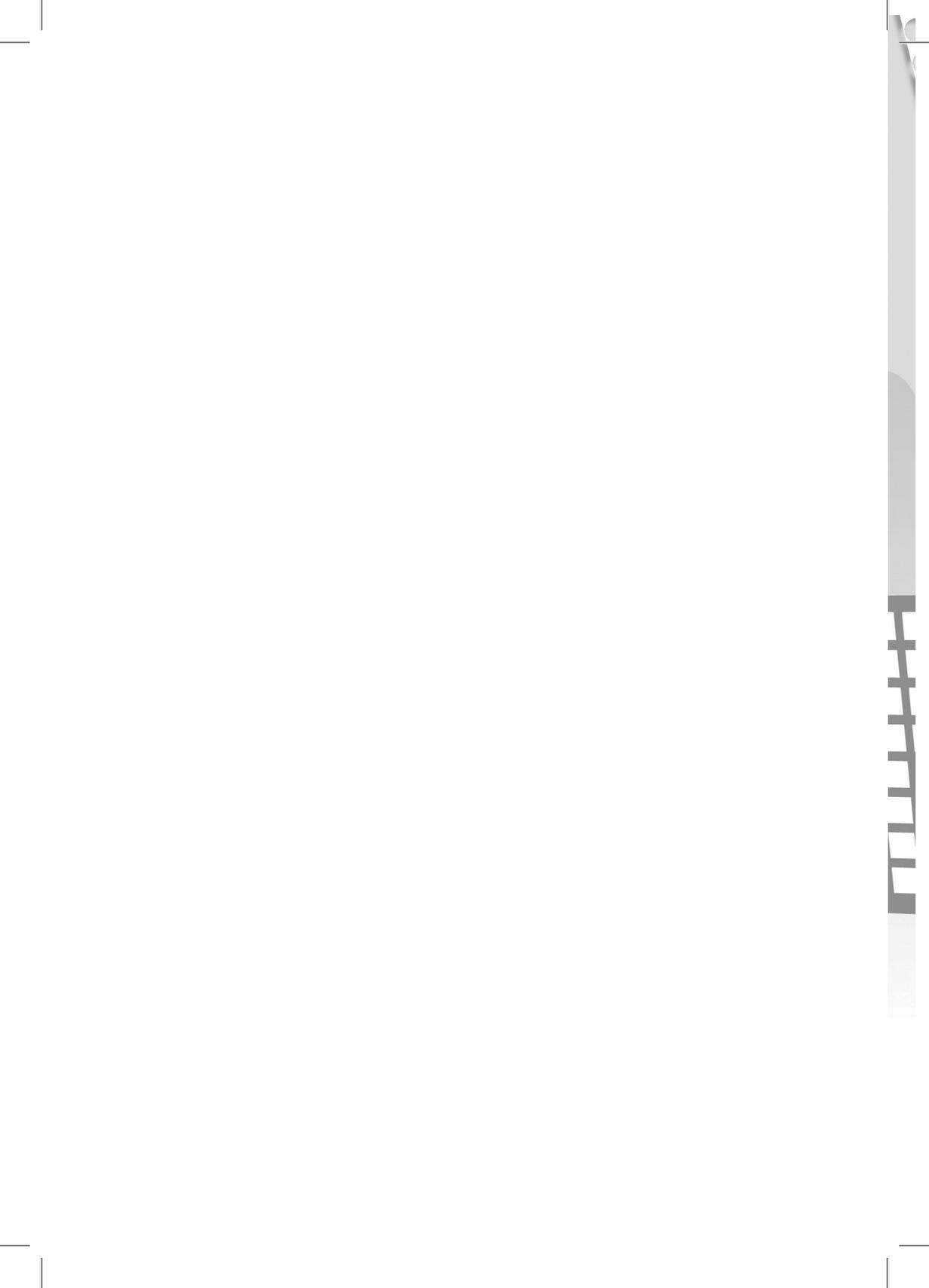


Drogas e cidadania em debate





Drogas e cidadania em debate




Conselho
Federal de
Psicologia
Conselhos
Regionais de
Psicologia





Organização

Grupo de Trabalho de Álcool e outras Drogas

Autores

Antônio Lancetti, Arthur Chioro, Beatriz Vargas, Carol Zapparoli, Dênis Roberto da Silva Petuco, Ela Wiecko V. de Castilho, Emerson Merhy, Lumena Almeida Castro Furtado, Marcus Vinícius de Oliveira, Suzana Robortela

Drogas e Cidadania: em debate

1ª Edição

Brasília-DF



É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte. Disponível também em: www.cfp.org.br

1ª edição – 2012
Projeto Gráfico – Luana Melo/Liberdade de expressão
Diagramação – Fabrício Martins
Revisão – Positive Idiomas



Liberdade de Expressão - Agência e Assessoria de Comunicação
atendimento@liberdadeexpressao.inf.br

Coordenação-Geral/ CFP
Yvone Duarte

Edição
Cecília Bizerra Sousa – Ascom/CFP

Produção
Gustavo Siqueira Gonçalves – Ascom/CFP

Direitos para esta edição Conselho Federal de Psicologia SAF/SUL Quadra 2,
Bloco B, Edifício Via Office, térreo, sala 104, 70070-600 Brasília-DF
(61) 2109-0107
E-mail: ascom@cfp.org.br
www.cfp.org.br
Impresso no Brasil – Agosto 2012

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Conselho Federal de Psicologia
Drogas e Cidadania: em debate / Conselho Federal de Psicologia. -
Brasília: CFP, 2012.
76 p.

ISBN: 9788589208451

1. Drogas 2. Crack 3. Cidadania 4. Debate I. Título.

RC564

Plenário responsável pela publicação

Conselho Federal de Psicologia
XV Plenário
Gestão 2011-2013

Diretoria

Humberto Cota Verona – Presidente
Clara Goldman Ribemboim – Vice-presidente
Deise Maria do Nascimento – Secretária
Monalisa Nascimento dos Santos Barros – Tesoureira

Conselheiros efetivos

Flávia Cristina Silveira Lemos
Secretária Região Norte
Aluizio Lopes de Brito
Secretário Região Nordeste
Heloiza Helena Mendonça A. Massanaro
Secretária Região Centro-Oeste
Marilene Proença Rebello de Souza
Secretária Região Sudeste
Ana Luiza de Souza Castro
Secretária Região Sul

Conselheiros suplentes

Adriana Eiko Matsumoto
Celso Francisco Tondin
Cynthia Rejanne Corrêa Araújo Ciarallo
Henrique José Leal Ferreira Rodrigues
Márcia Mansur Saadallah
Maria Erminia Ciliberti
Mariana Cunha Mendes Torres
Marilda Castelar
Roseli Goffman
Sandra Maria Francisco de Amorim
Tânia Suely Azevedo Brasileiro

Psicólogas convidadas

Angela Maria Pires Caniato
Ana Paula Porto Noronha



Apresentação

O cenário nacional a partir do lançamento do plano crack, apontando os holofotes da mídia para a violência, tem provocado horror entre a população que assustada é empurrada a apoiar ações higienistas em nossas cidades, sem perceber que faz parte da mesma realidade. Estamos falando do modo de vida e sofrimento de nossos filhos, vizinhos e amigos.

Incomodados com esta situação de desrespeito aos direitos do cidadão que faz uso de álcool e/ou de outras drogas, o Conselho Federal de Psicologia vem se manifestando publicamente por uma política pública intersetorial de cuidados em liberdade onde o cidadão participa da construção de um projeto de vida significativo e respeitoso, que promova autonomia, qualidade de vida, assim como a cidadania.

Observamos que não fazemos solo nesta posição e que diversas entidades, pesquisadores, pensadores, trabalhadores de diversas formações e pessoas interessadas no tema tem manifestado em consonância com esses princípios.

Para contribuir com o amplo debate social, o Sistema Conselhos de Psicologia, vem produzindo uma série de publicações, discussões e ações articuladas com outros seguimentos parceiros. Bem como, realizou a IV Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas, cujo relatório vem produzindo amparo aos diversos enfrentamentos realizados.

Assim, repudiamos ações massificadoras que visam tirar compulsoriamente da rua as pessoas que incomodam visualmente a sociedade, seja pelas várias situações de miserabilidade, seja pela violência representada. A busca de resignificação na vida desses usuários, depende muito menos de medicação e/ou internação do que de vínculos significativos, escuta cuidadosa e respeito ao seu modo de vida que possibilite o resgate do seu papel autorregulador.

"Drogas e cidadania: em debate" traz textos de parceiros primorosos que cederam seus trabalhos no intuito de somar ideias, reflexões, experiências, lutas e contribuir para o debate e ampliação da democracia nas relações. Chamam atenção, para a questão das drogas na sociedade do ponto de vista dos direitos humanos e cidadania. A cada um deles

nosso profundo respeito, consideração e agradecimentos pela parceria ora realizada. "Na publicação, os seguintes textos: "ANORMAIS DO DESEJO: OS NOVOS NÃO HUMANOS? OS SINAIS QUE VÊM DA VIDA COTIDIANA E DA RUA", "A PRODUÇÃO SOCIAL DO USUÁRIO DE CRACK: DESCONSTRUINDO O MONSTRO", "DESMISTIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE EPIDEMIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E MEDIDAS HIGIENISTAS", "A EFICÁCIA INVERTIDA DA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA", "ELIMINAÇÃO VERSUS REDUÇÃO", "POLÍTICA DE ATENÇÃO E PREVENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO – SP"

Este caderno faz parte de um conjunto de instrumentos de apoio ao debate, que inclui uma série de vídeos, estórias em quadrinho e o site <http://drogasecidadania.cfp.org.br/>. Desejamos que este conjunto possa subsidiar os colegas psicólogos em seu trabalho cotidiano e no debate específico sobre drogas. O material está disponível também para todos os interessados e estudiosos do tema.

Sumário

ANORMAIS DO DESEJO: OS NOVOS NÃO HUMANOS? OS SINAIS QUE VÊM DA VIDA COTIDIANA E DA RUA	9
Emerson Merhy	
A PRODUÇÃO SOCIAL DO USUÁRIO DE CRACK: DESCONSTRUINDO O MONSTRO	19
Dênis Roberto da Silva Petuco	
DESMISTIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE EPIDEMIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E MEDIDAS HIGIENISTAS	29
Antônio Lancetti	
A EFICÁCIA INVERTIDA DA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA	35
Ela Wiecko V. de Castilho	
ELIMINAÇÃO VERSUS REDUÇÃO	39
Beatriz Vargas	
AS INTERNAÇÕES, AS DROGAS E A LEI.....	43
Marcus Vinicius de Oliveira	
POLÍTICA DE ATENÇÃO E PREVENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO – SP	53
Lumena Almeida Castro Furtado / Carol Zapparoli / Arthur Chioro / Suzana Robortela	
13 RAZÕES PARA DEFENDER UMA POLÍTICA PARA USUÁRIOS DE CRACK.....	63
LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.....	67



ANORMAIS DO DESEJO: OS NOVOS NÃO HUMANOS? OS SINAIS QUE VÊM DA VIDA COTIDIANA E DA RUA

Emerson Merhy¹

Diante do convite para escrever sobre direitos humanos, saúde e participação, optei por fazer uma reflexão sobre a produção dos anormais em diferentes momentos das nossas configurações sociais, sem querer esgotar o assunto e sem ser completamente abrangente, *a priori* uma impossibilidade.

Aceitei, para iniciar, um certo convite foucaultiano de pensar sobre os anormais, hoje, quando há um enorme esforço, por parte de setores conservadores, de conduzir a construção de um imaginário social que torne visível os usuários de drogas como zumbis, não humanos. Como vitimizados pela captura-dependência que as substâncias químicas ilícitas lhes provocariam, de tal maneira que eles deixaram de ser sujeitos desejantes para serem meros objetos inertes e irresponsáveis, quanto aos seus próprios atos.

