agravos em cada um dos territórios onde as abordagens deverão acontecer, poderão ser adotadas diferentes estratégias. Os CREAS e os CAPS-ad também podem se articular combinando divisão de tarefas, montando oficinas de discussão coletiva com indivíduos e famílias já inseridos nos serviços, objetivando a formação de multiplicadores que possam levar informações onde as equipes dos serviços não chegam.

Nos casos de municípios onde os CAPS-ad, consultórios na rua e UAs referenciadas aos CAPS ainda não existam, os serviços de abordagem social e os serviços de acolhimento institucional do SUAS podem dar o suporte necessário, articulando e discutindo coletivamente com as Coordenações de Saúde Mental as alternativas necessárias ao atendimento. Isso não significa que a Assistência Social vá fazer o trabalho da Saúde. Significa que os serviços de Saúde em geral poderão contribuir em muito com a formação das práticas dos educadores sociais e outros profissionais que trabalham no SUAS, sejam nos serviços de proteção social especial, seja nos serviços de proteção social básica.

Nesse quesito, destacam-se os serviços ofertados nos CRAS que podem se beneficiar das práticas dos serviços da atenção básica da Saúde, especialmente na produção e troca de experiências junto às famílias nos territórios. Além do PAIF (serviço de proteção e atendimento integral à família) e dos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos,

um dos serviços que pouco se ouve falar na Assistência Social é o “serviço de proteção social básica no domicílio”. Esse serviço é pouco divulgado e quase não foi problematizado em seu uso estratégico. Entende-se que, especialmente na atenção às famílias que tem entre seus membros pessoas com deficiência, idosas, com transtorno mental, uso prejudicial de drogas, ele pode ser eficiente, particularmente na redução dos agravos geradores de rompimentos de vínculos familiares, no apoio e suporte aos cuidadores, que muitas das vezes se veem fragilizados diante das árduas tarefas do cuidado diário dos seus membros dependentes. As equipes dos CRAS podem se articular com as Coordenações de Saúde Mental e/ou com as Unidades Básicas de Saúde, participando das reuniões habituais de matriciamento, o que auxiliaria na qualificação das ações pró-ativas das equipes dos CRAS e no trabalho rotineiro das visitas domiciliares.

Quanto aos serviços de acolhimento institucional a situação é mais delicada. Como já pudemos analisar, a modalidade abrigo ainda se configura como prática hegemônica na cultura da Assistência Social. Sendo também atravessada por interesses econômicos, a escolha da modalidade e a implementação dos serviços de alta complexidade ficam sujeitos às forças políticas ligadas às entidades filantrópicas com vínculo SUAS. Com a ampliação da rede socioassistencial, haverá uma tendência de que, a médio e longo prazos, os abrigos venham a perder sua função. No entanto, quando atualmente ainda são necessários para abrigar à população em situação de rua e por atenderem a outros agravos sociais e violações de direitos, esses dispositivos também deverão acenar com possibilidades de fissurar o controle social, fazendo-o vazar de si mesmo, alterando realidades, a partir da produção de novas subjetividades. Num vocabulário canguilhemiano, diríamos que esses serviços estão atualmente convocados a auxiliar na invenção de meios mais favoráveis à promoção de cidadania. Mas isso só ocorrerá em função da produção de um novo uso para esses serviços e, nesse sentido, é imperioso que se proceda a um reordenamento das práticas institucionais.

Em todo caso, como alertavam Deleuze e Guattari, há que se cuidar não apenas das direções, mas das dimensões que podem tomar as linhas de fuga. Uma fissura pode produzir-se em transbordamento ou vertedouro criativo de vida, mas pode converter-se em arrebenção mortífera. Se por um lado, o esforço coletivo para superar o assistencialismo e as políticas de favor, permitem ler na construção da Assistência Social pública no Brasil uma História épica, por outro, os seus serviços estarão sempre ameaçados de captura pela lógica da tragédia. Na prática, o uso de fato da Assistência Social como vício de um fazer tradicional está para ser desconstruído.

Como pudemos analisar, tanto pela nossa experiência no programa da SEASDH quanto nas pesquisas que abordam a população em situação de rua, no contexto de acolhimento

institucional da Assistência Social, a produção de normas de funcionamento desses dispositivos constituem um dos maiores entraves ao atendimento. Embora sua produção seja necessária em qualquer ambiente institucional, a norma não pode ocupar o lugar da técnica, sob o perigo que resultar em catracas seletoras. A construção coletiva de regras, por meio de assembleias pode ser uma boa proposta, conquanto possa ser mediada por técnicos. Entregues à sorte dos afetos dos assistidos, as regras podem ser produzidas de forma muito rígida, especialmente onde alguns usuários não admitam a presença de outras pessoas que usam drogas.

Trabalhar sob o paradigma da RD num contexto de acolhimento institucional do SUAS exigirá entender as causas da fragilização e do rompimentos de vínculos. O que deve nos surpreender: o contingente de pessoas em situação de rua ou o fato desse contingente não ser ainda maior? Se a Assistência Social pretende intervir sobre os vínculos familiares e comunitários, promovendo seu fortalecimento, deverá começar entendendo o que fragiliza e rompe os vínculos dos assistidos com os serviços. Sob esse aspecto, ao invés de pretender ensinar às famílias sobre como conviver, talvez seja mais prudente aos gestores, trabalhadores, pesquisadores do SUAS aprenderem com a habilidade espontânea das famílias. Afinal, se a instituição família não fosse hábil no manejo das transgressões às regras de convivência, teríamos um contingente muito maior de pessoas em situação de rua.

Se o uso de drogas aparece nas pesquisas como sendo uma das causas do rompimento de vínculos familiares e da ida de pessoas para as ruas, a nossa cartografia permitiu ver que as drogas também tendem a ser apontadas como responsáveis pelo rompimento dos vínculos dessa população com os serviços que visam a acolhe-la. Ou seja, na prática dos serviços de acolhimento do SUAS, há uma reprodução do problema familiar e, nas pesquisas, a droga tende a aparecer como a grande vilã e os sujeitos que usam drogas como os responsáveis por esse rompimento. Mas se o uso de drogas é algo disseminado na sociedade, por que a população em situação de rua não é ainda maior?

Se existem famílias “desesperadas” por conta das drogas, muito provavelmente, há também no seio das famílias uma produção espontânea de regras e de mediação de conflitos que precisa ser apropriada e usada estrategicamente. Com exceção das pesquisas que versam sobre estratégias de RD, produzidas pelos próprios usuários de drogas, infelizmente, não encontramos nenhuma pesquisa que tenha se interessado pelo saber produzido pelas famílias de usuários de drogas. Para a produção de práticas e normas de convivência mais eficientes nos serviços de acolhimento institucional, o estudo de tema é extremamente relevante. Afinal, se todas as pessoas que usam drogas fossem expulsas de seus ambientes familiares,

não seria possível contabilizar o número de abrigos necessários para dar conta de tal demanda. Aos abrigos da Assistência Social é preciso fazer saber.

Fazer saber no entanto exige condições mínimas. A redução do número de pessoas abrigadas num mesmo espaço institucional pode facilitar na produção de técnicas de manejo que apontem para os pontos onde a rigidez normativa gera embaraços⁸⁶. Guiadas pelo paradigma da RD, todas as possíveis ocorrências, incluindo o porte e uso de drogas dentro das instituições, deveriam passar a ser objeto do atendimento e discussão nas oficinas coletivas. Guiados pelo paradigma da RD, dever-se-á atentar mais para a qualidade do tempo dispensado ao atendimento e tanto menos para a quantidade desse tempo.

Mesclando fibras que nascem em dois territórios simultaneamente, poder-se-á produzir um material que possa ser utilizado para tramar práticas de entremeio naqueles interstícios de cuidado e assistência que imbricam (ligam/separam) Saúde e Assistência Social. Quando somamos a isso, as confusões, as fantasias, os preconceitos, os radicalismos generalizados que parecem se abater sobre o uso de drogas, surge a necessidade de repensar estratégias de RD que permitam aumentar sua potência, fazendo valer sua própria capacidade de recriar-se.

Entendemos que a RD tem a potência para se modular para os serviços do SUAS, assim como se modulou do controle do HIV/AIDS para a Saúde Mental. Na verdade a RD já está disponível na Assistência Social, mas para que seja usada estrategicamente basta remanejar algumas noções que tendem a confiná-la. Enquanto paradigma, a RD se apresenta como roca privilegiada para fiar a proteção social e os direitos sociais. O modelo orientador da RD, assim como já utilizada no SUS, nos parece promissor para um repensar das normas e das condições para se produzir novos usuários, ou melhor dizendo: para uma nova experiência de uso dos serviços do SUAS.

6.5 - Entre o focal e o universal

Finalizando, entendemos que toda política que visa potencializar direitos, sejam eles sociais e/ou humanos, mesmo para tornar-se focal precisa ser antes universal. Se assim não fosse, bastaria que a proteção social ao drogado, ao louco, ao pobre, à criança, ao idoso, etc, estivesse prevista e incluída no ordenamento jurídico, para que os direitos fossem garantidos pelo Estado e exercido pelos cidadãos. Nas palavras de Deleuze, diríamos que o direito não existe pelo simples fato de estar contemplado no ordenamento jurídico. Para que possa ser

⁸⁶ Conforme orientação da Tipificação dos serviços do SUAS, os serviços de acolhimento institucional não podem ter mais que cinquenta pessoas abrigadas.

exercido é preciso inventá-lo, criar jurisprudência. Relembrando a lei que proibiu o uso do cigarro nos taxis, Deleuze exemplifica:

Um sujeito não queria ser proibido de fumar em um táxi e processa os táxis. Eu me lembro bem, pois li os considerandos do julgamento. O táxi foi condenado. Hoje em dia, nem pensar! Diante do mesmo processo, o cara é que seria condenado. Mas, no início, o táxi foi condenado sob o seguinte considerando: quando alguém pega um táxi, ele se torna locatário. O usuário do táxi é comparado a um locatário que tem o direito de fumar em sua casa, direito de uso e abuso. É como se eu alugasse um apartamento e a proprietária me proibisse de fumar em minha casa. Se sou locatário, posso fumar em casa. O táxi foi assimilado a uma casa sobre rodas da qual o passageiro era o locatário. Dez anos depois, isso se universalizou. Quase não há táxi em que se possa fumar. O táxi não é mais assimilado a uma locação de apartamento, e sim a um serviço público. Em um serviço público, pode-se proibir de fumar. A Lei Veil. Tudo isso é jurisprudência. Não se trata de direito disso ou daquilo, mas de situações que evoluem. E lutar pela liberdade é realmente fazer jurisprudência (DELEUZE; 1988).

Ou seja, o foco de uma política só é alcançado quando ela é capaz de alterar o que está ao redor. Para que a Assistência Social, por exemplo, “seja prestada a quem dela necessita, independentemente de contribuição à Seguridade Social”⁸⁷, é preciso fissurar, buscando uma ruptura paradigmática, ultrapassando a binaridade que opõe autonomia e tutela. Para que a Assistência Social consiga ser alcançada por aqueles que dela necessitam é preciso que ela alcance simultaneamente aqueles que, comumente, não são considerados destinatários dos serviços e benefícios socioassistenciais. Só quando as políticas focais passam a ser compreendidas como políticas de cognição, deflagradoras de práticas, de formação, indutoras de contágios e de produção de novas subjetividades, é que elas alcançam a dimensão de políticas para todos, afastando-se da focalização.

A ruptura paradigmática, nesse caso, exige a produção de condições para novos olhares, que permitam a muitos mais verificarem que, na prática, os serviços público-estatais se prestam para muitas coisas: podem ser ferramenta, mas podem ser armas. Fissurar políticas, portanto, implica estar atento aos seus efeitos paradoxais e ao uso estratégico que se faz delas: ao contrário da ruptura pretendida, em muitos casos poder-se-á observar a continuidade daquilo com o que se intentava romper.