Esse processo atual tem mobilizado muitos recursos por parte de variados setores sociais, como expressão das conquistas que o pensamento conservador e reacionário tem produzido, inclusive com o apoio de uma ampla rede multilinguística de produção comunicativa, que utiliza dos mais variados veículos de comunicação de massa imagéticas, orais, textuais. Além disso, conseguiram se aliar a um certo agrupamento social que advoga para si as formulações tidas como "científicas" e, portanto, produtoras das verdades sobre o problema que eles mesmo nomeiam, como as expressas por certas entidades corporativas do campo da saúde, como: conselhos profissionais, sociedades de especialidades, e mesmo por figuras populares que atravessam todos esses lugares, como os médicos midiáticos, por exemplo.

Minhas perguntas aqui, então, vão na direção de tentar entender por que há tanto investimento para essa produção imaginária, o que podemos aprender com ela se o nosso tema for a produção dos anormais da hora e que tipo de sociedade se constrói ou se aposta com esse processo e os

¹ Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Livre-docente em Planejamento e Gestão em Saúde, pela Unicamp.

percursos que vêm gerando. Que tipo de vida possibilitamos com isso, quais interditamos e se podemos ambicionar outras.

Seguindo um pouco o eixo sobre os anormais poderíamos pensar o que havia no jogo imaginário quando os "leprosos" eram os ícones dessa representação. Neles, via-se a força da maldição divina perante os de alma impura, os pecadores que não se resignaram, os que não deram conta de eliminar o pecado original. Mais do que afirmar a maldição em si, o que se afirmava era o divino, sua metafísica e força sobre os humanos, inclusive determinando o que seria o humano a ter chances na sua peregrinação para uma outra vida, após a morte, ou os que não teriam por terem perdido essa possibilidade por não serem mais tão humanos, assim. Ser leproso tinha força simbólica para além de qualquer enfermidade específica.

A força dessa construção milenar ainda hoje se faz presente, mas podemos dizer que no começo do século XIX já estava instalado um outro grupo de anormais que deslocava a "lepra" como ícone da anormalidade, que eram os loucos. Não uns loucos quaisquer, como "brinca" Machado de Assis no seu conto *O Alienista*, mas o que podemos chamar de "loucos muito loucos", por serem aqueles possuídos de tal desrazão, que desorganizam e intranquilizam aos que se consideram no máximo "pouco louco". Pinel, no começo do século XIX, terá um papel relevante nessa produção, junto com vários outros profissionais do campo da saúde, e ajudará a marcar a trajetória desse processo por décadas a fio, mesmo que sob visões de verdades distintas das suas.

Esse novo ícone vai ocupar um lugar especial nessas sociedades, mais atuais, que precisavam afirmar que para "ser humano" precisava-se possuir a capacidade de fazer uso da boa razão. De uma razão que não só evoluiria para ser cada vez mais aprimorada, mas que também e por isso humanizaria o mundo e os incivilizados. Nessas sociedades, já não tão prisioneiras da metafísica divina, constituiu-se uma nova metafísica, a da razão e do agir racional do humano. Todos que pudessem mostrar o contrário precisariam ser catalogados, vigiados e cuidados. Seja lá o que isso possa significar, pois muitas vezes a prisão em estabelecimentos especiais, como os manicômios, era vista como a boa prática perante esses novos não humanos.

Kant aponta de um certo modo que a razão europeia evolui tanto, na noção de boa razão, a ponto de poder civilizar os selvagens do mundo não europeu. Somos fiéis testemunhas disso, até hoje. No mesmo movimento, a medicina faz esse percurso, mas apontando através da psiquiatria a necessidade de tratar dos sem razão e os que resistem como desrazão deviam ser excluídos e aprisionados, em nome da proteção de si mesmo e dos outros.

Como sempre, a sociedade com suas práticas cria o problema e a medicina os mecanismos de discipliná-los, ao contrário do que advoga, não é a evolução dos seus saberes que produz esses seus objetos. Esses não são frutos de mais conhecimentos científicos sobre o normal e o patológico no humano, mas construção societária do que são os normais e os anormais sociais.

Nesse movimento, a medicina e seus equivalentes se figura de sua face de política social para garantir uma certa normalidade humana, vigiando, controlando e punindo. O "louco muito louco" passa a ser o anormal do momento, atravessando os séculos XIX e XX como o principal ícone do humano não humano.

Nas sociedades contemporâneas, em particular depois da guerra dos anos 1940, como diria Deleuze, e de uma outra maneira também Antonio Negri, há certas modificações nos modos de se construir os anormais e de operar estratégias de enquadramento. Não basta mais medidas disciplinares tão desenvolvidas no século XIX, não bastam as soberanas, algo de novo precisa ser construído para gerir o viver na sociedade, além delas.

Na conversa de Deleuze com as ofertas de Foucault para pensar os biopoderes que podem agir na gestão da vida, fica evidente que os mecanismos anteriores como o poder soberano, que tinha o poder sobre a morte e deixava viver, e o da biopolítica no período que agia sobre a dinâmica das populações, que tinha o poder sobre a vida, já não eram suficientes. Seus aliados, como a medicina do corpo de órgãos, já não davam conta do que vinha ocorrendo na sociedade atual, na qual os processos de subjetivação sobre a gestão da vida ganhavam espaços de exercícios mais autônomos pelos indivíduos ou pequenos grupos identitários.

Como em paradoxo, ao mesmo tempo em que aumentavam as possibilidades de tornar todos consumidores vorazes, nessa repetição instalava-se diferenças singularizantes, o que sempre foi um risco para sociedades como as capitalistas, que precisam fazer a gestão da vida dos coletivos para sugar suas forças vivas alimentando o capital. Porém, sempre foi um paradoxo dessa mesma sociedade que na medida em que necessita da exploração do trabalho, também corre o risco da revolta das multidões de trabalhadores. Por isso, em Marx a marca das ações contraditórias das sociedades capitalistas.

Deleuze aponta o desenho da sociedade de controle como aquele que opera um conjunto de estratégias que procura operar dispositivos de subjetivações a ponto dos indivíduos e coletivos autogerirem a produção de suas vidas, porém sobre certos territórios identitários e não outros. Como o de se vestir de consumidor de bens de mercado para produzir a si mesmo. Os diagramas de força dessa sociedade estariam a todo momento produzindo vidas desejanter sempre na falta, para não pararem maquinicamente de operarem de modo autocentrado, subjetivado como desejo capitalístico. Essas seriam as máquinas da linha de produção dos normais do desejo.

Ser humano nesse novo mundo é desejar dentro de certos modelos estéticos para o viver. Por exemplo, suportasse qualquer individuação, desde que clônica nos territórios existenciais capitalísticos, como acontece com o nu em público, desde que sob um corpinho malhado.

Essa aposta de constituição da vida individual e coletiva aponta para novos paradoxos a atuar no limite do que seria o não humano, da hora. A gestão da vida agora com um componente forte de autogestão pede dispositivos sociais de subjetivações mais sofisticados e virtuais, imateriais. Ao mesmo tempo em que se necessita de um autogestor que tenha em si, por exemplo, conhecimento para cuidar de si, produzindo a si mesmo, esse conhecimento como dispositivo capitalístico não poderá desdobrar-se em qualquer tipo de subjetivação.

Como o conhecimento enquanto dispositivo de controle, há vários outros nessa dimensão imaterial que acionam as subjetivações capitalísticas, como apontamos no começo do texto ao indicarmos a presença de múltiplas ações linguísticas na construção de imaginários sociais sobre os modos normais de viver.

Entretanto, nesse campo, não há garantias de controle total, a produção de desviantes é parte do processo. Em paradoxo, estimular os desejanter, ativá-los gera campo de multiplicidades. E como no filme *Blade Runner* a sociedade que se funda nesse processo, necessita dos seus caçadores de não humanos resultados de si mesma.

No campo da saúde, forte aliado dos processos da ordem biopolítica, novos biopoderes são requisitados. A própria medicina cede lugar para sua transformação. De exclusivamente dos corpos de órgãos, agora temos uma medicina do corpo sem órgãos. E com ela operamos o risco de deixar de ser normal como a expressão da nova forma de adoecimento.

Vejam, os sinais que vêm da rua, da tensão dos espaços públicos e privados. Em nome de muita coisa, simbolicamente fortes, produzimos ali no dia a dia do cotidiano, nas relações com os outros, uma possibilidade de ações minifascistas bem legitimadas, quando encontramos, por exemplo, um fumante comum. Vários de nós, não fumantes ou ex – como eu –, se autorizam a produzir atos violentos com olhares, falas, expulsões e criminalizações ao encontrar alguém fumando debaixo de marquises, ou mesmo em fumódromos.

Olhamos para eles e pensamos de modo imediato: que falta de controle, que suicidas, que dominados por desejos impuros. Será que são tão desinformados assim que não vêm o risco de morrerem disso. E, por aí, vamos desqualificando-os ao ponto de quase colocá-los no limite de serem tão pouco humanamente lógicos, que por pouco não os nominamos de "os novos loucos".

Mas agora os novos loucos do desejo e não da desrazão. É de impressionar como os coletivos se autorizam a tomar essas posturas que chamo de minifascistas. Nome que trago inspirado por vários pensadores da micropolítica. Guattari é um dos que mais me agrada nas denúncias e antecipações desse tempo que vivemos, hoje, pela força de suas enunciações.

Vejam que interessante o papel que o saber da saúde joga nisso. Pois, diante de certos problemas colocados socialmente, como o prejuízo que as doenças pelo fumo provocam nos sistemas de saúde, operam ações bem hipócritas – as estratégias perante os usuários do fumo são as eleitas como as mais fundamentais e não as que atinjam a produção das

indústrias de cigarros ou equivalentes – passam a criminalizar o desejo do usuário e deslocam os dispositivos de subjetivação para esse terreno existencial. Como tal constroem máquinas de repressão do desejo para disciplinar os indivíduos e coletivos dentro de uma ação global, contando com as produções do campo da saúde inclusive como um dos principais caminhos pela medicalização, a produzir imaginariamente a problematização do viver e sua disciplinarização e controle, indicando modos estéticos de se ter "uma vida do bem", afirmando parâmetros identitários de práticas de saúde para isso.

Essa nova constituição do campo da saúde, agora de posse de uma clínica do corpo sem órgãos – atuando sobre o risco de sermos enfermos por estarmos saudáveis mas praticantes de desvios do desejo e, portanto, produtores de comportamentos inadequados –, vai varrendo na micropolítica da vida cotidiana várias situações que serão elencadas como importantes objetos de suas intervenções. Sempre com a marca de se dirigir para o campo da produção subjetiva do usuário, atrás de seus desvios.

Quem hoje não sinta em uma mesa de refeição e fica martelando que se comer uma feijoada vai perder dias de vida, e mesmo que isso seja irresistível, se vê acusado de irresponsável ou de suicida até por si mesmo. E, após, esses atos prazerosos se pune procurando na refeição seguinte comer alimentos-remédios mais saudáveis ou representados como tais, apostando que possa recuperar os dias perdidos com os atos incontroláveis da refeição anterior.

Pensa rapidamente, sem que nenhum profissional de saúde precise agir em perspectivas medicalizantes, na necessidade de fazer exames médicos para saber do grau de comprometimento que se encontra, ou mesmo ir atrás da indicação de certos medicamentos que atuam no "corpo saudável", para não deixar de sê-lo e por aí vai. Alguns desses "desviantes" deprimem de maneira autopunitiva por se considerarem fracos em si, por se verem escravos de seus desejos.

Mais controle que esse é difícil de encontrar, não é?! E vale pensar o que são oferecidos para esses anormais do desejo do ponto de vista societário, ainda mais quando a sociedade atual construiu uma tal forma de representação sobre eles que a própria adolescência e infância, que são momentos de grandes testes desse mundo subjetivo em nós, viraram

grandes objetos de intervenções dentro desses paradigmas do controle dos desvios.

A sociedade atual constrói a forte imagem que a infância e a adolescência são grandes momentos de desvios e precisam ser atingidas por fortes mecanismos de controle. Vejam a quantidade de processos criminalizadores que hoje se fabrica para essas fases do viver e o quanto a medicina e a saúde como um todo vem se debruçando sobre elas, medicalizando-as sob o invólucro da psiquiatria, de modo especial.