Cartografar afetos entre a Assistência Social e a Saúde ainda requer análises mais detalhadas. Entre continuidades e rupturas de um processo em curso, não haveria possibilidades de termos qualquer pretensão de esgotá-lo nessa dissertação. Impasses, envolvendo escolhas teórico-metodológicas para o trabalho no SUAS, por exemplo, já tem sido objeto de diferentes estudos. Entre várias propostas, já encontramos as que aproximam a Psicanálise e a clínica ampliada da Assistência Social (SCARPARO & POLI; SOARES,

⁸⁷ Sobre o assunto, ver Artigo 203 da Constituição Federal.

SUSIN & WARPECHOWSKI, in: CRUZ & GUARESCHI [org], 2010, p. 124 - 161). Outro exemplo, é o de “uma proposta de metodologia para o Estado do Rio de Janeiro” adotado pela Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH que, para o “acompanhamento familiar na política de Assistência Social”, opta por uma abordagem socioeducativa inspirada nos postulados de Paulo Freire (RIO DE JANEIRO; 2013).

Entre diferentes abordagens e diferentes categorias de análise, esses dilemas ético-políticos, que implicam produção e uso do conhecimento reverberam no trabalho das equipes e, muito provavelmente, estão presentes na experiência do ENTRE FAZERES de todos os profissionais, incluindo aqueles que se dividem em trabalhar simultaneamente na Assistência Social e na Saúde. Produzir conhecimento é experimentar.

Como cartógrafos, interessados em mapear produção de subjetividades no campo da atenção ao uso prejudicial de drogas, poderíamos entender que a própria construção do objeto dessa pesquisa é resultado de uma impregnação: experimentação de afetos que implicaram um trânsito de inquietações. Aqui, optamos por chama-las de inquietações mestiças: meio Assistência Social, meio Saúde Mental. Trabalhar e ser afetado por diferentes normas e diretrizes de políticas públicas distintas produziu uma espécie de biocontaminação, resultado da fusão de interpretações. Surgiram aqui ocasiões para a emergência de noções morenas, talvez muito próximas daquilo que Sawaia chamou de “conceitos crioulos”, resultado dos encontros entre diferentes categorias analíticas (SAWAIA, 2002, p. 7).

De toda forma, ainda que nesse campo seja possível cartografar movimentos produtores de subjetividades, um acesso a direitos sociais está longe de poder ser roteirizado por satélite, ou visualizado por sistemas de navegação. Só a História poderá legitimar, entre as tantas referências nascentes, quais constelações, ou melhor, quais impregnações foram usadas, seja para pequenos nomadismos de grupos específicos ou para grandes travessias e/ou navegações entre modelos de civilidade. E ainda assim, essas referências poderão ser citadas como sendo umas ou outras dependendo dos afetos que a vertente do saber histórico utilizado para interpretar esses movimentos de transformação estejam sujeitos à época.

Analisar o caos do atendimento a usuários de drogas, significou para nós compreender, entre outras, algumas dinâmicas que se estabelecem ENTRE os territórios da Assistência Social e da Saúde, os seus tempos, o seus ritmos, os movimentos gerados pelas relações que os seus elementos constituintes estabelecem entre si (longitude) e a capacidade com que cada um deles possui para afetar e ser afetado pelos outros (latitude) nesse plano de consistência que é a proteção social estatal brasileira.

O que se descortina atualmente, para pesquisadores, trabalhadores e gestores das políticas assistenciais, no contexto de enfrentamento às drogas, não é um desafio. Longe de um combate ou uma charada a ser decifrada, o que se oferece nesse cenário, é a responsabilidade ética de uma escolha para com os sentidos da(s) fissura(s) que o uso dos seus serviços serão capazes de produzir. Diante de perigos de instauração de uma geografia que venha a se desenhar como esfinge devoradora, cujos gordos apetites compulsivos possam apontar para práticas de higienização social, uma opção parece ser a de aproveitar as fendas que permitem vazar o controle social como expressão da potência daqueles que de forma comum chamamos de usuários, aproveitando a produção espontânea dos seus coletivos como um desvio revisor das normas de gestão e de inserção social. Mas isso não ocorrerá se continuarmos a nos pautar por modelos universais que predeterminam o que pode e o que não pode ser reconhecido como protagonismo político. O direito não pré-existe, é exercício e é ofício: é fazer cidadão.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7.1 – Bibliografia

AGAMBEN, G. **“Profanações”**. [1942] - Tradução de Selvino José Assmann. São Paulo: Boitempo, 2007.

ANDRADE, T. M.; ESPINHEIRA, C. G. D. **“A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira”**. Disponível em: < <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/> > Acesso em 30 de julho de 2012.

ARAÚJO, M. P. N. **“A Utopia Fragmentada: as novas esquerdas no Brasil e no mundo na década de 70”**. Rio de Janeiro: Editora da UFG; 2000.

ARON, R. **“As etapas do pensamento sociológico”**. 2º ed., São Paulo: Martins Fontes, 1987.

Associação Brasileira de Redutores de Danos - ABORDA. **“Redução de danos e terapias de substituição em debate: contribuição da Associação Brasileira de Redutores de Danos”**. In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 52(5):387-393, set. - out. 2003.

BARROS, R. D. B. **“Grupo: a Afirmação de um Simulacro”**. 1a. ed. Porto Alegre: Sulina/Ed, UFRGS, 2007. v. 1. 347p .

BARROS, R. B.; PASSOS, E. **“A humanização como Dimensão Pública das Políticas de Saúde”** - *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n 3, p. 561 – 571, 2005.

BATISTA, V. M. **“Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro”**. Instituto Carioca de Criminologia – Ed. Revan – RJ – 2003.

BAUMANN, Z. . **“Modernidade e Ambivalência”**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

BEHRING, E. R.; BOSCHET. I. **“Política Social: fundamentos e história”**. São Paulo, Cortez, 2006.

BIRMAN, J.. **“A Psiquiatria com discurso da moralidade”**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BISNETO, J. A. . **“Serviço Social e Saúde Mental – uma análise institucional da prática”**. São Paulo: Cortez, 2011.

BOCHNER, R. **“Sistema de Informações Tóxico-Farmacológicas – SINITOX – e as intoxicações humanas por agrotóxicos no Brasil”**. In: Ciência & Saúde Coletiva, 12(1):73-89, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/08.pdf>>. Acessado em 20 de jun de 2012.

BOITEUX, Luciana. **Aumenta o consumo. O proibicionismo falhou**. In.: Le Monde Diplomatique. Brasil: set. 2009.

CAETANO, A.F.P. **“Entre a Sombra e o Sol – A Revolta da Cachaça, a Freguesia de São Gonçalo de Amarante e a Crise Política Fluminense (Rio de Janeiro – 1640 a 1667)”**. Dissertação de Mestrado. [Orientador: Luciano Raposo de Almeida Figueiredo]. Programa

de Pós-graduação em História / Universidade Federal Fluminense. Niterói: UFF, 2003, p. 108. Disponível em: <http://www.historia.uff.br/stricto/teses/Dissert-2003_CAETANO_Antonio_Filipe_Pereira-S.pdf> Acesso em 10 de julho de 2012.

CAETANO, A. F. P. “**Entre Bernardas e Revoluções**”. In: Revista do Arquivo Geral da cidade do Rio de Janeiro. Nº 3. ISSN 1983-6031- publicação anual. Rio de Janeiro: Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro, 2009, p. 11 – 26. Disponível em: <http://www0.rio.rj.gov.br/arquivo/pdf/revista_agcrj_pdf/revista_agcrj_3.pdf> Acessado em 11 de julho de 2012.

CAMPOS, G. W. S. “**Paideia y Gestión: Un Ensayo sobre el Soporte Paideia en el Trabajo en Salud**”. In: SALUD COLECTIVA, La Plata, 1(1): 59-68, Enero - Abril, 2005.

CANGUILHEM, G. “**O Normal e o Patológico**”. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CANNO, Ignácio. “**Descriminalização das drogas**” [transcrição de conferência proferida]. In: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH (Org.) Seminário – Construindo a Política sobre Drogas no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SEASDH; 26 de junho de 2009.

CARSON, R. L. “**Primavera Silenciosa**”. [1962] São Paulo: Gaia, 2010.

CASTEL, R. “**Da indigência à Exclusão, a desfiliação: Precariedade do Trabalho e Vulnerabilidade Relacional**”. In: Lancetti A. – Organizador – Saúde Loucura - 4. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 21-48.

COIMBRA, C.M.B.. “**Guardiães da ordem: uma viagem pelas práticas psi no Brasil do ‘milagre’**”. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP), Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). “**Parâmetro para atuação de assistentes sociais e psicólogos(as) na Política de Assistência Social**”. Brasília:, CFP/CEFESS, 2007. Disponível em: <<http://www.crprj.org.br/publicacoes/relatorios/assistencia-social.pdf>> Acesso em 18 de março de 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP) / Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). “**Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS**”. Brasília: CFP, 2007. Disponível em: <<http://www.crprj.org.br/publicacoes/cartilhas/referencias-crepop-cras-suas.pdf>> Acesso em 18 de março de 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). “**Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias: referências para a atuação do psicólogo**”. Brasília: CFP, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). “**Subjetividade do Consumo de álcool e outras drogas e as políticas brasileiras**”. Brasília: CFP, 2010. 128 p.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). “**Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social**”. Brasília / DF: CEFESS, 2011. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf>. Acesso em 05 de abril de 2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA / INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA / UFRJ. **“Psiquiatria: a realidade da assistência ao doente mental no Estado do Rio de Janeiro”** (edição resumida) / contribuição e pesquisa do IESC/UFRJ. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2007. Disponível em: < <http://www.cremerj.org.br/publicacoes/91.PDF> >. Acessado em 18 de outubro de 2012.

COSTA, S. G. **“Signos em Transformação: a dialética de uma cultura profissional”**. São Paulo, Cortez, 1995.

COSTA, L. P. **“O Portal: uma reflexão histórica sobre a sociedade pós-moderna sob a ótica dos rituais de passagem”** – Dissertação de Pós-Graduação Latu-Senso em História Social – Orientação: Alessandra Carvalho. Vassouras/RJ: USS, 2005.

CRUZ, M. S.. **“Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de Redução de Danos”**. In: Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Assessoria de DST/AIDS e Hepatites Virais. **“Coleção Textos – nº 2 – Prevenção Drogas e AIDS”**. 1º edição, outubro de 2007, p. 17 - 30. Disponível em: <<http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=TaLKOhlYDVI%3D>> Acesso em 19 de maio de 2013.

CRUZ, L. R. & GUARESCHI, N. (Org.). **“Políticas Públicas e Assistência Social: diálogo com práticas psicológicas”**. 2º Ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

DELEUZE, G. **“Diferença e Repetição”**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **“O Abecedário de Gilles Deleuze”**. [Entrevista feita por Claire Parnet - 1988]. Disponível em: < <http://stoa.usp.br/prodsubjecteduc/files/262/1015/Abecedario+G.+Deleuze.pdf> >. Acesso em: 05 de set. de 2011.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **“Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia”** – Vol 3. São Paulo: Editora 34, 2008a.

_____. **“Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia”**. Vol. 4. São Paulo: Editora 34, 2008b.

_____. **“Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia”** – Vol 5. São Paulo: Editora 34, 2008c.

DELEUZE, G. **“A Lógica do Sentido”**. [1969] São Paulo: Perspectiva, 2011.

DERRIDA, J. **“A Farmácia de Platão”**. São Paulo: Iluminuras, 1991.

DIAS, R. M. **“Do asilo ao CAPSad: lutas na saúde, biopoder e redução de danos”**. (Dissertação de Mestrado) Orientador: Lilia Ferreira Lobo – Universidade Federal Fluminense / Departamento de Psicologia / Instituto de Ciências Humanas e Filosofia: Niterói, 2008.

ESPINOSA, B. **“Tratado Político”** [1632 – 1677]. Tradução, introdução e notas de Diogo Pires Aurélio. Revisão de tradução de Homero Santiago. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

ESPINOSA. “**Ética**” – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010.

FARR, R. M. “**As Raízes da Psicologia Social Moderna**”. 7ª edição – Petrópolis / RJ: Ed. Vozes, 1996.

FERREIRA, S. S.. “**NOB-RH Anotada e Comentada**” – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011.

FONSECA, E. M. “**Políticas de Redução de Danos ao Uso de Drogas: O contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros**”. [Dissertação de mestrado] – Orientação: José Mendes Ribeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2005.

FONSECA, E. M.; NUNN, A.; SOUZA-JUNIOR, P. B.; BASTOS, F. I.; RIBEIRO, J. M. “**Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil**”. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.9, set. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/14.pdf>> Acesso em, 02 de fevereiro de 2013.

FOUCAULT, M. “**História da Loucura**”. [1972]: Editora Perspectiva: São Paulo, 1991.

_____. “**História da sexualidade: o uso dos prazeres**”. Tradução de Maria Teresa da Costa Albuquerque. Revisão de José Augusto Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1998.

_____. “**A Verdade e as Formas Jurídicas**” [1973]. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

_____. In: Roger Pol-Droit “**Michel Foucault: entrevistas**”. São Paulo: Graal, 2006.

_____. “**Segurança, Território, População**”. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANCO, F. L. F. N. “**Georges Canguilhem e a psiquiatria: norma, saúde e patologia mental**”. In: Primeiros Escritos. V. 1, N. 1, p. 87-95, 2009. Disponível em: <http://www.fflch.usp.br/df/site/publicacoes/primeirosescritos/07.Fabio_Luis_Franco.pdf> Acesso em 10 de julho de 2012.

_____. “**A natureza das normas: o vital e o social na filosofia de Georges Canguilhem**” [Dissertação de mestrado] - Orientador: Vladimir Safatle. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Departamento de Filosofia, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8133/tde-14032013-101321/pt-br.php>> Acesso em 22 de junho de 2013.

FREUD, S. “**Totem e Tabu**” [1913 – 1914] – Trad. Jayme Salomão. In: Ed. Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud – Vol VIII. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1974.

GUATTARI, F; ROLNIK, S. “**Micropolítica: cartografias do desejo**”. 7º Ed. Revisada. Petrópolis / RJ: Vozes, 2005.

GUIMARÃES, L. M. P. **“VAINFAS, Ronaldo. Os protagonistas anônimos da História: micro-história”** Resenha. In: *Revista Brasileira de História*. v. 23, nº 45, São Paulo: 2003, p. 317-318. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rbh/v23n45/16532.pdf>>. Acesso em 17 de abr. de 2013.

IAMAMOTO, M.. **“Renovação e conservadorismo no Serviço Social”**. São Paulo: Ed. Cortez, 1992.

KARAM, Maria Lúcia. **Proibições, riscos, danos e enganos: as drogas tornadas ilícitas**. RJ: Ed. Lumine Juris, Escritos sobre a Liberdade, vol.3, 2009.

KASTRUP, V.; TEDESCO, S.; PASSOS, E.. **“Políticas da Cognição”**. Porto Alegre: Sulina, 2008.

KASTRUP, V. **“O método da cartografia e os quatro níveis de análise”**. Campinas: Hucitec, 2009.

LANCETTI, A. **“Clínica Paripatética”** - Ed. Hucitec – SP / 2006.

LIMA, R. C. C.; ALARCON, S. **“Problematizações a partir da caracterização dos usuários de álcool e outras drogas na 1ª Clínica Popular do estado do Rio de Janeiro”**. Secretaria de Estado de Ação Social (SAS). XI CBAS / III Encontro Nacional de Seguridade e Assistência Social, 2004.

LIMA, R. C. C.. **“Relatório da Supervisão Institucional da 2ª Unidade do Programa Clínicas Populares – Ano 2008”**. Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Escola de Serviço Social, dezembro de 2008. 47 p.

LIMA, R. C. C.. **“Uma história das drogas e do seu proibicionismo transnacional: relações Brasil - Estados Unidos e os organismos internacionais”**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Orientador: Eduardo Mourão Vasconcelos. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social / Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2009.

LOBOSQUE, A. M. **“Experiências da loucura”**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

MACIEL JÚNIOR, A.; KUPERMANN, D.; TEDESCO, S. (ORG). **“Polifonias: clínica, política e criação”**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria / Mestrado em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, 2005.

MACKINNON, R. A; MICHELS, R.. **“A entrevista psiquiátrica na prática diária”** – Tradução de Helena Mascarenhas de Souza. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981.

MARTINS, I. L. et al. **“História e Cidadania”**. São Paulo: Humanitas Publicações; FFLCH / USP / ALPUH, 1998.

MARX, K. **“Contribuição à crítica da economia política”**. Tradução e Introdução: Florestan Fernandes - 2ª Edição - São Paulo: Expressão Popular; 2008. 288 p.

NASCIMENTO, A. P. **“Cidadania, cor e disciplina na revolta dos marinheiros de 1910”**. Rio de Janeiro: Mauad, 2008.

NETTO, J. P. . **“Capitalismo Monopolista e Serviço Social”**. 5º Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

NEVES, C. A. B.; GONÇALVES, L.; ROZA, M.; SANTOS FILHO, S. **“Memória como cartografia e dispositivo de formação-intervenção no contexto dos cursos da Política Nacional de Humanização”**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília : Ministério da Saúde, 2010, p. 43 – 62. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf > Acesso em 19 de março de 2013.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.. **“Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da Política de Humanização da Saúde”**. In: *Saúde em Debate*. v. 34, n. 86. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; jul./set. 2010, p. 423-432.

PASSETTI, E. (ORG) **“Kafka – Foucault sem Medos”**. Cotia, SP: Atelier Editorial; 2004.

PASSOS, E.; SOUZA, T.P. **“Redução de Danos no Brasil: aspectos históricos e políticos”**. In: TEDESCO, S.; NASCIMENTO, M.L. (Org.) **Ética e Subjetividade: novos impasses no contemporâneo** – Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 96 – 110.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.) **“Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade”**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PELBART, P. P. **“Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura – loucura e desrazão”**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989.

PESSOA, E. A.. **“A Constituição Federal e os Direitos Sociais Básicos ao Cidadão Brasileiro”** . In: Âmbito Jurídico. Rio Grande, XIV, nº 89, jun 2011. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9623>. Acesso em 16 abril 2013.

REGIS, V. M.; FONSECA, T. M. G. **“Cartografias: estratégias de produção do conhecimento”**. In: Fractal - Revista de Psicologia. v. 24 – n. 2, p. 271-286, Maio/Ago. 2012.

RIBEIRO, L. A.; SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. **“Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga”**. In: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psiquiatria. “Jornal Brasileiro de Psiquiatria – Vol. 59 – nº 3, julho – setembro de 2010”. Rio de Janeiro: Segmento Farma Editores, 2010.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH). **“Acompanhamento familiar na política de Assistência Social: uma proposta de metodologia para o estado do Rio de Janeiro”**. [manual de orientação impresso]. Rio de Janeiro, SEASDH, 2013a. 74 p

RODRIGUES, P. O.. **“Revolta da Cachaça: uma manifestação popular que demonstrou organização em torno dos seus interesses contra o poder excessivo”**. In: Anais do II Encontro Internacional de História Colonial. In: Mneme – Revista de Humanidades. v. 9, nº 24, Caicó / RN: UFRN; set/out 2008. Disponível em: < http://www.cerescaico.ufrn.br/mneme/anais/st_trab_pdf/pdf_9/paula_st9.pdf > Acessado em 10 de julho de 2012.

SAFATLE, V. “**O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem**”. In: Scientiae Studia – Revista Latino-Americana de Filosofia e História da Ciência, v. 9, n. 1, São Paulo: 2011.

SAWAIA, B. “**As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**”. Petrópolis: Vozes, 2002.

Serviço Social e Sociedade – Revista Quadrimestral de Serviço Social. Ano XXVI – nº 87 – Especial SUAS e SUS. São Paulo: Cortez Editora; setembro de 2006.

SILVA, J. M.; NOVATO-SILVA, E.; FARIA, H. P. e PINHEIRO, T. M. M. “**Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural**”. In: Ciência e Saúde Coletiva. 2005, vol.10, n.4, pp. 891-903. ISSN 1413-8123. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400013>>. Acesso em 20 de junho de 2012.

SILVA, A. F. “**Processo de construção da política sobre drogas e o lugar da SEAS/DH como sua gestora no estado do RJ a partir de 2007**” – Dissertação de Mestrado em Serviço Social [Orientador: Antônio Carlos de Oliveira]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica – Departamento de Serviço Social, PUC/RJ, 2012. 160 fl.

SOUZA, T. P. “**Redução de Danos no Brasil: a clínica e a política em movimento**” (Dissertação de Mestrado) – Orientador: Eduardo Passos. Niterói: Universidade Federal Fluminense / Instituto de Ciências Humanas e Filosofia; 2007.

SPARANO, Marco - “**A repressão às “drogas” nas páginas de Veja (1968-1982)**” - Dissertação de Mestrado - Marcelo Badaró Mattos (Orientador) – UFF – Programa de Pós-Graduação em História – Niterói – 2002.

SPOSATI, A. “**Modelo Brasileiro de Proteção Social não Contributiva: concepções fundantes**”. In: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - Concepção e Gestão da Proteção Social não Contributiva no Brasil. Edições UNESCO: Brasília, 2009, p.14.

TEDESCO, S.; SOUZA, T. P. “**Territórios da Clínica: redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas**”. in Ed. Hucitec (Org.) Saúde Coletiva e Política de Subjetividade; Ed. Hucitec: São Paulo, SP, 2009.

TORRES, R. M. S.; RÊGO, T.; THOMÁS, W.. “**Grupo de Redução de Danos: estratégia em internação para álcool e outras drogas**” [Texto de Exposição de reunião clínica]. Niterói / RJ: Fundação Municipal de Saúde de Niterói / Hospital Psiquiátrico de Jurujuba / Estágio Multiprofissional em Nível de Residência, 11 de novembro de 2011. 8 p.

VASCONCELOS, E M ; MORGADO, R. . “**Proposta Conceitual do PAIF- Subsídios Analíticos na Lógica do Sistema Único da Assistência Social- SUAS e do Programa de Atendimento Integral à Família**”. Rio de Janeiro: Governo do Estado do Rio de Janeiro- Secretaria de Estado da Família e da Assistência Social/ SEFAS/, 2005. 58p .

VAZ, P. “**Risco e Justiça**”. In: Calomeni, Teresa Cristina B. (Org.) Michel Foucault – entre o murmúrio e a palavra. Campos: Editora da Faculdade de Campos; 2004, p.101-131.

VAZ, P. “**Um Corpo com Futuro**”. In: PACHECO, A.; COCCO, G.; VAZ, P. (Org.) O Trabalho da Multidão. Rio de Janeiro: Gryffus, 2002, v-1, pp. 121 – 146.

VIEIRA, E. “Os Direitos e a Política Social”. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

WACQUANT, L. “Punir os pobres: nova gestão da miséria nos Estados Unidos” [A onda punitiva]. Tradução de Sérgio Lamarão. Rio de Janeiro: Revan, 2003. 3ª edição, revisada e ampliada, agosto de 2007.