Essa pobreza de oferta de redes de conexões existenciais para quem está experimentando novas formas e estéticas de vida para si, constituindo-se, anda de par e passo com o olhar que vê perigo em qualquer manifestação interessante de atos não controlados. Como, por exemplo, a ocupação de espaços públicos para praticar relações artísticas ou simplesmente para brincar. As praças, agora, sob prescrição medicalizante terão que ter aparelhos para exercícios físicos saudáveis e deverão ser reguladas. Outras manifestações fora desse imaginário devem ser excluídas, por andarem mais com Dionísio do que com Apolo.

Essa pobreza enclausura a busca por novos experimentos que sempre conviveram com a humanidade, como sempre foi o uso das drogas, na busca de novas experimentações para as emoções, afetos e desejos. De modo hipócrita essa mesma sociedade controladora recusa qualquer discussão sobre legalização ou descriminalização nesse campo. Ao contrário, constrói mecanismos para que o uso das drogas seja crime a priori, empurrando os usuários de drogas para um "lugar de não humano", nas margens dos espaços societários autorizados.

Estão aí os ruídos vindos das *cracolândias*. Mas também da tolerância zero que não permite nem manifestação artística espontânea nos espaços públicos. O minifascismo se alia, agora, ao fascismo dos aparatos policiais.

Os coletivos formados pelos usuários de drogas, ocupantes de ruas e praças, em qualquer cidade, vêm se tornando um prato cheio para fascistas e para construção de um medo atávico pelo não controlado, levando de roldão qualquer tipo de movimento que se alia a uma aposta biopolítica de outro tipo, autogestionária de uma vida livre e não clonificada, impedindo de tal maneira esses possíveis exercícios de uma forma ampla e criativa.

E, ao contrário, reforçam como prática efetiva de ação para aqueles coletivos, ampliando um agir hipócrita, advogam mecanismos de ação interditores do desejo apoiadas em práticas repressivas e policialescas.

Apontando para a internação compulsória em comunidades terapêutica e não novas conexões existenciais e vínculos produtores de novos desejos de viver. A interdição do desejo é o grande eixo, procurando neutralizar as ofertas opostas de se operar sobre a produção de mais desejo e assim mais conexões de vida, única forma que entendo com chance de construir um agir solidário com aqueles que vivem as consequências do uso abusivo de certas drogas. Talvez porque esse produza mais singularidades e mais desejos, mais diferenças que enriquecem as sociedades em termos da diversidade do viver e da partilha. Fenômenos não suportáveis pelos modos capitalísticos vividos nas sociedades globalizadas como as atuais, como apontam pensadores como Žižek e Negri, que nos presenteiam com muitas provas desse processo insuportável de destruição da vida na organização global das sociedades, atuais.

Vale nos debruçarmos mais detalhadamente como se constrói esse percurso de interditar a produção de mais vida, nesses grupos sociais jogados para mecanismos pobres de viver, inclusive pelos oferecidos pelo campo da saúde, psiquiatrizado de modo brutal hoje em dia?

A primeira construção, como apontamos no início e muito duvidosa, é a que associa o usuário de droga como dependente químico, como se o objeto fosse o elemento capturante e anulador da possibilidade de indicar que esse usuário antes de tudo é desejante, e como tal faz movimento produtivo para o consumo, inclusive abusivo. Isso tem relevância, pois se ele é vítima da substância só a abstinência e a interdição do contato com a droga podem produzir efeitos terapêuticos, como muitos advogam e procuram provar cientificamente. Dentro disso só a internação compulsória teria um bom resultado, pois tornaria impossível aquele contato e desse modo a "vítima" teria a chance de escapar da captura-dependência.

Porém, se isso for só uma das verdades possíveis, as estratégias centradas exclusivamente nessa lógica fracassariam em um número razoável. O que, aliás, as experiências com abstinências não desejadas, mas impostas, mostram com a produção da quantidade importante de

grandes fracassos terapêuticos. Estão aí as estatísticas com alcoolistas cujos êxitos terapêuticos pouco beiram os 30%. Ampliem isso para se pensar os grupos de obesos, de diabéticos e de hipertensos ou equivalentes mais leves do ponto de vista do preconceito social, dos anormais do desejo. Os fracassos terapêuticos são o tom desses tipos de ofertas, nos modelo medicalizantes predominantes de hoje.

O interessante é que há investimentos maciços nesses caminhos, ainda mais que o passo aliado dele, o da abstinência ou controle do desejo criminalizado, anda de mão dada com intervenções medicamentosas, que possam inibir o desejo perverso. Com isso, essas experiências não só contam com apoio de recursos governamentais que adotam o discurso de um possível caos social se não agir, nunca comprovado – vejam que no México de hoje o possível caos vem dos produtores e atravessadores das drogas e não dos consumidores –, mas também contam com recursos de outras fontes, inclusive de indústrias de medicamentos.

Por outro lado, as outras possibilidades de apostas, que afirmam que sem produção de mais desejo não há como agir nas formas de produção de vida desses grupos, não contam com grandes apoios. Inclusive por parte de governos progressistas, como é o brasileiro atual, a maior parte das apostas hoje de novos gastos parece apontar para a legitimação das Comunidades Terapêuticas, verdadeiros aparatos de concretização dos novos caminhos manicomial de uma sociedade que mudou a figura do anormal, do da desrazão para o do desejo, do manicômio prisão para uma prisão Comunidade.

Lógico que esse caminho ao se consagrar não parará aí no campo da droga considerada ilícita, pois com muita rapidez assistiremos grandes pensadores da saúde, em particular da psiquiatria, da medicina e da saúde pública advogando a internação compulsória dos diabéticos, dos hipertensos e dos obesos, que se forem crianças serão arrancadas de seus pais para serem "bem cuidados" (*sic*) pelo estado, como se fazia com os "leprosos" no começo do século XX, no Brasil.

Com esse texto, a se continuar nesse caminho, indico que esses novos não humanos, os do desejo, os desviantes desejantes, iremos pedir em um tempo não muito distante, como única opção cuidadora a internação compulsória indiscriminada. E, o pior de tudo, como sempre em nome deles mesmos. Com essas reflexões tenho a intenção de

contribuir com mais ações coletivas de uma outra ordem imaginária, que possa apostar na construção de sociabilidades que não faça divisão entre humanos e humanos não humanos, mas que sim apostem que a vida de qualquer um vale a pena e é sempre expressão de desejos biopotentes, e que só produziremos mais vida se apostarmos em mais desejos e não em sua interdição.

Essas apostas em mais vida exigem sociedades que devem se tornar também mais solidárias com as diferenças e defendê-las como direito societário de nova forma. Não só o direito social de ter condições materiais de vida e redes de proteção social para isso, mas o direito à diferença, o direito à construção de uma liberdade que se pauta pela produção da liberdade do outro, o direito a uma vida justa, digna e solidária com todas as formas de viver na Terra.

Creio ser esse o sentido das lutas coletivas libertárias no mundo contemporâneo. A luta pela vida na sua diversidade coletiva.

Sugestão de outros textos do próprio autor:

- "Engravidando palavras" (2005) disponível no site: www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy;
- "Clínica do corpo sem órgãos" (2009) disponível na *Revista Lugar Comum* – Estudos de mídia, cultura e democracia, número 27;
- Vídeo sobre "Os anormais do desejo" (2011), no qual a fala inicia nos 7 minutos do vídeo após fala do evento, alojado no seguinte endereço: <http://www.4shared.com/video/-P4gPOF8/anormaisdahora.html>;
- Indico a leitura dos livros: *A Multidão* de Negri e Hardt; Spinoza; filosofia prática de Deleuze e *As 3 Ecologias* de Felix Guattari.

A PRODUÇÃO SOCIAL DO USUÁRIO DE CRACK: DESCONSTRUINDO O MONSTRO

Dênis Roberto da Silva Petuco²

No início de 2009, deixei Porto Alegre para ingressar no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal da Paraíba. Na época, estava decidido a estudar as contribuições da Educação Popular de Paulo Freire para o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. No entanto, estávamos ainda nos primeiros dias do curso quando fui interpelado por outro objeto de pesquisa: as campanhas de prevenção ao uso de *crack*. Naquela época, e ao longo dos anos de 2009 e 2010, proliferou pelo país uma série de campanhas de prevenção ao uso de *crack*. Dentre estas, uma em especial capturou minha atenção, pela riqueza e diversidade de peças dos mais diferentes tipos: audiovisuais curtos, *spots* para rádio, adesivos, camisetas, outdoors, animações, cartazes. Um site disponibilizava a maioria destes materiais, e ainda oferecia espaços a partir dos quais era possível enviar perguntas para especialistas, e outros, onde se podiam acessar notícias sobre drogas, além de depoimentos de usuários e ex-usuários.

Em meio à riqueza de elementos discursivos, o que mais me mobilizava eram os aspectos visuais daquela campanha. Suas cores, o modo como os usuários de *crack* eram representados, os cenários em que eram posicionados, tudo ali me instigava à reflexão, à escrita. Perguntas ao mesmo tempo simples e complexas emergiam: o que estava sendo dito por aquelas imagens? Qual o discurso das campanhas de prevenção ao *crack*? Quem era o sujeito destas campanhas, e como era posicionado?

Também nesta época, passei a frequentar uma disciplina do mestrado intitulada "Análise Arqueológica do Discurso na Educação de Jovens e Adultos (EJA)", ministrada pelo professor Erenildo João Carlos. Ainda que o tema da EJA não fosse meu objeto de estudo, intuí que poderia me beneficiar do aprendizado sobre elementos da "caixa de ferramentas" de Michel Foucault. Minha intuição estava correta: diferentes de outras

2 Sociólogo, educador popular, redutor de danos e terapeuta comunitário. É mestrando em Educação, membro do Grupo de Pesquisa sobre Educação Popular e Saúde da Universidade Federal da Paraíba, e da Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA).

tecnologias de análise do discurso, a análise arqueológica me permitia percorrer as campanhas de prevenção como fossem um território real, e não um mero desdobramento de interesses, de ideologias. Seria possível estudar as campanhas, sem levar em consideração se eram governamentais ou não governamentais, se eram produzidas por uma agência internacional ou por uma empresa privada, em suas ações de "responsabilidade social". Observando tão somente os enunciados em sua dispersão, descrevendo as redes de signos que compunham o próprio ser do discurso. Um caminho que me permitiria responder às perguntas que tinha me feito, fixando-me apenas na superfície discursiva, ou seja: na materialidade objetiva das peças das campanhas.

Foram dois anos e meio percorrendo, não apenas a campanha inicialmente mencionada, mas dezenas de outras campanhas, de todo o Brasil. A partir das ferramentas de análise empregadas, foi possível depreender algumas questões relevantes, que julgo pertinentes a uma reflexão sobre o modo como temos pensado e realizado múltiplos dispositivos de prevenção ao uso de *crack*. São estas considerações que eu gostaria de compartilhar:

1. O sujeito das campanhas de prevenção ao *crack* é o usuário de *crack*. Mesmo quando emergem, no território discursivo das campanhas preventivas, outros personagens que não o usuário de *crack* (como por exemplo, familiares e amigos), mesmo nestes casos é dele que se fala. Mostram-se estes outros personagens, pois suas imagens tristes nos dizem que aquele sofrimento foi causado pelo sujeito do discurso, usuário ou usuária de *crack*.

Sem demorar-me muito nos aspectos epistemológicos desta abordagem, gostaria de chamar atenção para o fato de que, quando me refiro ao "sujeito do discurso", é àquele que é posicionado pelo discurso que me refiro. Falo do verbo "sujeito", e não do sujeito da frase em sua relação com o predicado. Tampouco se trata da pessoa ou equipe envolvida na criação das peças, ou da empresa ou órgão público que determinou a realização desta ou daquela campanha; trata-se daquele (ou daquilo) que pelo discurso é posicionado, aquele de quem (ou aquilo de que) se fala. Trata-se, neste caso, do usuário ou usuária de *crack*.

2. O usuário ou usuária de *crack*, nas campanhas de prevenção, é apresentado como uma criatura de pele pálida, com olheiras fundas,

a pele suja e coberta de feridas (especialmente na boca), as roupas puídas. Sempre muito magro, em algumas das cenas está desacordado. Os tons acinzentados de sua pele, as manchas escuras abaixo dos olhos, a magreza tísica... Em que outro lugar já vi esta descrição?