ZOURABICHVILI, F. “O vocabulário de Deleuze”. Tradução: André Telles. Rio de Janeiro: Centro Interdisciplinar de Estudo em Novas Tecnologias e Informação, 2004. Disponível em < <http://claudioulpiano.org.br.s87743.gridserver.com/wp-content/uploads/2010/05/deleuze-vocabulario-francois-zourabichvili1.pdf> > Acesso em: 03, de out. 2013.

7.2 - Bibliografia Documental

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. “Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976” [Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências]. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm > Acesso em 07 de set. de 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. “Constituição da República Federativa do Brasil de 1988”. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm > Acesso em 07 de set. de 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. “Lei nº 9.294/1996, de 15 de julho de 1996” [Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal]. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9294.htm > Acesso em: 23 de jun. 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. “Lei nº 9.974, de 06 de junho de 2000” [Altera a Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989, que dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências]. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9974.htm > Acesso em: 23 de jun. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. “Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002”. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> Acesso em 30 de julho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. “A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas” – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **“Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004 Norma Operacional Básica – NOB/SUAS”**. Brasília: MDS / SNAS, 2005a.

_____. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. **“Resolução N°3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005 - Política Nacional sobre Drogas”**. Brasília: GSI / CNA. 2005b. Disponível em: < <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf> > Acessado em 30 de julho de 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **“Metas e Estratégias – Plano Decenal Suas – Plano 10”**. Brasília: MDS / CNAS; 2005c. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/metas-e-estrategias-plano-decenal/metas-e-estrategias-plano-decenal>. Acesso em 30 de jul de 2012.

_____. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). **“Lei n° 11.343, de 23 de agosto de 2006”**. [Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências]. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111343.htm >. Acesso em 04 de junho de 2013.

_____. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). **“Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2006 / 2007”**. Relatório. Coordenação Geral – Denise Bomtempo Birche de Carvalho – Universidade de Brasília. Supervisão Técnica – Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte – SENAD. Brasília: SENAD, 2007. 300 p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. **“Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua”** [sumário executivo]. Brasília / DF: MDS / SAGI / Metal Instituto, Abril de 2008. Disponível em: < http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf > Acesso em 10 de dezembro de 2011.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **“Rua: Aprendendo a Contar – Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua”**. Brasília / DF: MDS; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional e Assistência Social, 2009a. 240 p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **“Resolução CNAS N° 109, de 11 de novembro de 2009 – Aprova a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais”**. (2009b) In: Diário Oficial da União – N° 225. Brasília: Imprensa Nacional, 25 de nov. de 2009, seção 1.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempljuk e Lúcia Pereira Barroso (Org.) **“Relatório brasileiro sobre drogas”**. Brasília: SENAD / IME USP, 2009c. 364 p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - **Concepção e Gestão da Proteção Social não Contributiva no Brasil**. Edições UNESCO: Brasília, 2009d. 424 p.

_____. Ministério da Saúde. “**Portaria nº 1.190, de 04 de junho de 2009 - Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas**”. Brasília / DF; MS; 2009e. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html. Acesso em: 04 de junho de 2013.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Comissão Intergestores Tripartite. “**Resumo Executivo da 83ª reunião ordinária da CIT de 13.02.09**”. (2009f). Disponível em: <http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/orgaoscolegiados/orgaos-em-destaque/cit/atas-pautas-e-resumos-executivos-da-cit>. Acessado em 27 de julho de 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Comissão Intergestores Tripartite. “**Resumo Executivo da 84ª reunião ordinária da CIT de 12.03.09**”. (2009g). Disponível em: <http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/orgaoscolegiados/orgaos-em-destaque/cit/atas-pautas-e-resumos-executivos-da-cit>. Acessado em 27 de julho de 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Comissão Intergestores Tripartite. “**Resumo Executivo da 85ª reunião ordinária da CIT de 08.04.09**”. (2009h). Disponível em: <http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/orgaoscolegiados/orgaos-em-destaque/cit/atas-pautas-e-resumos-executivos-da-cit>. Acessado em 27 de julho de 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Comissão Intergestores Tripartite. “**Resumo Executivo da 86ª reunião ordinária da CIT de 06.05.09**” (2009i). Disponível em: <http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/orgaoscolegiados/orgaos-em-destaque/cit/atas-pautas-e-resumos-executivos-da-cit>. Acessado em 27 de julho de 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Comissão Intergestores Tripartite. “**Resumo Executivo da 87ª reunião ordinária da CIT de 10.06.09**” (2009j). Disponível em: <http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/orgaoscolegiados/orgaos-em-destaque/cit/atas-pautas-e-resumos-executivos-da-cit>. Acessado em 27 de julho de 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Comissão Intergestores Tripartite. “**Resumo Executivo da 88ª reunião ordinária da CIT de 05.08.09**” (2009l). Disponível em: <http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/orgaoscolegiados/orgaos-em-destaque/cit/atas-pautas-e-resumos-executivos-da-cit>. Acessado em 27 de julho de 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Comissão Intergestores Tripartite. “**Resumo Executivo da 89ª reunião ordinária da CIT de 09 e 10.09.09**” (2009m). Disponível em: <http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/orgaoscolegiados/orgaos-em-destaque/cit/atas-pautas-e-resumos-executivos-da-cit>. Acessado em 27 de julho de 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Comissão Intergestores Tripartite. “**Resumo Executivo da 90ª reunião ordinária da CIT de 4 e 5.11.09**” (2009n). Disponível em: <http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/orgaoscolegiados/orgaos-em-destaque/cit/atas-pautas-e-resumos-executivos-da-cit>. Acessado em 27 de julho de 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **“168ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Assistência Social. Ata da ordem dos dias 17 e 18 de junho de 2009”** (2009o). Disponível em: < http://www.mds.gov.br/cnas/Eventos_CNAS/reunioes-ordinarias/reunioes-do-cnas/reunioes-ordinarias/atas/atas-de-2009/atas-de-2009/ >. Acessado em 28 de jul de 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **“169ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Assistência Social. Ata da ordem dos dias 15 e 16 de julho de 2009”** (2009p). Disponível em: < http://www.mds.gov.br/cnas/Eventos_CNAS/reunioes-ordinarias/reunioes-do-cnas/reunioes-ordinarias/atas/atas-de-2009/atas-de-2009/ >. Acessado em 28 de jul de 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **“170ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Assistência Social. Ata da ordem dos dias 12 e 13 de agosto de 2009”** (2009q). Disponível em: < http://www.mds.gov.br/cnas/Eventos_CNAS/reunioes-ordinarias/reunioes-do-cnas/reunioes-ordinarias/atas/atas-de-2009/atas-de-2009/ >. Acessado em 28 de jul de 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **“171ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Assistência Social. Ata da ordem dos dias 16 e 17 de setembro de 2009”** (2009r). Disponível em: < http://www.mds.gov.br/cnas/Eventos_CNAS/reunioes-ordinarias/reunioes-do-cnas/reunioes-ordinarias/atas/atas-de-2009/atas-de-2009/ >. Acessado em 28 de jul de 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **“172ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Assistência Social. Ata da ordem dos dias 21 e 22 de outubro de 2009”** (2009s). Disponível em: http://www.mds.gov.br/cnas/Eventos_CNAS/reunioes-ordinarias/reunioes-do-cnas/reunioes-ordinarias/atas/atas-de-2009/atas-de-2009/. Acessado em 28 de jul de 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **“Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009”** [Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; (...) e dá outras providências] (2009t). Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112101.htm >. Acesso em: Acessado em 30 de julho de 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **“Lei nº 11.936, de 14 de maio de 2009”** [Proíbe a fabricação, a importação, a exportação, a manutenção em estoque, a comercialização e o uso de diclorodifeniltricloreto (DDT) e dá outras providências] (2009u). Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/Lei/L11936.htm >. Acesso em: Acessado em 30 de julho de 2012.

_____. Presidência da República / Casa Civil. **“Decreto Nº 7.179, de 20 de maio de 2010”**. [Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e dá outras providências]. Brasília: Presidência da República / Casa Civil, 2010a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm. Acesso em 20 de junho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. “**Saúde Mental em Dados – 7, ano V, nº 7. Informativo eletrônico**”. Brasília: junho de 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>. Acesso em 20 de outubro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. “**Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção**”. Brasília : Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf > Acesso em 19 de março de 2013.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. “**Resolução Nº39, de 09 de dezembro de 2010**”. Brasília / DF: CNAS; 2010d. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/legislacao/resolucoes/arquivos-2010/resolucoes-normativas-de-2010/>. Acessado em 30 de jul de 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. “**Decreto nº 7.237, de 20 de julho de 2010**” [Regulamenta a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social para obtenção da isenção das contribuições para a seguridade social, e dá outras providências] (2010e). Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/Decreto/D7237.htm >. Acesso em: 30 de julho de 2012.

_____. Presidência da República / Casa Civil. “**Decreto Nº 7.637, de 08 de dezembro de 2011**”. Brasília: Presidência da República / Casa Civil, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm. Acesso em 20 de junho de 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. “**Censo SUAS 2010: CRAS, CREAS, Gestão Municipal, Gestão Estadual, Conselho Municipal, Conselho Estadual, Entidades Beneficentes**”. Brasília / DF: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011b. 156 p.

_____. “**Crack, é possível vencer**” [Cartilha de apresentação do programa] (2011c), Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/programa/cartilha> >. Acesso em 16 de junho de 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. “**Lei nº 12.435/2011**” [Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social] (2011d). Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm >. Acesso em: 30 de julho de 2012.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. “**Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas**”. Paulina do C. A. V. Duarte e Arthur G. de Andrade (Org.). Brasília / DF: MJ; SENAD, 2011e. 352 p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. “**Resolução Nº13, de 20 de junho de 2011**”. Brasília / DF: CNAS; 2011f. Disponível em: < <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxjb25nc> >

[mVzc29yZWdpc25hbGRvc3NvY2lvcG9nb3N8Z3g6NGMyMDE2YjkwNmJlYzFkYw](http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2012/03/22/debate-aponta-falha-de-coordenacao-no-monitoramento-do-uso-de-agrotoxicos) >. Acesso em 30 de jul. de 2012.

_____. SENADO FEDERAL. “**Brasil falha no monitoramento do uso de agrotóxicos**”. In: Agência Senado / Portal de Notícias / Matérias / Comissões. Brasília: 22 de março de 2012a. Disponível em < <http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2012/03/22/debate-aponta-falha-de-coordenacao-no-monitoramento-do-uso-de-agrotoxicos>>. Acesso em 19 de jun de 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. “**Resolução CIT nº 3, de 1 de março de 2012 - Dispõe sobre a Expansão Qualificada e o Reordenamento de Serviços Socioassistenciais de Proteção Social Especial**”. Brasília / DF: MDS; 2012b. Disponível em: < <http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/orgaoscolegiados/orgaos-em-destaque/cit/resolucoes-cit/2012/ResolucaoCIT%20no%202.pdf/view> > Acesso em 30 de julho de 2012.

_____. Conselho Nacional de Assistência Social “**Resolução nº 33, de 12 de dezembro de 2012 - Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS**” (2012c). In: **Diário Oficial da União**, Sessão 1, Brasília / DF, 03 de janeiro de 2013. Disponível em: < <http://www.mds.gov.br/cnas/noticias/publicada-hoje-a-nova-norma-operacional-basica-nob-suas-2012> > Acesso em 10 de jul. de 2013.

IOS LUSITANAE – Fontes Históricas do Direito Português. “**Provisão de 13 de setembro de 1649**”. Departamento de História da Universidade Nova de Lisboa / Programa Operacional – Ciência, Tecnologia, Inovação – POCTI / Fundação para a Ciência e Tecnologia. Disponível em: < http://www.iuslusitaniae.fcsh.unl.pt/verlivro.php?id_parte=100&id_obra=63&pagina=160> e < http://www.iuslusitaniae.fcsh.unl.pt/verlivro.php?id_parte=100&id_obra=63&pagina=162>. Acessado em 11 de julho de 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATY DO ALFERES (PMPA). Secretaria Municipal de Assistência, Promoção e Ação Social. “**Relatório de apresentação do PRODEQ – Programa de Reintegração de Dependentes Químicos de Paty do Alferes**”. [documento avulso, 2 p.]. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Superintendência de Políticas Públicas sobre Drogas – SUPOPD / Arquivo. Acesso em julho de 2012.

RIO DE JANEIRO. “**Decreto nº 5.683, de 09 de junho de 1982**”. [Aprova Regimento Interno do Conselho Estadual de Entorpecentes]. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ; Arquivo; documentos avulsos. Acesso em julho de 2012.

_____. “**Decreto nº 10.417, de 05 de outubro de 1987**”. [Reestrutura o Sistema Estadual de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, criado pelo Decreto nº 3.781, de 09/12/1980, alterado pelo Decreto nº 23.560, de 25/09/1981 e dá outras providências]. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ; Arquivo; documentos avulsos. Acesso em julho de 2012.

_____. **“Lei Estadual nº 3.093, de 03 de outubro de 1988”**. [Autoriza o poder executivo a criar o atendimento especializado no tratamento e recuperação de crianças e adolescentes dependentes químicos no estado do Rio de Janeiro] (1988a). Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ; Arquivo; documento avulso. Acesso em julho de 2012.

_____. **“Convênio nº 1.434/88”**. [Dispõe sobre parceria entre a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Secretaria de Estado de Justiça para instalação da sede do Conselho Estadual de Entorpecentes – CONEN] (1988b). Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ / Arquivo (documentos avulsos). Acesso em julho de 2012.

_____. **“Lei nº 1.418, de 26 de dezembro 1988”**. [Dispõe sobre a criação de Núcleos de Alcoólicos Anônimos em todos os hospitais, casas de saúde, clínicas e institutos, no estado do Rio de Janeiro] (1988c). Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/154402/lei-1418-88-rio-de-janeiro-rj> > Acesso em 10 de jul. de 2012.

_____. **“Decreto 21.187, de 23 de dezembro de 1994 – Dispõe sobre a criação da Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Entorpecentes - CONEN/RJ e dá outras providências”**. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ; Arquivo; documento avulso. Acesso em julho de 2012.

_____. **“Lei Estadual nº 2.413, de 23 de junho de 1995”** [Dispõe sobre a instituição do Fundo Estadual de prevenção, fiscalização e repressão de entorpecentes – FESPREN]. Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/150743/lei-2413-95-rio-de-janeiro-rj> > Acesso em 10 de jul. de 2012.

_____. **“Lei nº 2.549, de 09 de maio de 1996”**. [Dispõe sobre a criação, no calendário oficial do estado do Rio de Janeiro, da semana de prevenção ao alcoolismo] (1996a). Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/144409/lei-2549-96-rio-de-janeiro-rj> > Acesso em 10 de jul. de 2012.

_____. **“Lei nº 2.553, de 13 de maio de 1996”**. [Cria no calendário oficial do estado do Rio de Janeiro, a semana de prevenção ao uso indevido de drogas] (1996b). Acesso em julho de 2012. Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/144406/lei-2553-96-rio-de-janeiro-rj> > Acesso em 10 de jul. de 2012.

_____. **“Lei nº 2.634, de 09 de outubro de 1996”**. [Dispõe sobre a criação do Comitê Antidrogas em todas as unidades educacionais de 1º e 2º graus no estado do Rio de Janeiro] (1996c). Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/144332/lei-2634-96-rio-de-janeiro-rj> > Acesso em 10 de jul. 2012.

_____. **“Resolução SEE nº 2.115, de 02 de setembro de 1997”**. [Estabelece normas para a implantação e funcionamento do Comitê Antidrogas no âmbito da rede escolar da Secretaria de Estado de Educação] (1997a). (documentos avulsos) Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-R / Arquivo. Acesso em julho de 2012.

_____. **“Lei nº 2.803-A, de 07 de outubro de 1997”**. [Determina a obrigatoriedade de inclusão do estudo referente à dependência química em matérias constantes do currículo escolar de 1º e 2º graus elaborado pela Secretaria Estadual de Educação] (1997b). (documentos avulsos) Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ; Arquivo. Acesso em julho de 2012.

_____. **“Portaria CONEN/RJ nº 01, de 12 de junho de 1997”**. [Estabelece critérios para registros junto ao CONEN/RJ de instituições que atuam na área da dependência química de que trata o Artigo 5º da Lei 2.413, de 23/06/1995] (1997c). (documento avulso) Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ; Arquivo. Acesso em julho de 2012.

_____. **“Decreto nº 23.560, de 25 de setembro de 1997”**. [Altera os Artigos 5º e 9º e exclui os Artigos 15, 16, 17 do Decreto nº 10.417, de 05/10/1987 e dá outras providências] (1997d). Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ; Arquivo; documento avulso. Acesso em julho de 2012.

_____. **“Lei nº 2.723, de 12 de maio de 1997”**. [Torna obrigatória a impressão nos rótulos de todas as bebidas alcoólicas industrializadas e comercializadas no estado do Rio de Janeiro da seguinte informação: ‘A Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro adverte: o abuso no consumo de bebidas alcoólicas é prejudicial à saúde’, e dá outras providências] (1997e). Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/144256/lei-2723-97-rio-de-janeiro-rj> > Acesso em 10 de jul. 2012.

_____. **“Lei nº 2.834, de 17 de novembro de 1997”**. [Autoriza a criação, nos hospitais estaduais, do serviço de atendimento psicológico aos pacientes portadores de AIDS] (1997f). Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/144157/lei-2834-97-rio-de-janeiro-rj> > Acesso em: 10 de jul. de 2012.

_____. **“Lei nº 2.872, de 18/11/1997”**. [Autoriza o Poder Executivo, através da rede hospitalar, própria ou conveniada a realizar o exame para detectar nos pacientes destes nosocômios, os portadores do HIV e doentes de AIDS] (1997g). Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/144107/lei-2872-97-rio-de-janeiro-rj> > Acesso em: 10 de jul. de 2012.

_____. **“Lei nº 2.710, de 14 de abril de 1997”**. [Autoriza a criação na estrutura do Poder Executivo estadual de centros de recuperação de dependentes químicos no território do estado do Rio de Janeiro] (1997h). Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/144267/lei-2710-97-rio-de-janeiro-rj> > Acesso em: 10 de julho de 2012.

_____. **“Resolução SSP nº 207, de 22 de setembro de 1998”**. [Reativa o Programa Educacional de Resistência às Drogas da Secretaria Estadual de Segurança Pública]. (documento avulso). Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ / Arquivo. Acesso em julho de 2012.

_____. “**Lei nº 3.238, de 21 de julho de 1999**”. [Institui o 1º de julho como dia estadual de prevenção e combate ao uso de drogas]. (1999a). Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ / Arquivo / documento avulso. Acesso em julho de 2012.

_____. “**Decreto nº 25.844, de 17 de dezembro de 1999**”. [Institui o Sistema Estadual Antidrogas e dá outras providências] (1999b). Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ / Arquivo / documento avulso. Acesso em julho de 2012.

_____. “Convênio Secretaria Nacional Antidrogas e o Governo do Estado do Rio de Janeiro com vistas à implantação de programas de combate ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes”. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Ano XXV, nº 155, de 16/08/1999**. Rio de Janeiro: DOERJ, 1999d.

_____. “**Projeto de Lei 1.535/2000**”. [Autora: Cida Diogo; Ementa: Dispõe sobre as atividades de Redução de Danos entre os usuários de drogas endovenosas, com objetivo de prevenir e reduzir a transmissão e das Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS e dá outras providências] (2000a). Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ / Arquivo. Acesso em julho de 2012.

_____. “**Decreto nº 26.308, de 11 de maio de 2000**”. [Dispõe sobre a desapropriação de imóvel para instalação de clínica de saúde especializada no tratamento da dependência química] (2000b). Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ / Arquivo. Acesso em 12 julho de 2012.

_____. “**Decreto nº 26.835, de 31 de julho de 2000**” [Autoriza a aplicação de recursos para aquisição do imóvel em Valença, ‘visando a implantação da Clínica Especializada no tratamento da dependência química, integrada ao Conselho Estadual Antidrogas’] (2000c). Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ / Arquivo. Acesso em 12 julho de 2012.

_____. “**Decreto nº 27.088, de 06 de setembro de 2000**”. [Dispõe sobre transferência da execução administrativa e físico-financeira, bem como da coordenação das ações governamentais referentes ao Projeto de recuperação, tratamento e reinserção social na sociedade de dependentes químicos da Secretaria de Estado de Justiça para a Secretaria de Estado de Ação Social e Cidadania]. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro nº 172, de 08/09/2000**). Rio de Janeiro: DOERJ, 2000d.

_____. “1º Extrato de Convênio, celebrado entre o Conselho Estadual Antidrogas - CEAD e Comunidade S-8” [Objeto: Criação da Clínica Michele de Moraes; vigência: a partir de 01/01/2000]. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, de 17/03/2000**. Rio de Janeiro: DOERJ, 2000e.

_____. “**Decreto nº 28.698, de 02 de julho de 2001**” [Altera a denominação da Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos para Secretaria de Estado de Direitos Humanos e Sistema Penitenciário]. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência

Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ / Arquivo. Acesso em julho de 2012.

_____. **“Decreto Estadual nº30.832, de 08 de março de 2002”**. [Cria, no âmbito da Secretaria Estadual de Direitos Humanos e Sistema Penitenciário, o Centro de Tratamento em Dependência Química para custodiados do DESIPE e o Centro de Tratamento em Dependência Química - Recuperando Vidas do DEGASE, para menores em conflito com a lei e meninos em situação de rua] (2002a). Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ / Arquivo. Acesso em julho de 2012.

_____. **“Projeto de Lei nº 2835/2002”** [Autor(es) Cida Diogo, Sérgio Cabral; Ementa: Autoriza o poder executivo a desenvolver ações de redução de danos entre usuários de drogas endovenosas, com objetivo de prevenir e reduzir a transmissão de doenças e da síndrome da imunodeficiência adquirida – AIDS/SIDA e dá outras providências] (2002b). Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ / Arquivo. Acesso em julho de 2012.

_____. **“Projeto de Lei nº 3.063/2002”**. [Autor: Jamil Haddad; Ementa: autoriza o Poder Executivo a convocar e realizar a primeira conferência estadual de saúde na área do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas no estado do Rio de Janeiro] (2002c). Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ / Arquivo. Acesso em julho de 2012.

_____. **“Lei Estadual nº 3.765, de 07 de janeiro de 2002”**. [Dispõe sobre o apoio financeiro a entidades e organizações não governamentais que atuam na assistência e recuperação de dependentes químicos] (2002d). Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/136594/lei-3765-02-rio-de-janeiro-rj> > Acesso em: 10 de julho de 2012.

_____. **“Resolução SASC nº 080, de 11 de setembro de 2002”**. [Institui o projeto ambulatorio-dia no âmbito do Programa Clínicas Populares]. **DOERJ nº 173, de 12/09/2002** (2002e). Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ / Arquivo. Acesso em julho de 2012.

_____. **“Lei nº 4.074, de 06 de janeiro de 2003”**. [dispõe sobre a prevenção, o tratamento e os direitos fundamentais dos usuários de drogas e dá outras providências] (2003a). Disponível em < <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/e9589b9aab9cac8032564fe0065abb4/86fe0662d67ee6b483256ca70067f260?OpenDocument> > Acesso em 10 de jul. de 2012.