Esse rapaz estava no marasmo mais completo, sua vista tinha decaído inteiramente. Ele satisfazia onde quer que estivesse as necessidades da natureza. Seu corpo exalava um odor particularmente nauseabundo. Tinha a pele terrosa, a língua vacilante, os olhos cavos, as gengivas todas retraídas e cobertas de ulcerações que anunciavam uma degeneração escorbútica. Para ele, a morte era o termo feliz de seus longos padecimentos. (FOUCAULT, 2002a, p. 301)

Não se trata de uma descrição de um usuário de *crack*, mas uma peça escavada dentre os milhares de prontuários sobre os quais o Michel Foucault debruçou-se em seus estudos sobre a produção da anormalidade. A descrição pode ser encontrada no *Dictionnaire des sciences médicales*, que segundo o "arqueólogo", era uma verdadeira "bíblia do corpo médico sério do início do século XIX", e refere-se ao verbete "masturbação".

A outra memória me assalta guarda claras relações com a imagem cadavérica descrita no excerto escavado por Foucault. Para falar desta memória apresento duas imagens, já utilizadas em minha dissertação de mestrado: uma delas foi extraída de uma campanha de prevenção ao *crack*; a outra, de um filme sobre zumbis. Antes de prosseguir, proponho uma adivinhação: tente adivinhar qual das imagens abaixo pertence a um filme de horror, e qual pertence a uma campanha de prevenção.



Im. 01



Im. 02

"A noite dos mortos-vivos" é um filme dirigido por George Romero em 1968, produção que se tornou referência para toda uma geração de filmes de horror, ainda que não tenha sido o primeiro sobre zumbis. Conta a história de um grupo que se tranca numa casa para defender-se do ataque de mortos erguidos de suas covas. A primeira das imagens acima é de uma das personagens do filme, enquanto a segunda é a representação de uma usuária de *crack* na campanha "*Crack* nem pensar", do Grupo RBS. As semelhanças são nítidas, e dispensam maiores comentários.

Nas campanhas de prevenção, usuários e usuárias de *crack* são apresentados como zumbis, mortos-vivos. Os zumbis, figuras patéticas que perseguem suas vítimas com passos lentos, guardam nítidas relações com o sujeito do discurso preventivo sobre o *crack*: despertam em nós sensações que articulam medo e nojo, raiva e piedade. São ao mesmo tempo vítimas e vilões. À semelhança daquilo que ocorre com as vítimas de vampiros em filmes de horror, os zumbis, ainda que não sejam culpados de sua condição, precisam ser eliminados, pois representam risco real à sociedade.

3. Esta personagem dos filmes de horror, este zumbi que articula medo e nojo, não está solto num fundo branco, isento. Não se trata de uma figura cujos contornos encontram a página vazia; trata-se de uma personagem inserida em um cenário. As cenas em que o sujeito do discurso está inserido constituem-se em vastos territórios trevosos, úmidos e sombrios. São becos escuros, calçadas e escadarias imundas, banheiros fétidos. Lugares ao mesmo tempo escuros e abertos, feitos de "noite" e "rua". Territórios do medo, da degradação e da degeneração, degradados e degradantes, cobertos por uma fuligem cinza e grudenta, que também cobre a pele das usuárias e usuários de *crack* que ali habitam. É como se houvesse uma amálgama entre cenário e personagem, que lembra mais uma vez Foucault (2005, p. 107), a nos dizer que o sujeito do discurso é um lugar ao mesmo tempo "determinado e vazio", que "pode ser ocupado por indivíduos diferentes", e que é "variável o bastante para se manter idêntico". Dito de outra maneira, é como se estes lugares ocupados por usuárias e usuários de *crack*, nestes cenários, pudessem ser ocupados apenas por eles e elas, ou no máximo por variações deles mesmos: hoje são usuários e usuárias de *crack*, ontem de cocaína injetável, amanhã

de metanfetaminas... Abre-se neste território discursivo um espaço que só poderá ser ocupado pelo usuário ou usuária de drogas, sujeito do discurso preventivo, face contemporânea do monstro anormal.

4. Por fim: qual então é o discurso das campanhas de prevenção ao crack? Esta pergunta – ainda que foucaultiana – articula compromissos éticos e estéticos comuns à Educação Popular de Paulo Freire, que levou uma vida inteira a nos dizer que os processos educativos não são feitos apenas daquilo que se expressa de modo objetivo, nos conteúdos programáticos das disciplinas (FREIRE, 1968; 1996; 2000). Quando um professor de matemática ensina equações de segundo grau, ele não está apenas ensinando os conteúdos objetivos que permitirão aos estudantes resolver problemas de uma determinada ordem: no seu modo de administrar o território pedagógico e os encontros com os estudantes, este professor ensina sobre a vida, sobre autoridade, sobre ética... Em uma aula de matemática, há muito mais do que conteúdos objetivos sendo repassados; há mundos sendo construídos! Neste sentido, interrogar as campanhas de prevenção ao crack sobre seus discursos não é o mesmo que perguntar se são eficientes ou não em diminuir o desejo de consumir crack entre as pessoas expostas às suas discursividades preventivas (e sobre isto também pairam sérias dúvidas...); interrogar o discurso nas campanhas de prevenção significa perguntar: que mundos produzem estas campanhas? O que dizem a respeito da vida, da sociedade, das pessoas? E principalmente: que dizem sobre usuários e usuárias de crack, sujeitos destas campanhas?

O discurso das campanhas de prevenção ao *crack* produzidas no Brasil contemporâneo é inequívoco: usuários e usuárias de *crack* são zumbis, mortos vivos, monstros urbanos, ao mesmo tempo dignos de medo e nojo. Estão praticamente mortos, mas são ainda assim perigosos, capazes de fazer sofrer às pessoas que mais os amam. Seus territórios, degradados, são feitos de rua e noite, de sujeira e umidade, e deles é melhor que se mantenha distância: são territórios do medo, onde medra o *crack*.

5. Resta ainda uma última pergunta, que de algum modo já podia ser vislumbrada desde o início deste texto, quando falei que me interessava pela dimensão *produtiva* dos discursos e não por sua dimensão *reprodutiva*. A pergunta é: o que esta discursividade preventiva produz? Para que dinâmicas sociais contribui o discurso que posiciona usuários e usuárias

de *crack* como tipos perigosos, como monstros urbanos, como zumbis? Para que tipo de realidades concorre a assertiva de que os territórios do uso de *crack* compõem-se da articulação entre "rua" e "noite"?

A partir deste ponto, abandono a problematização em torno de elementos levantados ao longo de mais de dois anos de pesquisa para meu mestrado em Educação, e adentro o temerário território das hipóteses informadas por estes "achados arqueológicos", por assim dizer. O método arqueológico de Michel Foucault permitiu-me, mais que interrogar, *descrever* os enunciados expressos nas campanhas de prevenção ao *crack* em sua própria materialidade, naquilo que *dizem* (e não naquilo que *dizem dizer*). No entanto, a pesquisa em torno dos efeitos destas discursividades requer outro arcabouço metodológico, e um conjunto mais amplo de instrumentos metodológicos, diferentes daqueles que embasaram minhas análises arqueológicas sobre o discurso das campanhas de prevenção ao *crack*.

Há hipóteses, entretanto, que se constituem em algo mais do que mera opinião; não apenas por serem informadas por achados de pesquisa, mas por encontrarem eco em outras vozes, em articulações que permitem observar determinadas dinâmicas sociais, a partir de outros olhares. Neste sentido, busco mais uma vez o auxílio do velho arqueólogo, em suas reflexões sobre o tema do Biopoder:

É claro, por tirar a vida não entendo simplesmente o assassinio direto, mas também tudo o que pode ser assassinio indireto: o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição, etc. (FOUCAULT 2002b, p. 306)

À luz das palavras de Foucault, podem-se vislumbrar pelo menos duas séries de efeitos para os quais concorreria esta discursividade preventiva com respeito ao uso de *crack*. Digo "concorreria", pois se trata de agenda de pesquisa ainda não levada a cabo. Entretanto, como não acredito em uma ciência individual, mas em comunidades de homens e mulheres que compartilham interesses por temas, olhares e objetos, não me furtarei em partilhar, nestas últimas linhas, algumas de minhas preocupações como cidadão, pesquisador e militante.

1. A primeira de minhas inquietações diz respeito à hipótese de que estas discursividades – que não estão presentes apenas nas campanhas de prevenção, mas em inúmeros outros territórios (no jornalismo policial, por exemplo) – participam do verdadeiro extermínio de usuários e usuárias de drogas (especialmente o *crack*) que ocorre atualmente na sociedade brasileira. Penso em uma possível analogia com a máquina publicitária nazista, em seu esforço por construir uma imagem negativa dos judeus, como forma de construir um ambiente simpático ao extermínio. Faço, porém, uma ressalva: a propaganda nazista teve o objetivo deliberado de contribuir com o genocídio, enquanto as discursividades preventivas estão certamente repletas de boas intenções. Não obstante, é possível que exista, sim, algo de análogo quanto à produção de um ambiente, senão favorável, ao menos pouco hostil ao extermínio de usuárias e usuários de *crack*.

No caso em questão, confirmar esta hipótese seria o mesmo que dizer: o modo como temos posicionado discursivamente usuárias e usuários de *crack* engendra efeitos de "autorização" à eliminação destas pessoas. Portanto, esta discursividade faria parte do que Foucault chamou de "assassinio indireto".

2. A segunda de minhas inquietações diz respeito ao trecho final do exceto de Foucault citado anteriormente, que amplia a própria noção de "morte", que passa a abarcar também uma "morte política". Neste ponto, creio ser importante lembrar que em 2006 foi aprovada uma nova lei de drogas no Brasil (Lei 13.343/2006), que teve por principal inovação a revogação da pena de reclusão para usuárias e usuários de drogas. Pois é muito curioso que apenas cinco anos depois, em 2011, estejamos vendo a emergência de uma série de políticas e discursos orientados pela defesa de medidas de reclusão para usuários e usuárias de *crack*, não mais pela via criminal, mas por políticas assistenciais (e aqui eu rendo homenagens a toda uma geração de sociólogos brasileiros que apontam as afinidades eletivas entre "assistencialismo" e "autoritarismo"). Em um contexto de Reforma Psiquiátrica, há relatos de trabalhadores e gestores de Saúde Mental que se recusam a realizar tais procedimentos; nestes casos, não é incomum que a pressão recaia sobre trabalhadores e gestores da área de Assistência Social. É como se o mandato social da reclusão para usuários e usuárias de drogas precisasse ser assumido por alguém.

No que concerne a esta segunda inquietação, a hipótese a ser confirmada dá conta de que estas discursividades, que posicionam usuários e usuárias de *crack* como monstros contemporâneos, concorrem para a constituição de políticas públicas higienistas, de reclusão e exclusão. Os exemplos mais eloquentes desta dimensão do "assassinio indireto": a flexibilização das normas de regulamentação das Comunidades Terapêuticas, e a implementação de medidas de internação compulsória em massa.

Termino aqui minha contribuição a esta importante iniciativa do Conselho Federal de Psicologia, lembrando que pessoas que usam drogas não são diferentes de nós, e que seus sofrimentos não se resumem à eventual incapacidade de controle no uso de uma ou outra substância (incapacidade esta que recebe o estranho nome de "dependência química"). Um fenômeno tão complexo requer abordagens igualmente complexas, que apenas a perspectiva da rede é capaz de oferecer. E quando falo de "rede", não falo apenas das redes intersetoriais de atenção (ainda que estas sejam fundamentais!), mas também de um exercício de complexidade na hora de olhar para aquilo que possa eventualmente contribuir para a ampliação da vulnerabilidade e do sofrimento de usuários e usuárias de drogas.

Para concluir, penso no exemplo histórico de uma articulação de atores sociais, que encontrou caminhos inovadores para enfrentar uma visão estreita com respeito a um problema complexo, que se expressava em problemas do tipo: fechamento em torno das relações entre as pessoas e seus diagnósticos; captura dos sujeitos em categorias nosológicas, estruturas de personalidade ou determinismos sociais; desprezo os efeitos do estigma e do preconceito sobre a vida das pessoas; ausência de reflexão sobre eventuais efeitos indesejáveis dos dispositivos preventivos organizados para fazer frente ao tema. A seu jeito, cada um destes exemplos expressa posicionamentos e práticas que gestores e sociedade civil envolvidos na resposta brasileira ao problema da Aids já superaram há muito tempo. Os resultados que conseguiram estão aí: são públicos e notórios. Poderiam ser fonte de inspiração para gestores e sociedade civil envolvidos no tema das drogas.

REFERÊNCIAS

FOUCAULT, Michel. A arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2002b.

_____. Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2002a.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da Autonomia. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. Pedagogia da Indignação. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

_____. Pedagogia do Oprimido. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. Entre imagens e palavras: o discurso de uma campanha de prevenção ao *crack*. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal da Paraíba, 2011.

IMAGENS

Im. 01 – Fragmento de cena do filme *A noite dos mortos vivos* (A night of the living dead), produção estadunidense de 1968 dirigida por George Romero. Imagem disponível em: <http://theanadromist.files.wordpress.com/2011/07/night-of-the-living-dead-zombie-girl.jpg>.

Im. 02 – Fragmento de cena do filme da campanha *Crack* nem pensar, do Grupo RBS de comunicação. O filme completo está disponível em: <http://mediacenter.clicrbs.com.br/templates/player.aspx?uf=1&contentID=64252&channel=41>.



DESMISTIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE EPIDEMIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E MEDIDAS HIGIENISTAS

Antônio Lancetti³

"Pode-se dizer que os consumidores de drogas ilícitas merecem qualquer desgraça, já que desobedecem. Parece difícil discutir, contudo, que a proibição se estabeleceu para conseguir sua defesa e não seu extermínio. Depois de setenta anos de proibição – medida inicialmente relativa inicialmente a três substâncias e hoje a centenas – o resultado de sua colocação em prática não escapa a contradição. Além de um exército internacional de terapeutas e repressores, enfrenta-se a outro, não menos internacional, de traficantes e produtores; entre ambos, inventando mitologemas a partir de sua própria resistência passiva, uma renovada massa de pessoas consome dia a dia mais droga adulterada e se intoxica mais gravemente"

Antonio Escohotado

A frase que serve de epígrafe foi traduzida da *Historia General de las Drogas*, uma preciosa obra da editora espanhola Espasa Calpe, e se refere aos anos de proibicionismo iniciado já no fim dos anos vinte e radicalizado na era Reagan.

Nessa mesma "enciclopédia" de 1500 páginas, Antonio Escohotado afirma que nos séculos XVI e XVII, dois terços da população carcerária mundial lá estava por dissidência religiosa, no século XIX e parte do XX por dissidência política e já no fim do século passado por uso ou comércio de drogas ilícitas. Nunca se viu, diz o autor, nenhuma droga desaparecer por proibição ou repressão.

Mas o certo é que vivemos num mundo de drogas proibidas, mercado negro sintonizado com a alma do capitalismo, funcionando por falta e fissura e, agora, no Brasil, retornando a épocas medievais em que se pretende enfrentar o problema convertendo os ímpios em crentes por meio de reclusão em locais purificadores.

³ Antônio Lancetti é, atualmente, supervisor do programa de saúde mental do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) de São Bernardo do Campo, SP

Ao longo da história as manobras proibicionistas só alcançaram poder legal quando os meios de comunicação conseguiram convencer a população da existência de uma epidemia ou de pestes morais.

No Brasil, estávamos caminhando lentamente para criação de redes de cuidados em saúde mental para pessoas dependentes de drogas, quando se lançou sobre o imaginário social uma intensa campanha de mídia marcada pelo alarme e pela desinformação.

Foi por essa razão e pelas ações policiais ocorridas em São Paulo e em outras capitais que a opinião pública, como verificou a pesquisa do Datafolha no alarmante número de quase 90 %, aprova a barbaridade que está acontecendo em alguns dos territórios batizados com o nome de cracolândias.

Frente a essa situação, além da calma que nos aconselha nossa experiência clínica, apontamos as seguintes questões:

Em primeiro lugar que a repressão como a que acontece nas ruas do centro de São Paulo parte de uma ideia francamente equivocada. Em cidades como Fortaleza, onde a Guarda Municipal é desarmada e existe um programa de segurança baseado na intersectorialidade e na cidadania, os usuários não acendem os cachimbos na cara dos trabalhadores de saúde dos consultórios de rua e são de fácil aproximação.

Já em São Paulo, onde os guardas municipais jogam gás de pimenta, a assistência social cutuca as pessoas, a polícia reprime e resgates internam involuntariamente, os usuários são arredios e de difícil vinculação. Acredita-se que se de um lado se bate e de outro se trata, melhora-se o resultado.

A população desinformada, temerosa de ver nos *noias* o espelho de sua miséria, não pensa que os 200 que foram presos em São Paulo, segundo os jornais, irão adotar a pedagogia do crime organizado e, daqui a um tempo, poderão assustá-la de outro modo.

A terceira observação é que em São Paulo acaba de ser inventada uma nova forma de internação que é a internação voluntária por coação. Ou se interna ou vai preso.

Como demonstra a experiência, quase todos os moradores de rua que consomem *crack* já foram internados em clínicas que, mancomunadas com a ação higienista, não possuem qualquer projeto terapêutico

consistente que dê continuidade após as altas e que pense no estudo, no trabalho, na sexualidade e na moradia dessas pessoas.

Os que não completam o tratamento, os que escapam e os que lá permanecem durante meses são reencontrados nas zonas de uso na sua absoluta maioria.

Paradoxalmente, o *crack* foi inventado no país mais proibicionista e intervencionista, os EUA, como uma droga para pobres e negros; aqui, em alguns centros urbanos, não está sendo muito diferente.

Foi ferida seriamente a cidadania da população miserável, foi novamente penalizada a pobreza como nos tempos mais obscuros da história mundial. Foi criado um reduto de estado exceção como diria Giorgio Agambem, que se inspirou naqueles seres já sem palavra desejo e dignidade que vagavam curvando-se aos SSS, os quais foram descritos num livro chamado "O que sobrou de Auschwitz", sujeitos sem desejo e sem direito.

Mas também está sendo ferida a metodologia de trabalho dos profissionais que desenvolvem um trabalho de Saúde da Família e de Saúde Mental nas poucas unidades de saúde e Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) do centro de São Paulo. Um trabalho baseado no vínculo continuado, no cuidado em saúde e na redução de danos.

Que irá acontecer com os psicólogos e outros profissionais dos NSFs? Serão obrigados a abandonar a parceria com as equipes de Saúde da Família? Vão ter que fazer consultas visando encaminhamentos para os centros de reclusão? Irão trabalhar em delegacias de polícia?

Como trabalhadores de Saúde e de Saúde Mental podemos e devemos apoiar as ações que visem a construção de redes de atendimento cada vez mais intensivas, mais inteligentes e mais processuais, mas nunca cair na perigosa utopia de um mundo sem drogas, sem desejo e sem direito.

Em 29 de janeiro, o *Estado de São Paulo* noticiava a experiência das narcossalas europeias onde se distribui *crack* e drogas substitutivas. As de Londres, vistoriadas pela União Europeia alcançaram 60 % de permanência de um ano sem uso.

No Brasil, lamentavelmente não temos a mínima chance de fazer experiências sérias como a citada, mas temos o exemplo de trabalhos promissores como o que se desenvolve em São Bernardo do Campo. Lá os usuários procuram os redutores de danos do Consultório de Rua, os CAPs

AD de adultos e de adolescentes (ADI) que funcionam 24 horas e trabalham integrados com o Pronto Socorro e internação em hospitais gerais buscando, permanentemente, ampliar e fortalecer as redes de atendimento e de outras que apoiem a transformação subjetiva e a liberdade.

Em São Bernardo, funcionam duas Casas de Unidades de Acolhimento - UA, uma para adolescentes e outra, recentemente inaugurada, para adultos, onde os usuários têm seis meses para organizar um projeto de vida. Nessa cidade há um pouco mais de vinte meninos e meninas morando nas ruas e fazendo uso de drogas pesadas como o *crack*, todos tem o CAPS ADI como referência.

Como psicólogos temos muito a dizer, a criar e a esclarecer. Nos EUA, se houve resistência ao proibicionismo foi devido a pensadores libertários, movimentos de minorias e a disseminação da psicanálise que demonstrou que a subjetividade tem outros componentes e não se reduz a uma localização cerebral ou um contágio maléfico.

O momento é muito sério e controverso, não somente porque compromete a nossa ação profissional, mas porque esse tipo de ação policial sempre esteve associado a momentos obscuros de autoritarismo e configura o risco de uma verdadeira fascistização da vida.

A internação involuntária pode e deve ser praticada quando existe risco de morte e quando o operador tem ascendência afetiva sobre a pessoa em questão. Mas uma desintoxicação ou uma internação por motivos clínicos não passa de uma redução de danos e só pode ter sentido se existe um projeto de continuidade.

Essa lembrança óbvia é para entrar no nervo desta discussão não negando a gravidade da situação de mulheres e homens expostos a formas degradadas de vida, que encontraram, ao mesmo tempo, uma forma de prazer e sua própria arapuca.

O aumento dos assassinatos de mendigos e a fúria com que feriram gravemente a um rapaz que defendeu um mendigo parecem ser efeitos dessa onda expansiva.

Por outra parte, devemos aceitar que, nas últimas décadas de Reforma Psiquiátrica, aprendemos a cuidar de pessoas com sofrimento mental grave, mas estamos iniciando o trabalho com dependentes químicos.

Se essas instituições são capciosamente chamadas de terapêuticas - pois as verdadeiras comunidades terapêuticas inglesa e americana eram

baseadas nas assembleias com voto igualitário para usuários e corpo clínico - é porque vem trabalhando antes que nós, porque tem uma força política imensamente maior que as do movimento antimanicomial.

E se elas existem devem ser adequadas às exigências sanitárias do Sistema Único de Saúde. Pode-se buscar parcerias, como já se faz em vários locais, por exemplo, em Fortaleza, onde a condução dos casos é realizada pelos CAPS.

O Brasil é enorme e desigual, é claro que há opções como as de São Bernardo onde está sendo construída uma rede consistente e se evita a todo custo a ação das comunidades terapêuticas, e, em outras regiões, está sendo possível realizar parcerias sérias. Enfim temos muito para problematizar e mais ainda para defender e construir.



A EFICÁCIA INVERTIDA DA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA

Ela Wiecko V. de Castilho⁴

Em 2010, o Presidente Lula da Silva expediu o Decreto nº 7.179, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, alterado em 8/12/11, pelo Decreto nº 7.637, da Presidenta Dilma Rousseff. A ênfase do texto nas políticas de saúde e de assistência social, com vistas à prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes não é suficiente para ocultar o verdadeiro propósito do Executivo e do Congresso Nacional. A cartilha distribuída pelo Governo promete ampliar as vagas de internação hospitalar nas enfermarias especializadas e nas entidades da sociedade civil habilitadas pelo SUS. Promete ainda acolhimento prolongado em serviços residenciais e comunidades terapêuticas.

O que se pretende é internação. E não se trata de internação voluntária. Em especial, o usuário de *crack* é visto como dependente químico, portador de transtorno psíquico, cuja vida está em perigo e que, por sua vez, representa um perigo social, porque perdeu a capacidade de autodeterminação. Para satisfazer a fissura pela droga é capaz de cometer crimes. O *crack* é visto como sendo a "causa" da miséria e da exclusão.

Essa crença social, acriticamente construída, dá fôlego à internação involuntária a pedido de terceiro. As demais exigências da Lei nº 10.216, de 6/4/01, como parecer médico fundamentado e comunicação ao Ministério Público, não são suficientes para desestimular a ideia da internação como o único tratamento capaz de resolver o problema. Da mesma forma, a crença social ampara a internação compulsória, isto é, aquela determinada pela autoridade judiciária. Atualmente, é até possível a determinação, pelo juiz, de medida cautelar de internação provisória no curso da investigação de crime praticado com violência ou grave ameaça (art. 319, VII do CPP, com a redação da Lei nº 12.403, de 4/5/11). Em relação à criança e ao adolescente, as presunções atuam ainda com mais força em prol da internação involuntária e compulsória.