_____. **“Decreto nº 33.362, de 10 de junho de 2003”**. [Cria Secretaria de Estado de Direitos Humanos e mantém a política estadual antidrogas e o CEAD no âmbito das competências da Secretaria de Estado de Justiça – SEJ] (2003b). Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ / Arquivo / documento avulso. Acesso em julho de 2012.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE AÇÃO SOCIAL. FUNDAÇÃO LEÃO XIII. DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA. **“Plano para o**

desenvolvimento de ações ao uso e abuso do álcool e outras drogas". Rio de Janeiro: SEAS / Fundação Leão XIII, 2004.

_____. **"Projeto de Lei nº 3.758/2006"**. [Autor: Carlos Minc; Ementa: autoriza o Poder Executivo a disponibilizar o Conselho Estadual Antidrogas – CEAD para apoiar os procedimentos adotados pelo Poder Judiciário no tocante a determinação de que trata o parágrafo 2º do artigo 28 da Lei nº 11.343/2006, que cria o SISNAD – Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas e dá outras providências]. Disponível em: < <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro0307.nsf/1e1be0e779adab27832566ec0018d838/f8b417130531d56483257249006b9afc?OpenDocument&ExpandSection=-1> > Acesso em 07 de junho de 2013.

_____. **"Decreto nº 40.486, de 01 de janeiro de 2007"**. [Cria estrutura de Governo do Estado do Rio de Janeiro] (2007a). Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ / Arquivo. Acesso em julho de 2012.

_____. **"Decreto nº 40.985, de 16 de outubro de 2007"**. [Institui o Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas – CEPD] (2007b). Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ / Arquivo. Acesso em julho de 2012.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS – SEASDH. Costa, Leonardo Pecoraro; Lima, Rita de Cássia Cavalcante. (Org.) **"Construindo a Política sobre Drogas no Estado do Rio de Janeiro: o Estado e a sociedade compartilhando responsabilidades"** [cartilha de orientação técnica]. Rio de Janeiro: SEASDH, 2009a.

_____. **"Relação dos marcos legais e normativos das Políticas sobre Drogas no estado Rio de Janeiro"** (2009b). Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ / Arquivo / documento avulso. Acesso em julho de 2012.

_____. **"Lei nº 5.517, de 17/08/2009"** [Proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica, e cria ambientes de uso coletivo livres de tabaco]. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro nº 149, de 18/08/2009**. Rio de Janeiro: DOERJ, 2009c.

_____. **"Resolução SEASDH nº 192, de 28/09/2009"** [Institui o Grupo Estadual de Trabalho Interinstitucional de Construção da Política sobre Drogas – GETI]. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro nº199, de 03/11/2009**. Rio de Janeiro: DOERJ, 2009d.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS – SEASDH. **"Relatório sobre o Seminário - Construindo a Política sobre Drogas no Estado do Rio de Janeiro"**[Relatório nº 01/2009 PED, elaborado por LIMA, Rita de Cássia Cavalcante]. Rio de Janeiro: SEASDH, setembro de 2009e.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS – SEASDH. **"Arquivos das Reuniões de Trabalho Grupo Estadual de Trabalho Interinstitucional de Construção da Política sobre Drogas – GETI"** [33 documentos] (2009 / 2010a). Rio de Janeiro: SEASDH / Superintendência de Políticas Públicas sobre Drogas - SUPOPD, 2010.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS – SEASDH. “**Relatórios dos Seminários Regionais de Construção da Política Estadual sobre Drogas**”. [1 pasta; 13 Relatórios] (2009 / 2010b). Rio de Janeiro: SEASDH / Superintendência de Políticas Públicas sobre Drogas - SUPOPD, 2010.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS – SEASDH. “**Centro Estadual de Assistência sobre Drogas – Relatório 2009**”. Rio de Janeiro: SEASDH / CEAD; março de 2010a.

_____. “Decreto nº 42.426, de 27 de abril de 2010”. [Institui o Conselho Estadual e Políticas Públicas sobre Drogas e regulamenta o Fundo Estadual de Prevenção, fiscalização e repressão de entorpecentes]. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro nº 074, de 28/04/2010**. Rio de Janeiro: DOERJ, 2010b.

_____. “**Resolução Conjunta SESDEC/SEASDH/SEAP/SETE/SETRAB/SEC/SEEDUC/SEGOV nº 216, de 08 de junho de 2010**” [Designa os membros da Comissão Organizadora da IV Conferência Estadual de Saúde Mental – Intersetorial do Rio de Janeiro] (2010c). Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/5558764/doerj-poder-executivo-09-06-2010-pg-11> > Acesso em: 12 de jul. de 2013.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS – SEASDH. “**Centro Estadual de Assistência sobre Drogas – Relatório 2010**”. Rio de Janeiro: SEASDH / SUPOPD / Arquivo / Relatórios, 2011a. Acesso em julho de 2012.

_____. “**Projeto de Lei nº 981/2011**” [Autor: Alexandre Correa; Ementa: Dispõe sobre a obrigatoriedade das indústrias que comercializam bebidas alcoólicas sediadas no estado do Rio de Janeiro a inserir no rótulo dos produtos a logomarca da “Lei Seca” e dá outras providências.” (2011b). Disponível em < <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro1115.nsf/1061f759d97a6b24832566ec0018d832/9c3b1839a27603fd8325792e004c4e0d?OpenDocument&ExpandSection=-1> > Acesso em 07 de junho de 2013.

_____. “Relação de instituições inscritas no Fórum de Eleição das representações da Sociedade Civil para assento no Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ”. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, de 21 de julho de 2011**. Rio de Janeiro: DOERJ, 2011c.

_____. “Ata dos resultados da eleição do Fórum de Eleição das representações da Sociedade Civil para assento no Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ”. In: **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, de 12/08/2011**. Rio de Janeiro: DOERJ, 2011d.

_____. “**Lei nº 6.011, de 20 de julho de 2011**” [Institui o Programa de Apoio à Recuperação do Dependente Químico] (2011e). Disponível em: < <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro1115.nsf/02ac6f279b568e24832566ec0018d839/1ec961671f56c637832579340065d61a?OpenDocument> > Acesso em 07 de junho de 2013.

_____. “**Projeto de Lei 997/2011**”. [Autora: Janira Rocha; Ementa: altera a Lei nº 6.011, de 20 de julho de 2011, que institui o Programa de Apoio à Recuperação do Dependente Químico] (2011f). Disponível em: <

<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro1115.nsf/02ac6f279b568e24832566ec0018d839/1ec961671f56c637832579340065d61a?OpenDocument> > Acesso em 07 de junho de 2013.

_____. **“Decreto s/nº, de 26 de dezembro de 2011”**. [Dispõe sobre a nomeação dos membros do Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ] (2011g). Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH / Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ / Arquivo. Acesso em julho de 2012.

_____. **“Resolução SEASDH nº 403, de 27 de dezembro de 2011”**. [Institui a Comissão de Seleção de Projetos de Centros de Acolhimento Regionalizados para usuários de álcool e outras drogas - CARE-AD] (2011h). Rio de Janeiro: SEASDH / Superintendência de Políticas Públicas sobre Drogas - SUPOPD, 2011.

_____. **“Edital SEASDH nº001/2012”** [Dispõe sobre a seleção pública de projetos para implementação dos Centros de Acolhimento Regionalizados para usuários de álcool e outras drogas - CARE-AD]. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro (DOERJ) nº 02, de 03/01/2012**. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2012a.

_____. **“Resolução Conjunta SES/SEASDH/UERJ nº 70, de 14/08/2012”** [Descentraliza execução de crédito orçamentário para a Universidade do Estado do Rio de Janeiro com interveniência da SEASDH para implementação do Observatório Estadual de Gestão e Informações sobre Drogas]. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro (DOERJ) nº 156, de 23/08/2012**. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2012b.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS – SEASDH. **“Centro Estadual de Assistência sobre Drogas – Relatório 2011”** (2012c). Rio de Janeiro: SEASDH /SUPOPD / Arquivo / Relatórios. Acesso em julho de 2012.

_____. **“Decreto nº 43.550, de 13 de abril de 2012”** [Dispõe sobre a criação do Comitê Estadual de Gestão do Plano de Enfrentamento ao Crack e dá outras providências] (2012d). Disponível em: < http://solatellie.com/cfap/html45/decreto_43550_13_04_2012.html > Acesso em 15 de jul. de 2012.

_____. **“Decreto 44.085, de 26 de fevereiro de 2013”**. [Institui a Secretaria de Estado de Prevenção à Dependência Química – SEPREDQ e dá outras providências]. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro (DOERJ) nº 037, de 27/02/2013**. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial. 2013b.

_____. **“Decreto nº 44.108, de 12 de março de 2013”**. [Aprova do Regimento Interno do Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ] (2013c). Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/51932306/doerj-poder-executivo-13-03-2013-pg-3> > Acesso em 25 de abril de 2013.

_____. **“Decreto nº 44.195, de 10 de maio de 2013”** [Dá nova redação ao Decreto nº 43.550, de 13 de abril de 2012, que cria o Comitê Estadual de Gestão do Plano de Enfrentamento ao Crack e determina outras providências] (2013d). Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/54230870/doerj-poder-executivo-13-05-2013-pg-1> > Acesso em 12 de jul. de 2013.

7.3 - Notícias e Informativos

AGÊNCIA SENADO. **“Mozarildo classifica como incoerente permissão de bebidas alcoólicas em estádios durante a Copa”**. Brasília: 2010. Disponível em: < <http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2012/05/10/mozarildo-classifica-como-incoerente-permissao-de-bebidas-alcoolicas-em-estadios-durante-a-copa> > Acesso em 23 de jun. de 2013.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **“Plenário aprova projeto de combate às drogas; falta votar destaques”**. 22 de maio de 2013. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/POLITICA/443113-PLENARIO-APROVA-PROJETO-DE-COMBATE-AS-DROGAS-FALTA-VOTAR-DESTAQUES.html> >

CARTA CAPITAL. **“Governo paulista começa em dez dias internação involuntária de usuários de crack”**. 04 de janeiro de 2013. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/sociedade/governo-paulista-comeca-em-dez-dias-internacao-involuntaria-de-usuarios-de-crack/>> Acesso em 24 de abr. de 2013.

CONSULTOR JURÍDICO. **“Farmácias podem vender produtos de conveniência”**. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2010-mai-03/farmacias-drogarias-podem-vender-produtos-conveniencia-stj> > Acesso em 22 de jun. de 2012.

LORETE, A. [Fotografia] In: **“Carta Capital”**. Disponível em: < <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/os-equivocos-da-internacao-compulsoria/> > Acesso em 24 de abr. de 2013.

O DIA. **“O Serviço de Saúde Mental de Teresópolis alega que não tem como atender a Justiça por não possuir clínicas especializadas na cidade.[...]”**. 24 de abril de 2013. Disponível em: <<http://odia.ig.com.br/portal/rio/estado-nega-interna%C3%A7%C3%A3o-a-jovem-viciado-em-crack-1.574586> > Acesso em 24 de abr. de 2013.

O GLOBO. **“FH quer tucanos se opondo a projeto de lei sobre drogas. Texto prevê cadastro de usuários e internação; votação foi adiada”**. 10 de abril de 2013. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/pais/fh-quer-tucanos-se-opondo-projeto-de-lei-sobre-drogas-8083534>> Acesso em 24 de abr. de 2013.

ROCHA, C.; VASCONCELLOS, F.; e DAMASCENO, N. **“A Silenciosa Praga das Lavouras: Regiões agrícolas do estado com forte uso de agrotóxicos têm mais suicídios e mortes por câncer”**. In: O Globo – Seção: O Globo – Rio, 03 de junho de 2012.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO. **“Acolher e cuidar, do nascimento até após a morte: uma lição de amor ao próximo”** [Informativo eletrônico]. Disponível em: < <http://www.santacasarj.org.br/#> > Acesso em 09 de maio de 2013.