A exclusão social, que levada à sua significação máxima pode importar até mesmo na própria eliminação física da pessoa internada involuntária ou

⁴ Subprocuradora-Geral da República- Ministério Público Federal.

compulsoriamente, vem sendo escamoteada por um discurso politicamente correto da proteção e do cuidado. Esse discurso busca seu "fundamento de realidade" na força das imagens, veiculadas pela mídia nacional, das *cracolândias*, cenas de degradação humana exibidas como "prova irrefutável" da necessidade das intervenções proibicionistas e segregadoras.

Não há dúvida de que o *crack* é um problema grave, mas igualmente não há certeza de que a segregação do usuário seja a solução. Ao contrário, se não deu resultado no tratamento de doentes mentais, por que motivo teria que dar certo no tratamento de dependentes químicos?! A internação forçada ou não voluntária é a antítese de toda a experiência antimanicomial, pois representa um retorno ao modelo carcerário do passado. Aliás, medidas coercitivas em geral são adequadas à ideologia do castigo, na qual, por definição, é totalmente prescindível a adesão voluntária, ativa e participativa, do sujeito. Na lógica coercitiva, o sujeito é "mais que passivo", é convertido em objeto sobre o qual deverá recair a ação definida por terceiros.

O tratamento compulsório é violência; segregação sem o devido processo legal. Significa negação da liberdade individual ou, antes, da própria condição para o exercício dessa liberdade, isto é, negação da própria capacidade de discernimento e tomada de decisões por parte do usuário-dependente – como decorrência do uso de droga em si mesmo. A partir desta lógica, a exceção se torna regra, o recolhimento se converte em medida preferencial – sobretudo quando se trata de combater a "epidemia do *crack*".

É preciso ter em conta que o tratamento não voluntário não é eficaz, porque não conta com o convencimento pessoal do sujeito pela interrupção do hábito. Não é incomum a situação de recaída, o que, na lógica da internação, só pode gerar novos e sucessivos recolhimentos forçados.

É preciso ter em conta que as internações involuntárias e compulsórias não incidem de forma igual para todos os dependentes de drogas. Da mesma maneira como ocorre com a pena privativa de liberdade e com a medida de segurança, recai preferencialmente sobre pessoas e grupos sociais vulneráveis, em razão de idade, de sexo ou identidade de gênero, de cor, de procedência, de deficiência, de classe social. Assim é que funciona o que chamamos de sistema de justiça. A seletividade, característica estruturante do sistema penal, existe em todos os países independentemente do seu nível de desenvolvimento.

Uma vez internalizada na opinião pública a imprescindibilidade da internação para deter o consumo de drogas, necessário responder à demanda de vagas em hospitais psiquiátricos. Ou, nas comunidades terapêuticas. Evidentemente, o Estado não dá conta da oferta. Não é problema, basta criar organizações não governamentais e repassar-lhes os recursos financeiros. Não é difícil perceber, nesse cenário, como as internações involuntárias e compulsórias podem se tornar um bom negócio. Para a perspectiva privada interessa o fomento dessa internação, pois ela garante a continuidade do aporte de recursos.

É preocupante o resultado que pode advir da adoção da política do tratamento-internação. Já sabemos do fracasso da política proibicionista, que, ao invés de reduzir o consumo de drogas, promoveu a organização do tráfico. O que se pode esperar da política de tratamento? Se o consumo de drogas tende a se manter alto e cada vez mais diversificado em razão da equivocada política de proibição, a concomitante política de tratamento-internação provavelmente incentivará indiretamente o consumo de drogas. A política criminalizadora de drogas que incha as prisões da maioria dos países do mundo, que leva à formação de organizações criminosas, à violência e à corrupção, terá o reforço da política do tratamento-internação, que engendrará mais oportunidade de obtenção de lucros.

Ou seja, teremos uma eficácia invertida da política pública, além do aumento do controle punitivo, da violência e da corrupção, oculto pelo discurso médico ou religioso. As prisões serão eufemisticamente chamadas de hospitais psiquiátricos, clínicas e comunidades terapêuticas.



ELIMINAÇÃO *VERSUS* REDUÇÃO

Beatriz Vargas⁵

É preciso superar a ideia de que o confinamento, como prisão ou como tratamento, é "solução" no terreno das drogas proibidas. Aliás, nenhuma "solução" pode ser concebida na linha da "eliminação" do problema, mas somente na lógica de sua "redução". A eliminação é arrogante. Não há como **acabar** com a droga. Seu consumo, prática universal e milenar, não é um acontecimento anormal, alheio ou paralelo à vida em sociedade, mas, ao contrário, é um fenômeno a ela inerente e por ela mesma produzido – vale dizer, **normal**, o que não se confunde com **saudável** ou **recomendável**.

O lema que marcou a Assembleia Especial da ONU, em junho de 1998, com a adoção do plano Scope (*Strategy for Coca and Opium Poppy Elimination*) de erradicação, até 2008, de todos os plantios de coca e papoula do planeta, de forte carga propagandística, nada tem de realista: "*a drug free world: we can do it!*"

Não, nós não podemos varrer a droga do planeta. O ideal de **uma sociedade sem drogas** não corresponde a **uma decisão individual** – ou **coletiva** – por **uma vida sem drogas**, a não ser que queiramos impor aos outros – por qualquer "boa" razão, nossa sempre boa razão, na melhor das intenções de espalhar o bem e não deixar perder as almas, seja por motivos de ordem médica, filosófica, religiosa, jurídica – nossa convicção pessoal de não tomar vinho ou uísque, de não fumar tabaco nem maconha, de não usar *Viagra* e *Lexotan*, de não comer chocolate, não cheirar lança-perfume ou não aspirar cocaína... Não é porque o uso abusivo do álcool produz efeitos nocivos à saúde das pessoas que vamos proibir sua produção e circulação – ou, mais ainda, não é por isso que vamos **incriminar** as diversas ações que vão do plantio da cana-de-açúcar, passando pela produção de bebidas alcoólicas, até o armazenamento, transporte e comércio dos produtos. **Reduzir** os problemas relacionados ao abuso de drogas em geral é algo que tem de passar pela informação – ampla e qualificada, além de acessível ao maior número de pessoas –

⁵ Inserir currículo

sobre sua natureza e seus efeitos. E aqui, é importante dizer, não apenas das drogas ilícitas, mas também das inúmeras drogas lícitas, produzidas pelo lucrativo *business* das megaempresas farmacêuticas que dominam o **mercado da saúde** e que se acham à disposição do freguês de qualquer sexo, idade ou lugar social. De nossa parte, nós, ocidentais em geral, não demandamos muita informação sobre nossa própria saúde, e desde há muito que já **entregamos a terceiros** – os especialistas – o domínio sobre nosso corpo, ou seja, nos livramos da responsabilidade de obter os mais elementares conhecimentos sobre nosso organismo e do esforço de zelar pela nossa própria saúde física e mental. **Terceirizamos** nossa saúde, para usar uma palavra moderna. Não há dúvida de que o acesso à informação é a melhor forma para pessoas maduras, livres e capazes poderem exercer, no mínimo, aquilo que se chama de administração pessoal, e o mais segura possível, do uso de droga, qualquer droga. Por isso mesmo, faz sentido pensar que o conhecimento e a informação – desde logo varridos do vocabulário da política proibicionista que inventou o conceito de droga ilícita – pode levar até mesmo à abstenção do seu uso, e, conseqüentemente, à redução da oferta, na via da redução da demanda. E, no entanto, sabemos, mesmo a informação mais ampla e qualificada sobre drogas não pode ter pretensões de colocar fim ao consumo. O comportamento consumista, qualquer que seja o produto, é influenciado pelos desejos e pelas necessidades do consumidor e este é o **espaço do indivíduo consigo mesmo**, onde a tomada de decisões é pessoal e cada um escolhe o que quer para sua própria vida.

A tutela estatal encontra seus limites nessa esfera de exercício da liberdade individual. A atividade do poder legislativo de seleção de condutas que deverão constituir crime não se confunde com o poder de impor convicções éticas, religiosas ou morais. Aqui, simplesmente, não há porquê emitir um juízo de valor sobre os desejos e necessidades de cada um, como também não há como desconhecer influências de toda ordem no processo mesmo de formação desses desejos e necessidades – o que apenas demonstra a fragilidade do conceito de livre arbítrio, de liberdade de escolha na origem da ação humana (somos livres para fazer exatamente o que já foi eleito como modelo de conduta, para imitar o comportamento da classe dominante, para assimilar os símbolos de poder e dominação, para nos inscrever na realidade segundo os padrões

aceitáveis e determinados pela cultura de massas, enfim, somos livres para "escolher" o tênis *Nike*).

O consumo de drogas, ilícitas ou não, é a regra no mundo de hoje, não a exceção. Nunca nos disponibilizaram tanta droga (é verdade que nem todos têm acesso a esse mundo do consumo, seja por causa do alto valor do produto, seja porque pertencem a uma classe social em relação à qual não se tolera o mesmo comportamento da chamada elite). Há drogas para dormir e drogas para acordar, drogas para emagrecer e para engordar, para sonhar, para vencer, para ser feliz, para acelerar, para concentrar, para fornicar... É no mínimo curioso o fato de sermos incentivados a substituir o esforço pessoal pela satisfação imediata que algumas drogas, as "boas", nos oferecem e, ao mesmo tempo, termos vedado o acesso a outras drogas, as "más". A situação é comparável a outro quadro. Nossas leis de trânsito determinam como infração ultrapassar a velocidade máxima permitida, mas a indústria automobilística pode nos vender automóveis que desenvolvem mais de três vezes aquele limite... Compramos a promessa de velocidade, vale dizer, a garantia de sucesso, poder e prestígio social. Somos estimulados a transgredir?

Na lógica da proibição, o consumidor é vitimizado, ou imbecilizado, ou, o que está mais em voga ultimamente, culpado pelos resultados da violência na guerra ao tráfico.

Acontece que no terreno do proibicionismo o diálogo também está proibido, não há lugar para a argumentação, para o convencimento (o capitão Nascimento não tem que se justificar quando enfia um saco plástico na cabeça do **bandido**, porque, afinal, será sempre para o *bem de todos, pela e para a boa sociedade* – não há excessos quando os fins justificam os meios, pois, afinal, o capitão, na clássica tensão entre lei e ordem, inventa sua própria lei, quando a lei a quem deve obediência não é suficientemente "boa" para garantir a manutenção da ordem). Aliás, os motivos, os meios e os fins já estão predeterminados, já foram definidos nessa guerra, cumpre demonizar o traficante, o inimigo público nº 1, a personificação do mal, e imbecilizar a vítima, o usuário de drogas.

Uma conversa franca sobre drogas implica desnaturalizar ideias, apontar distorções e erros, historicizar conceitos, arrefecer ódios, paixões e medos, substituir a violência pela inteligência, enfim, **abrir** o debate, voltar à discussão que foi encerrada pela criminalização.

A experiência revela que a proibição não garante a abstenção do usuário (basta lembrar a experiência da lei seca norte-americana, cujo principal resultado foi a explosão da criminalidade, o enriquecimento de máfias e o descrédito da Justiça).

As penas de advertência sobre os efeitos da droga, de prestação de serviços à comunidade e a de comparecimento a programa ou curso educativo, todas previstas na lei em vigor, são preferíveis à pena de prisão, mas não são eficazes na redução do consumo. Medidas coercitivas em geral, de restrição da liberdade e de internação compulsória, não são adequadas ao tratamento da dependência química, mas à ideologia do castigo, na qual, por definição, é totalmente prescindível a adesão voluntária, ativa e participativa do sujeito. Na lógica proibicionista, o sujeito é mais que passivo, ele é convertido em objeto sobre o qual recai a ação definida por terceiros.

AS INTERNAÇÕES, AS DROGAS E A LEI

Marcus Vinícius de Oliveira⁶

A reação por parte da militância antimanicomial, quando da aprovação da lei 10.216 de 2001, foi a de uma recepção fria. Afinal, após dez anos de escaramuças legislativas a lei conquistada parecia muito menor do que se havia pretendido e longe do ideal pelo qual tanto se lutara. O envio em 1989, de um projeto de Lei Antimanicomial ao Congresso Nacional, fora um gesto tão desprezioso, quanto ousado. A incipiente articulação do coletivo que assumira tal empreitada, uma Coordenação Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, indicada no Congresso de Baurú em dezembro de 1987, era bem conhecedora dos seus limites e das imensas responsabilidades que assumira ao se propor a dirigir politicamente o movimento que deveria resultar daquele evento.

A despeito da animação, típica de uma conjuntura marcada pela recém-aprovação da "Constituição Cidadã" de 1988, a estratégia de propor a reaglutinação de um polo orgânico de militância "psi", para fazer o enfrentamento da dura realidade da assistência psiquiátrica brasileira inovara ao assumir o lema radical "Por uma sociedade sem manicômios!" como sua principal linha estratégica. Era uma radicalização arriscada, considerando-se o poderio imperial dos empresários da Loucura, que organizados sindicalmente na FBH – Federação Brasileira de Hospitais transitavam pelas salas do poder, seja no Ministério da Saúde ou no parlamento, como se estivessem nas suas próprias casas. Por outro lado, o *mainstream* profissional também não era muito receptivo às radicalizações políticas, alienado e embevecido que se encontrava, entre as promessas do Prozac e a conversa empolada do Dr. Lacan, que se generalizava.

A ideia de fazer tramitar no parlamento brasileiro, um projeto de lei que ousasse propor "a extinção progressiva dos manicômios", fixando para essa tarefa, um prazo em cinco anos, tinha quase um caráter de provocação de inspiração evidentemente basagliana. A aprovação

⁶ Psicólogo, doutor em Saúde Coletiva, professor adjunto da Universidade Federal da Bahia, coordenador do Laboratório de Estudos Vinculares e Saúde Mental da FFCH-UFBA, integrante do Núcleo de Estudos Pela Superação dos Manicômios da Bahia.

pelo parlamento italiano da Lei 180, naquele país, havia domado a instituição-fera, devoradora da vida de homens e mulheres pobres, da "classe trabalhadora" como pregava o menestrel da rebelião psiquiátrica. Neste quesito, pelo menos, a identidade era evidente. Desde as suas origens os hospícios brasileiros já tinham triturado a vida de centenas de milhares de brasileiros que, no quesito pobreza, certamente não ficavam nada a dever aos italianos.

E o sentido era efetivamente provocativo. Na avaliação que precedeu à operacionalização do projeto o objetivo declarado era o de impactar a opinião pública através da promoção da polêmica. Produzir visibilidade, fomentar discussões e romper com o silêncio social só quebrado, de quando em quando, pelas ondas escandalosas e sensacionalistas, quando o abandono e o morticínio no manicômio, virava material de jornal.

As definições coletivas, sumárias acerca do seu conteúdo indicava apenas a necessidade de que ele fosse capaz de projetar um ideário, sem maiores expectativas de que obtivesse qualquer sucesso legislativo. A entrega da encomenda de responder pela sua sustentação política, a sua defesa em plenário, a um deputado do partido dos Trabalhadores, irmão de um militante, revelava o caráter doméstico da iniciativa, pois, somente um pedido familiar, poderia convencer a um parlamentar naquela conjuntura, a apresentar tal projeto, dado ao risco de "folclorização" que se lhe associava.

E sem dúvida aquela iniciativa legislativa superou, em muito, as expectativas que foram debitadas à sua conta, se comportando exemplarmente no seu desiderato. Para tal um golpe de sorte, daquele tipo de sorte providencial que acomete aos justos, foi decisivo, dando sentido, significado e força para que, uma lei de inspiração antimanicomial vigesse em nosso país, no presente. Um ano apenas após a sua entrada no Congresso, enquanto adormecia em algumas gavetas, de uma das varias comissões que devem opinar sobre ele antes da votação, um presidente da republica atrapalhado, eleito por um partido insignificante, com dificuldades para ter maioria legislativa, dirige-se a um partido, igualmente pouco significativo em numero de parlamentares eleitos e propõe uma barganha política para aprovar algo do seu interesse.

Consultados os projetos disponíveis pelo partido para fazer parte dessa negociação o esdruxulo projeto da extinção dos manicômios entra

como moeda e, sem que nenhuma expectativa houvesse, de que isso pudesse acontecer, foi aprovado por acordo de lideranças na Câmara dos Deputados. Num golpe de pura sorte, o cacife do Movimento Antimanicomial, assim de um dia para outro, recebeu um reforço de caixa que o levou para o rol dos movimentos sociais importantes no país, merecedor de atenção e do respeito, sobretudo dos seus adversários que até então, não o levava em consideração.

E o Brasil acordou no dia seguinte com uma lei, de genética radical, aprovada, e com meio caminho andado, para estabelecer estragos no modelo hospitalocentrico hegemônico, que preconizava que qualquer transtorno mental, dos mais graves aos mais simples, só encontrava abordagem nas internações hospitalares, banais, violentas, de longa duração, violadoras da dignidade e dos direitos mais comezinhos atribuíveis aos homens, e hoje inclusive, aos animais.

A aprovação da lei na Câmara dos Deputados fez soar o alarme para que a maquinaria política da indústria da loucura se pusesse em alerta e organizasse a sua artilharia para combater àqueles que ameaçavam aos seus longos anos de extração de riqueza, da miséria humana dos loucos infelizes. Por dez anos o Senado Federal foi espaço de uma longa contenda onde os corações e mentes dos senadores estiveram constantemente sobre o assédio dos dois contendores, numa verdadeira reencenação do filme de Glauber Rocha "A luta do Dragão da Maldade contra o Santo Guerreiro". Neste percurso, o intrépido, mas pouco conhecido "Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental: Por Uma sociedade sem Manicômios" se forjou efetivamente como um movimento social e fez originar o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, como o principal protagonista do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira nos seus primeiros dez anos de existência.

O resultado final desta disputa foi a aprovação, passados dez anos, da Lei 10.216 e no parlamento, a inevitável parlamentarização da disputa, foi aos poucos fazendo apagar a história, fazendo com que o deputado passasse a receber os créditos e os benefícios de autoria, de obra de produção coletiva, seja no texto da lei seja como artífice do processo de garantia da mobilização, que impediu o seu amesquinçamento. Assim ao se aprovar uma Lei que "dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial

em saúde mental" a militância aguerrida, que se multiplicou, ampliou a base de sustentação e a visibilidade do movimento durante os dez anos, viveu um momento de frustração.

Afinal, durante anos a fio, ela se mobilizou, em dezenas de idas das caravanas dos estados no Senado Federal, nas diversas audiências públicas convocadas ora com privilégio de uma ou de outra parte, no trabalho de produção do convencimento dos parlamentares e suas assessorias, na neutralização dos contra textos, propostos, inclusive, por parlamentares, eles mesmos proprietários de hospitais psiquiátricos, como o ex-senador Lucido Portela e o ex-presidente da Câmara, Deputado Inocêncio de Oliveira.

E do objetivo originalmente estabelecido, no provocativo projeto original, que afirmava a extinção dos manicômios, inclusive fixando prazos, pouca coisa efetivamente restou. Ficou no ar, certo sentimento de frustração, sobretudo motivado pela impressão de que os empresários da Loucura levaram a melhor e que continuariam, como efetivamente continuam (com cerca de 30.000 leitos ainda ativos em 2012) a desfrutar da possibilidade de fazer da miséria alheia objeto de lucro, produzindo miséria, violência, maus tratos, como os morticínios denunciados na região de Sorocaba atestam.

Recapitulo aqui esta história, movido pela necessidade de oferecer um redimensionamento ao que foi efetivamente conquistado, além de todos os efeitos positivos que já elenquei espécies de subprodutos que a iniciativa deste projeto foi capaz de alavancar. Pessoalmente estou convencido que a história de sucesso das iniciativas antimanicomiais, entre as quais a obra mais completa é a Reforma Psiquiátrica brasileira, é devedora daquele gesto ousado de quem ainda não tinha nada a perder, politicamente falando. O que permitiu que seus empreendedores blefassem num jogo de cartas tão altas.

E isso é por demais oportuno, nessa conjuntura em que os ares da república ficam empesteados com os odores fortes do bater de asas, das novíssimas aves de rapina, ouriçadas com a possibilidade de faturar "algum" dos recursos públicos, através da instrumentação dos corpos daqueles que usam drogas, promovidos midiaticamente à condição de "inimigos públicos numero um", como expressão dos medos mais ocultos que trazemos na alma: o medo da pobreza, do desleixo, do descaso,

da desvinculação social, ou seja, o abandono. Ou no mais grave que assinalam estes desgarrados, espécies de atraídores do grupo social, a sua condição de âncoras, capazes de arrastar de novo para o fundo da anomia social, muitos daquelas famílias que, a duríssimas penas, conseguiram escapar do fosso, da vala comum da linha da pobreza, para hoje construírem algum projeto de futuro, enquanto classe média.

Figuram assim, "os drogados", "os crackeiros", como uma espécie de candidatos naturais à ocupação do lugar do horror, nesse jogo da repetição que reedita os padrões medievais, em sua tensa transição da idade das Trevas, para o renascente caminho rumo a Modernidade. Foucault revela, ao estabelecer as condições de possibilidade do surgimento dos Manicômios no século XVIII, o curioso trânsito na sensibilidade social europeia, em relação ao Mal, projetado enquanto exterioridade ameaçadora, que migra sucessivamente da Lepra, que marca pela via da deformidade física a condição trágica do risco da vida em sociedade, para as Doenças Venéreas, mal individualizado no século XVI, como expressão do uso pecaminoso do corpo, para só após então, pousar sobre os Loucos, candidatos socialmente disponíveis para ocuparem os lugares vazios da internação, despojados da serventia pela superação dos males antecessores.

Esvaziados em suas funções - mais de 70.000 leitos foram fechados nos últimos 20 anos e substituídos por quase 2 000 novas unidades de atenção psicossocial de base territorial - os hospícios brasileiros, com seus 30.000 leitos vigentes, se reanimam com a anunciada cruzada que intenciona "resolver" o problema de drogas lançando mão das medidas de força das "internações compulsórias" ou "involuntárias". E aliados a eles, reforçando essa retaguarda truculenta, emergem essas retrogradadas instituições, sucedâneas dos mais primitivos lugares de internação da Lepra, da Sífilis e da Loucura, que são aqueles que, preocupados em salvar as suas almas através da salvação das almas alheias, se apresentam sob a denominação de Comunidades Terapêuticas, em sua grande maioria de orientação religiosa.

A ironia fica por conta de que esta denominação, que se não é exclusiva e nem foi, que eu saiba, "patenteada" pelas primeiras "experiências", foi cunhada originalmente para denominar algumas das pioneiríssimas tentativas que se produziram na Europa no pós-guerra, como lugares

de acolhimento da Loucura que fossem alternativos aos manicômios, sobretudo por suas características de maior permeabilidade social.

Assim no Brasil se edita uma estranha aliança, entre estes antigos manicômios remanescentes, modernizados sob a alcunha de Hospitais Psiquiátricos e essas novíssimas Comunidades Terapêuticas que proliferaram, sobretudo como apêndices da expansão das diversas confissões evangélicas (ainda que não sejam uma exclusividade dessa tendência religiosa), Juntos eles ensaiam no Brasil, uma tentativa da produção de um enorme retrocesso naquele patamar de civilidade compreensiva, que durante mais de 20 anos, via a sua intervenção cultural, o movimento antimanicomial vinha logrando sucesso em implantar visando banir com os preconceitos em relação aos portadores de transtorno mental.

Mas o que existe em comum, que articula os usuários de drogas e os portadores de transtorno mental? O que existe é um raciocínio que ofereceu a base para o funcionamento da cidadania por mais de 200 anos e afirmou a loucura como seu anverso. Existe raciocínio de que a vida nas sociedades ocidentais modernas pressupõe que a plenitude do gozo dos seus direitos políticos supõe a capacidade do sujeito de oferecer garantias da sua competência para exercer o "contrato social".