VEJA. **“O Papa Operário”**. VEJA, 20 de novembro de 1989. Disponível em: < <http://veja.abril.com.br/historia/republica/religiao-leao-xiii-papa-operario.shtml> > Acesso em: 07 de set. de 2012.

7.4 – Filmografia e musicografia

Amor e outras Drogas. Direção: Edward Zwick. EUA: FOX Filmes, 2010, DVD (80 min).

ANTUNES, Arnaldo; FROMER, Marcelo; BRITTO, Sérgio. “**Comida**” [música]; 1987.

CAYMMI, Dorival. “**Gabriela**” [música]; 1973.

Cortina de Fumaça. Direção: Rodrigo Mac Niven. Rio de Janeiro: J.R. Mac Niven Produções/ TVa2 Produções, 2010, [Documentário - 88 min]. Maiores informações < <http://www.cortinadefumaca.com/site/pt-br/home/capa.php> >.

8 - APÊNDICE

Mapeamento dos percursos de produção das políticas relacionadas ao tema das drogas no Estado do Rio de Janeiro, 1980 – 2013.

➤ **1980**

- ✓ Instituição do Sistema Estadual de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e do Conselho Estadual de Entorpecentes do Rio de Janeiro - CONEN/RJ, por meio do Decreto Estadual nº 3.781, de 09 de Dezembro de 1980, visando a dar cumprimento à Lei Federal nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. O CONEN é criado dentro da estrutura da Secretaria de Estado de Justiça e Interior, SEJINT (SILVA; 2012).
- ✓ Criação no Hospital Universitário Pedro Ernesto / UERJ do ambulatório para atendimento a usuários de drogas (RIO DE JANEIRO; 2009a).

➤ **1982**

- ✓ Decreto nº 5.683, de 09/06/1982 – Aprova Regimento Interno do Conselho Estadual de Entorpecentes – CONEN (Idem; 1982).

➤ **1985**

- ✓ Criação do “Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas – NEPAD / UERJ”, no 4º andar do prédio da Rua Fonseca Telles, 121, São Cristóvão (Idem; 2009a).

➤ **1987**

- ✓ Reestruturação do Sistema Estadual de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, criado pelo Decreto nº 3.781, de 09/12/1980, alterado pelo Decreto nº 23.560, de 25/09/1981 (Idem; 1987).

➤ **1988**

- ✓ Constituição Federal (BRASIL; 1988).
- ✓ Início de internações de usuários de drogas no Hospital da Polícia Militar do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO; 2009a).
- ✓ Aprovação da Lei Estadual nº 3.093, de 03/10/1988, que autoriza o Poder Executivo a criar o atendimento especializado no tratamento e recuperação de crianças e adolescentes dependentes químicos no estado do Rio de Janeiro (Idem; 1988a).

- ✓ Criação de Ambulatório e Internação para crianças e adolescentes usuários de drogas – Fundação para Infância e Adolescência – FIA (Idem; 2009a).
- ✓ Instalação da sede do Conselho Estadual de Entorpecentes no 3º andar do prédio da Rua Fonseca Telles, 121, São Cristóvão, onde funcionava a Rádio Roquete Pinto. O Termo de Convênio celebrado entre a UERJ e Secretaria de Estado de Justiça –SEJ (Convênio nº 1.434/88) – para a cessão do espaço, traz, na cláusula terceira, o compromisso do CONEN apoiar o NEPAD (Idem; 1988b).
- ✓ Aprovação da Lei nº 1.418, de 26/12/1988, que dispõe sobre a criação de “Núcleos de Alcoólicos Anônimos” em todos os hospitais, Casas de Saúde, Clínicas e Institutos, no Estado do Rio de Janeiro (Idem; 1988c).

- **1993**
- ✓ Aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social –LOAS (BRASIL; 1993).

- **1994**
- ✓ Criação da Secretaria Executiva do CONEN/RJ - Decreto 21.187, de 23 de Dezembro de 1994. Esse direcionamento cria para o Conselho a tarefa de executar programas de prevenção, tratamento e reinserção social (RIO DE JANEIRO; 1994).

- **1995**
- ✓ Instituição do Fundo Estadual de prevenção, fiscalização e repressão de entorpecentes – FESPREN (Idem; 1995).

- **1996**
- ✓ Aprovação da Lei nº 2.549, de 09/05/1996, que cria, no calendário oficial do estado do Rio de Janeiro, a semana de prevenção ao alcoolismo (Idem; 1996a).
- ✓ Aprovação da Lei nº 2.553, de 13/05/1996, que cria, no calendário oficial do estado do Rio de Janeiro, a semana de prevenção ao uso indevido de drogas (Idem; 1996b).
- ✓ Aprovação da Lei nº 2.634, de 09/10/1996, que cria o Comitê Antidrogas em todas as unidades educacionais de 1º e 2º graus no estado do Rio de Janeiro (Idem; 1996c).

- **1997**
- ✓ Normatização da implantação e funcionamento do Comitê Antidrogas no âmbito da rede escolar da Secretaria de Estado de Educação (Idem; 1997a).

- ✓ Aprovação da Lei n° 2.803-A, de 07/10/1997, que determina a obrigatoriedade de inclusão do estudo referente à dependência química em matérias constantes do currículo escolar de 1° e 2° graus elaborado pela Secretaria Estadual de Educação (Idem; 1997b).
- ✓ Estabelecimento de critérios para registros junto ao CONEN/RJ de instituições que atuam na área da dependência química (Idem; 1997c).
- ✓ Aprovação da Lei n° 2.723, de 12/05/1997, que torna obrigatória a impressão nos rótulos de todas as bebidas alcoólicas industrializadas e comercializadas no estado do Rio de Janeiro da seguinte informação: “A Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro adverte: o abuso no consumo de bebidas alcoólicas é prejudicial à saúde”, e dá outras providências (Idem; 1997e).
- ✓ Aprovação da Lei n° 2.834, de 17/11/1997, que autoriza a criação, nos hospitais estaduais, do serviço de atendimento psicológico aos pacientes portadores de HIV/AIDS (Idem; 1997f).
- ✓ Aprovação da Lei n° 2.872, de 18/11/1997, que autoriza o Poder Executivo, através da rede hospitalar, própria ou conveniada, a realizar o exame para detectar nos pacientes destes nosocômios, os portadores do HIV e doentes de AIDS (Idem; 1997g).
- ✓ Aprovação da Lei n° 2.710, de 14/04/1997, que autoriza a criação na estrutura do Poder Executivo estadual de centros de recuperação de dependentes químicos no território do estado do Rio de Janeiro (Idem; 1997h). Entende-se que foi com base nessa Lei que foi criado, posteriormente, o Programa Clínicas Populares.

➤ 1998

- ✓ Implantação do Ambulatório do Centro Estadual de Tratamento e Reabilitação de Adictos (Centra-Rio) da Secretaria de Estado de Saúde – SES (Idem; 2009a).
- ✓ Reativação do Programa Educacional de Resistência às Drogas da Secretaria de Segurança Pública (Idem; 1998).

➤ 1999

- ✓ Início do Programa Clínicas Populares.
- ✓ Início da descentralização da Assistência Social no estado do Rio de Janeiro, por meio de celebração de convênios PAIF (Programa de Atendimento Integral à Família) entre o Governo do Estado e os municípios. Inicia-se assim a implantação dos NAFs (Núcleos de Atenção à Família) nos municípios fluminenses (VASCONOCELLOS & MORGADO,

2005). No bojo dos Planos de Trabalho dos convênios do PAIF encontravam-se, entre as ‘linhas de ação’, a ‘atenção à dependência química’(PMPA; 2010).

- ✓ Aprovação da Lei nº 3.238, de 21/07/1999, que institui o 1º de julho como dia estadual de prevenção e combate ao uso de drogas (RIO DE JANEIRO; 1999a).
- ✓ Criação do Sistema Estadual Antidrogas; mudança da nomenclatura do Conselho Estadual de Entorpecentes (CONEN) para Conselho Estadual Antidrogas (CEAD); e, criação do Departamento de Prevenção Integral às Drogas (DEPRID), órgão executivo do CEAD (Idem; 1999b).
- ✓ Celebração de Protocolo e Convênio entre a Secretaria Nacional Antidrogas e o Governo do Estado do Rio de Janeiro, com vistas à implantação de programas de combate ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes (Idem; 1999d).

➤ 2000

- ✓ Deputada Cida Diogo apresenta o Projeto de Lei 1.535/2000, que dispõe sobre as atividades de Redução de Danos entre UDI, com objetivo de prevenir e reduzir a transmissão da AIDS. O PL é vetado na ALERJ (Idem; 2000a).
- ✓ O Governo do Estado desapropria e adquire imóvel em Valença para instalação da 2ª clínica do Programa Clínicas Populares – “clínica de saúde especializada no tratamento da dependência química integrada ao Conselho Estadual Antidrogas” (Idem; 2000b e 2000c).
- ✓ A Assistência Social assume a condução do programa de assistência a usuários de drogas. A “execução administrativa e físico-financeira, bem como a coordenação das ações governamentais referentes ao Projeto de Recuperação, tratamento e reinserção social na sociedade de dependentes químicos” é transferida da Secretaria de Estado de Justiça - SEJUS para a então Secretaria de Estado de Ação Social e Cidadania (Idem; 2000d).
- ✓ Celebração de parceria, por meio de convênio, entre o Conselho Estadual Antidrogas - CEAD e Comunidade S-8, para implementação da 1ª Clínica Popular – Michele de Moraes, no Bairro de Santa Cruz, Rio de Janeiro (Idem; 2000e).

➤ 2001

- ✓ Instalação da Clínica Ricardo Iberê Gilson – Valença, cujo imóvel foi objeto dos Decretos nº 26.308, de 11/05/2000 e nº 26.835, de 31/07/2000 (Idem; 2009a).
- ✓ Alteração da denominação da Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos para Secretaria de Estado de Direitos Humanos e Sistema Penitenciário - Decreto nº 28.698, de 02/07/2001 (Idem; 2001).

- ✓ Criação, no âmbito do Departamento de Ações socioeducativas – DEGASE da SEJUS, de Unidade de Internação – Recuperando Vidas - para menores em conflito com a lei e meninos em situação de rua (Idem; 2009a).

➤ 2002

- ✓ Formalização da criação, no âmbito da Secretaria Estadual de Direitos Humanos e Sistema Penitenciário, do Centro de Tratamento em Dependência Química para custodiados do DESIPE (Alameda São Boaventura, nº 773, Niterói) e, Centro de Tratamento em Dependência Química - Recuperando Vidas (Estrada do Caricó nº 111, Rio de Janeiro) no DEGASE, para menores em conflito com a lei e meninos em situação de rua (Idem; 2002a).
- ✓ Deputados estaduais Cida Diogo e Sérgio Cabral apresentam Projeto de Lei nº 2.835/2002, que autoriza o poder executivo a desenvolver ações de RD entre UDI, com objetivo de prevenir e reduzir a transmissão de doenças e AIDS/SIDA e dá outras providências. O PL não foi aprovado (Idem; 2002b).
- ✓ Deputado estadual Jamil Haddad apresenta Projeto de Lei nº 3063/2002, que autoriza o Poder Executivo a convocar e realizar a primeira conferência estadual de saúde na área do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas no estado do Rio de Janeiro. O PL não foi aprovado (Idem; 2002c).
- ✓ Ponto alto do financiamento do Ministério da Saúde aos projetos de Redução de Danos no âmbito do programa DST/AIDS no estado do Rio de Janeiro. Nesse ano, 22 projetos eram financiados diretamente pelo Ministério da Saúde em parcerias com ONGs e Institutos de pesquisa (FONSECA; 2007).
- ✓ Implantação do 1º CAPS-ad no estado Rio de Janeiro – CAPS-ad Ari Vianna, no município de Campos dos Goytacazes (Fonte: Secretaria de Estado de Saúde – SES).
- ✓ Aprovação da Lei Estadual nº 3.765, de 07/01/2002, que dispõe sobre o apoio financeiro a entidades e organizações não governamentais que atuam na assistência e recuperação de dependentes químicos (RIO DE JANEIRO; 2002d).
- ✓ Criação do projeto ambulatorio-dia nas dependências do CEAD, em São Cristóvão, como parte integrante do Programa Clínicas Populares (Idem; 2002e).

➤ 2003

- ✓ Aprovação da Lei Estadual nº 4.074, de 06/01/2003, que “dispõe sobre a prevenção, o tratamento e os direitos fundamentais dos usuários de drogas e dá outras providências” (Idem; 2003a).

- ✓ Instituição do Departamento de Prevenção às Drogas, no âmbito da Secretaria de Estado de Justiça e Direitos do Cidadão – SEJDIC à qual passa a se vincular o Conselho Estadual Antidrogas – CEAD (Idem; 2003b).
- ✓ Criação da Secretaria de Estado de Direitos Humanos. Com a separação entre os direitos humanos e a Justiça, a política estadual antidrogas e do CEAD permanecem no âmbito das competências da Secretaria de Estado de Justiça – SEJ (Ibidem; 2003b)
- ✓ Adoção da Redução de Danos pelo Ministério da Saúde como modelo e método clínico político de cuidado na área da saúde Mental para usuários de álcool e outras drogas (BRASIL; 2003).
- ✓ Instalação no âmbito do Programa Clínicas Populares, da Clínica Nise da Silveira, no município de Barra Mansa (RIO DE JANEIRO; 2009a).
- ✓ Implantação do 2º CAPS-AD no estado Rio de Janeiro – CAPS-ad CAS Aterrado, no município de Volta Redonda.

➤ 2004

- ✓ Implantação do 3º CAPS-AD no estado Rio de Janeiro – CAPS-ad Raul Seixas, no município do Rio de Janeiro (SILVA; 2012).
- ✓ Aprovação da Política Nacional de Assistência Social (BRASIL; 2005a)

➤ 2005

- ✓ Aprovação da Norma Operacional Básica – NOB/SUAS (Ibidem)
- ✓ Aprovação da Política Nacional sobre Drogas (Idem; 2005b).

➤ 2006

- ✓ Deputado estadual Carlos Minc apresenta Projeto de Lei nº 3.758/2006, propondo que o Conselho Estadual Antidrogas – CEAD apoie os procedimentos do Judiciário nas questões de que tratam das penas para usuários de drogas. O PL foi arquivado (RIO DE JANEIRO; 2006).
- ✓ Aprovação da nova Lei Federal que trata do tema das drogas - Lei nº 11.343 (BRASIL; 2006).
- ✓ Aprovação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – NOB-RH/SUAS (FERREIRA; 2011).

➤ **2007**

- ✓ Extinção da Secretaria de Estado de Justiça e criação, no âmbito da Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos, da Superintendência de Prevenção à Dependência Química, à qual passa a vincular-se as políticas de drogas e o Conselho – CEAD (RIO DE JANEIRO; 2007a).
- ✓ O Ambulatório do CENTRA-RIO (Centro Estadual de Tratamento e Reabilitação de Adictos) da Secretaria de Estado de Saúde – SES passa a atuar como CAPS-AD (Idem; 2009a).
- ✓ Mudança na nomenclatura do Conselho Estadual, de CEAD para Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas -CEPSD. Só o nome muda, mas há manutenção do controle do Governo sobre a mesa diretora e sobre a participação das entidades da sociedade civil no colegiado (Idem; 2007b).

➤ **2008**

- ✓ Tentativa infrutífera da SEASDH em passar a gestão do Programa Clínicas Populares para a Secretaria de Estado de Saúde. Aproximação do programa Clínicas Populares com a Saúde Mental. O Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro e o CAPS-ad CENTRA-RIO passam a dividir a regulação das vagas do programa com o Conselho Estadual. O programa passa a receber encaminhamentos oriundos da rede CAPS nos municípios.

➤ **2009**

- ✓ Aprovação, em âmbito nacional, da tipificação dos serviços do SUAS (BRASIL; 2009b).
- ✓ A SEASDH lança Plano de construção da Política sobre Drogas do estado do Rio de Janeiro em seminário de mobilização realizado em 26/06/2009 (RIO DE JANEIRO; 2009a).
- ✓ O ambulatório do CEAD em São Cristóvão é reordenado em função de fragilidades de gestão. O serviço deixa o modelo ambulatorial passando a atuar como Centro Estadual de Assistência sobre Drogas, com foco na Assistência Social. Não houve ato normativo e/ou institucional para essa mudança. O reordenamento se restringiu à metodologia de abordagem e à rotina dos atendimentos prestados aos usuários (Idem; 2010a).
- ✓ Ministério da Saúde institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas (BRASIL; 2009e).
- ✓ Aprovação da Lei estadual nº 5.517, de 17/08/2009, que cria ambientes de uso coletivo livres de tabaco (RIO DE JANEIRO; 2009c).

- ✓ A SEASDH institui o Grupo Estadual de Trabalho Interinstitucional de Construção da Política sobre Drogas – GETI, com objetivo de conduzir o Plano de construção do política estadual sobre drogas (RIO DE JANEIRO; 2009d).
- ✓ Descentralizam-se os debates sobre o tema das drogas no estado, em função dos trabalhos do GETI – Grupo Estadual de Trabalho Interinstitucional de Construção da Política sobre Drogas. Esses debates se deram por meio de seminários e fóruns e tinham por objetivo colher propostas para uma política estadual sobre drogas (Idem; 2009/2010b e 2009/2010b).
- ✓ Início das operações da Lei Seca no estado do Rio de Janeiro, fundamentadas nas alterações ocorridas no Código de Trânsito Brasileiro advindas da Lei 11.705, de 19 de junho de 2009 (possuindo tópicos relacionados ao assunto no Decreto n.º 6.488, de 19 de junho de 2008, e na resolução n.º 206, de 20 de outubro de 2006), e, posteriormente, com a Lei 12.760, de 20 de dezembro de 2012.

➤ 2010

- ✓ Instituição do Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas - CEPOPD-RJ. O Colegiado passa a ter paridade nas representações governamentais e não governamentais, com eleição das entidades representantes da sociedade civil em fórum próprio, assim como eleição para composição da mesa diretora. O mesmo Decreto n.º 42.426, de 27/04/2012 que instituiu o CEPOPD-RJ mudou o nome da Superintendência de Prevenção à Dependência Química para Superintendência de Políticas Públicas sobre Drogas (Idem; 2010b).
- ✓ Governo Federal lança Plano Nacional Integrado de Enfrentamento ao Crack (BRASIL; 2010a).
- ✓ A atenção ao uso prejudicial de drogas volta à discussão ampliada no estado, no âmbito da IV Conferência Estadual de Saúde Mental – Intersetorial (Idem; 2010c).

➤ 2011

- ✓ Deputado estadual Alexandre Correa apresenta Projeto de Lei n.º 981/2011, propondo obrigatoriedade das indústrias que comercializam bebidas alcoólicas sediadas no estado do Rio de Janeiro a inserirem no rótulo dos produtos a logomarca da “Lei Seca”. PL tramitando na ALERJ (Idem; 2011b).
- ✓ Governo Federal lança Programa Crack, é possível vencer no âmbito do Plano Nacional Integrado de Enfrentamento ao Crack (BRASIL; 2011a, 2011c).
- ✓ Realização do 1º Fórum de Eleição das representações da Sociedade Civil para assento no Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ (RIO DE JANEIRO; 2011c, 2011d).

- ✓ As Universidades Federais UFRJ e UFF e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ passam a atuar no estado como Centros de Referência de Formação Permanente - CRR na área de capacitação, recebendo recursos do Plano Federal “Crack, é possível vencer” e promovendo cursos específicos para equipes do SUS, SUAS, entre outros.
- ✓ Aprovação da Lei nº 6.011, de 20/07/2011, que institui, no âmbito da Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH, o “programa de apoio à recuperação do dependente químico”. O Artigo 2º dispõe que “para a execução do Programa, as instituições religiosas e da sociedade civil, sem fins lucrativos, que atendam usuários ou dependentes de drogas, poderão receber recursos da Secretaria de Saúde e do FES, Fundo Estadual de Saúde”. Essa lei não foi regulamentada (Idem; 2011e).
- ✓ Deputada estadual Janira Rocha apresenta Projeto de Lei nº 997/2011, propondo emenda à Lei nº 6.011/2011, visando adequar as relações entre entes privados e o Poder Público e a remessa de recursos públicos a instituições religiosas e da sociedade civil. Esse projeto ainda tramita nas Comissões da ALERJ (Idem; 2011f).
- ✓ O CEPOPD-RJ passa a funcionar nas dependências da SEASDH, no prédio da Central do Brasil – 6º Andar.
- ✓ Tomam posse os membros do Colegiado do CEPOPD-RJ - Decreto s/nº, de 26/12/2011(Idem; 2011g).
- ✓ É instituída a Comissão de Seleção de Projetos para fins do Edital SEASDH nº 001/2012 (Idem; 2011h).

➤ 2012

- ✓ É lançado o Edital de seleção pública de projetos para implementação dos Centros de Acolhimento Regionalizados para usuários de álcool e outras drogas - CARE-AD.
- ✓ A SEASDH muda a orientação do programa de assistência a usuários de drogas, findando o modelo Clínicas Populares e adotando o modelo CARE-AD (Idem; 2012a).
- ✓ Governo do Estado adere ao Programa Federal “Crack, é possível vencer” e institui o Comitê Estadual de Gestão do Plano de Enfrentamento ao Crack, sob a coordenação da SEASDH (Idem; 2012d).
- ✓ A SEASDH implementa, em parceria com a UERJ o Observatório Estadual de Gestão e Informações sobre Drogas – OGIDERJ, no espaço onde funcionava o CEAD. O Observatório passa a ter como funções: aprimorar metodologias de intervenção; regular as vagas dos CARE-AD; monitorar e produzir dados sobre o funcionamento da rede SUS/SUAS; capacitar, na área da atenção ao uso prejudicial de drogas, as equipes dos CARE-AD, e do SUAS dos municípios. O OGIDERJ mantém o serviço de atendimento a

usuários que já vinha sendo executado pelo antigo Centro Estadual de Assistência sobre Drogas – CEAD, no prédio em São Cristóvão (Idem; 2012b).

➤ **2013**

- ✓ A questão do crack ganha cada vez mais mídia e o Governo do Estado cria a Secretaria de Estado de Prevenção à Dependência Química – SEPREDEQ, para tratar exclusivamente do tema drogas. Iniciam-se os acordos para transferência da “execução administrativa e físico-financeira, bem como a coordenação de toda ações governamentais referentes às políticas sobre drogas da SEASDH para a SEPREDEQ (Idem; 3013b).
- ✓ Aprovação do Regimento Interno do Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – CEPOPD-RJ (Idem; 3013c).
- ✓ Transferência da coordenação do Comitê Estadual de Gestão do Plano de Enfrentamento ao Crack da SEASDH para a SEPREDEQ (Idem; 2013d).
- ✓ As políticas sobre drogas, incluindo o Conselho e as ações assistenciais, saem da pasta da Assistência Social e Direitos Humanos e passam à nova Secretaria.
- ✓ São nomeados os membros do Comitê Estadual de Gestão do Plano de Enfrentamento ao Crack.