Regularidade, previsibilidade, confiabilidade, pontualidade são apenas alguns dos atributos que estão compreendidos na formatação deste modelo da "cidadania ao modo da burguesia" que confrontou o Antigo Regime e os privilégios da aristocracia. A auto regulação é a capacidade de um exercício individualizado da vida política, do qual o sufrágio pessoal (cada cabeça um voto) é apenas uma das suas faces mais visíveis e o sistema penal corresponde a face negativa, ao punir os que não cumprem as leis. Ser capaz de se conduzir através das regras abstratas fixadas nos códigos que regulam a vida em sociedade é o principal atributo condicionante do exercício da cidadania. Diferentemente do que se pensa a exclusão dos Loucos do registro da cidadania não se tratou de um mero "esquecimento" ou uma distração dos edificadores do moderno edifício político que rege ainda hoje o nosso mundo. Mais do que mantidos de fora da cidadania a exceção dos Loucos ajudou a formular o sujeito ideal capaz de usufruir da condição cidadã.

E os drogaditos? O que é que eles têm haver com isso? A falta cometida pelos que usam Drogas é moralmente uma falta considerada mais grave do que a dos Loucos, pois se esses são privados da possibilidade da autodeterminação pelo acometimento de uma fatalidade da presença da "doença mental" o estatuto dos que usam Drogas pressupõe uma flacidez moral que os faz abdicar voluntariamente da sua capacidade de autoregulação pela via da ingestão de substâncias em quantidade suficientemente capaz de lhe afastar dos benefícios do gozo do seu "perfeito juízo". Drogaditos são aqueles que cometem voluntariamente a *heresia* de se privarem daquilo que é considerado o bem de maior valor, no contrato social fundado quando da edificação da sociedade sob a égide da condução da burguesia enquanto classe, a saber: a velha e boa consciência que deve guiar as operações de autoregulação.

Equiparados aos loucos, aos que abusam das Drogas (lícitas e ilícitas) a Medicina vem estender o manto de alguma absolvição quando os equipara aos Loucos; o benefício de alguma ordem de compreensão e aceitação social quando o mote do comportamento fica acobertado pela imposição da condição de portador de uma patologia. Os "doentes" serão perdoados desde que eles se submetam voluntariamente às sanções do tratamento, do mesmo modo que é considerado um aspecto benevolente no caso dos portadores de transtorno mental, o desenvolvimento de uma "consciência da doença" que os torna mais dóceis ao manejo terapêutico, por parte do médico.

Unidos pelo mesmo nexos, ainda que se trate de fenômenos absolutamente distintos, os Loucos e os que usam abusivamente Drogas são historicamente apanhados numa mesma conjuntura da sociedade brasileira na qual os seus destinos são traçados em movimentos complementares, decididos ao mesmo tempo nas esferas da política (mudam alguns dos atores, mas os corredores do Congresso Nacional volta a virar arena de uma disputa que reflete perspectivas opostas); da administração das políticas públicas (a controvérsia sobre a inclusão das comunidades terapêuticas no âmbito do Sistema Único de Saúde são uma das suas expressões) e no plano da cultura (o desserviço da desinformação terrífica prestada pelos meios de comunicação de massas com a produção de histeria coletiva em relação ao crack).

Mas o que tem tudo isso a ver com a história da aprovação da lei 10.216 que foi detalhadamente contada na introdução deste artigo?

A primeira coisa é uma lição da política. Tal qual não era sabido o destino possível da iniciativa ousada da apresentação de um projeto de lei como estratégia, que posteriormente teve tantos méritos de viabilizar a existência deste próprio movimento, é hora de não esmorecer com o retorno do processo de disputa em torno dos nossos ideais, supostos como eticamente superiores. Retomar a iniciativa com a tranquilidade de quem conhece de que a matéria da qual é feita a "opinião pública": nós sabemos que ela é feita de matéria plástica! O retorno, nessa conjuntura, do ideário que afirma que nem todos podem viver ao mesmo tempo em sociedade e que de alguns será exigido aspectos performáticos como condicionantes não prosperará, enquanto a memória do fascismo e do holocausto ainda fizer sentido sacudindo a nossa consciência valorativa.

A segunda é a necessidade de um retorno ao texto da lei 10 216 para uma reavaliação do que foi ali, inscrito e conquistado. Assim, apesar dela não instituir mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios, ela redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, terreno para o qual fica deslocada a disputa em torno de uma eficiência do tratamento em liberdade, ampliando o espectro das contradições para o âmbito do tecido social, terreno do qual ele nunca deveria ter sido deslocado. Mas o que às vezes fica despercebido é exatamente a parte em que de forma inédita, desde a revolução francesa, ela dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. A revolução jurídica aí operada não foi enfatizada pela militância e nem sentida pelos profissionais de saúde mental em geral, mas tem gerado importantes impactos no reordenamento jurídico envolvendo os interesses dessa população.

Como afirmam Carvalho & Matos num parecer precoce, encomendado pelo Conselho Federal de Psicologia, talvez um dos primeiros textos jurídicos a avaliarem os efeitos práticos da incidência da lei 10216 no ordenamento jurídico, sobretudo no plano do Direito Civil, "fruto da luta pelo reconhecimento, travada inclusive pelos próprios afetados, organizados em movimentos sociais, a Lei n 10.216/2001, expressa claramente a inclusão do portador de sofrimento ou transtorno mental no elenco daqueles a quem, pública e juridicamente, reconhecemos a condição de titular do direito fundamental à igualdade, impondo o

respeito de todos à sua diferença, ao considerar a internação, sempre de curta duração em quaisquer de suas modalidades, posto que, necessariamente vinculada aos momentos de grave crise, uma medida excepcional ao próprio tratamento”.

Portanto a lei redime a excepcionalidade que caracterizava a exclusão dos portadores de transtorno mental da condição da igualdade plena ao excluí-lo da titularidade deste direito equiparando-os juridicamente aos demais cidadãos. O debate sobre os regimes especiais de sequestro e internação das populações de rua – internação compulsória, internação involuntária – em cenas urbanas do uso de crack, como as que assistimos no Rio de Janeiro, Goiânia e na Cracolândia em São Paulo no início de 2012, antecipando os processos de gentrificação, chamados eufemisticamente de *requalificação urbana*, alusivas aos grandes eventos esportivos que o país deve sediar nos próximos anos, está apenas começando. As iniciativas de interpelação jurídica às cortes superiores, ainda poderá nos oferecer boas surpresas.

E os usuários de Drogas, da incômoda equiparação que, por analogia, associa os seus destinos enquadrando-os no mesmo registro dos loucos poderão se beneficiar das conquistas já estabelecidas pelo projeto libertário da luta antimanicomial. Mais uma vez expondo as potências da lei conquistada Menelick e Mattos afirmam que, sobretudo é em relação ao tratamento que estes efeitos devem se fazer sentir: “enquanto tal, segundo o disposto no § 1º do art. 4º, em consonância com o direito assegurado ao portador de sofrimento mental no inciso II do Parágrafo Único do art. 2º terá como sua, a reinserção social do paciente em seu meio. A internação, assim, em rigor, só é excepcionalmente admitida, para os momentos de grave crise, quando os recursos extra-hospitalares revelarem-se insuficientes, e, muito embora o § 2º do art. 4º se refira ao “tratamento em regime de internação”, à luz dos demais dispositivos da Lei, essa expressão apenas pode significar a admissão da internação, em quaisquer de suas modalidades, como uma medida excepcional, temporária e de curta duração, para possibilitar a continuidade do efetivo tratamento, que sempre promoverá a reinserção social do portador de sofrimento ou transtorno mental e não o seu isolamento.

Uma ultima palavra sobre o tema da ascensão social recente na sociedade brasileira. Efetivamente nós tínhamos até o advento dos dois

governos do Presidente Lula uma desconfortável posição como uma das sociedades mais morosas nos seus processos de mobilidade social. Um quase total engessamento econômico imobilizou por durante quase 30 anos uma pirâmide social de base alargada e de ápice inatingível. O conservadorismo econômico do governo Lula, adaptado á sede das suas elites, teve como contraponto alguma ordem de concessão e acesso ao consumo de um grande contingente de brasileiros, mudando as projeções, em termos de estrutura social, e das suas dinâmicas. Sem entrar na polêmica se efetivamente houve uma migração de 30 milhões de pessoas para a classe C, ampliando o contingente da classe média ou não, não é o que interessa. O que interessa é que os processos de mobilidade social quando movimentam a vida de milhões de pessoas assim, produzem importantes deslocamentos valorativos e deslocamentos institucionais. Aspectos relativos aos comportamentos, valores, afiliações ao se encontrarem em movimentação fazem emergir expectativas, receios, sonhos e imaginários novos, impactando varias esferas do comportamento entre os quais a tolerância, os laços de solidariedade, os aspectos relativos a coesão social. Certamente estas discussões que envolvem os loucos, os que usam drogas, os que ficaram para trás e não acompanharam os processos de ascensão social precisam ser matizados para uma justa compreensão acerca do que está acontecendo realmente na sociedade brasileira. Na falta de análises mais sofisticadas uma recomendação deve ser a de se abster de juízos mais severos sobre o que se esta produzindo.

POLÍTICA DE ATENÇÃO E PREVENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO – SP

Lumena Almeida Castro Furtado⁷

Carol Zaparoli⁸

Arthur Chioro⁹

Suzana Robortela¹⁰

A enorme preocupação social com o aumento do uso do crack, muito influenciada pela forma como a mídia coloca holofotes nesta questão, fez com que a população que vive em situação de alta vulnerabilidade, e que há muito tempo convive com o abuso de álcool e outras drogas aliado a processos de desfiliação social, ganhe visibilidade social em dimensões nunca antes vista. Na mesma proporção, amplia-se a percepção da insuficiência de políticas intersetoriais e ações de saúde, educação, assistência social, cultura, esporte, moradia, emprego, trabalho e segurança capazes de responder à situação de abandono a que foi relegada esta população por muito tempo.

Como a maioria dos municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes, São Bernardo do Campo - SP, localizado na região do grande ABC, com uma população estimada pelo IBGE de 765.463 mil habitantes (2011), possuía poucas atividades e ações pontuais de atenção à saúde das pessoas em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas até o início da gestão do prefeito Luiz Marinho, em janeiro de 2009. A partir daí, inicia-se no município um processo de mudança na concepção da política de saúde e das perspectivas que a cidade poderia oferecer aos seus munícipes que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA), desenvolvido e viabilizado por meio de estreita parceria com o Ministério da Saúde.

7 Psicóloga e Secretaria Adjunta da Saúde de São Bernardo do Campo.

8 Psicóloga e Técnica responsável pelo consultório de rua e parte da equipe de gestão da saúde mental em SBC.

9 Médico e Secretário de Saúde de São Bernardo do Campo.

10 Médica e Coordenadora da Saúde Mental de São Bernardo do Campo.

Assumimos que há uma disputa em torno do modelo de cuidado destinado aos usuários de SPA no Brasil. De um lado, uma política higienista que pressupõe que cada indivíduo tem o livre-arbítrio na escolha de usar ou não abusivamente drogas e que a responsabilidade pela situação de vulnerabilidade é individual. A partir daí, propõe a internação (compulsória se necessário) em regime fechado e intervenções que culpabilizam e desconsideram o indivíduo como sujeito de direitos. De outro lado, uma política orientada pelos princípios do cuidado em liberdade, da atenção integral e singular, onde cada pessoa é vista como sujeito de direitos, portador de uma história. Propõe a construção de projetos terapêuticos singulares que incluam o sujeito em direção à sua autonomia, comprometidos com o resgate da vida de cada um, partindo do princípio de que toda vida vale a pena. Nosso governo tomou posição por este segundo modelo, que orienta a implementação de uma Política Municipal de Atenção a usuários de álcool e outras drogas, fundamentada nos princípios da Política Nacional de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

Uma política assumida explicitamente como uma política de governo, e não apenas da secretaria da saúde. Sua implantação está sendo efetuada com participação e acompanhamento do Conselho Municipal de Prevenção e Atenção às Pessoas em Uso Abusivo de Álcool e Outras Drogas – COMAD, criado em substituição ao inoperante Conselho Municipal de Entorpecentes. O COMAD foi instituído por lei municipal e empossado pelo prefeito em 2011, com a participação de 11 áreas do governo municipal e da sociedade civil organizada, com o objetivo de formular e acompanhar um Plano Intersetorial, a partir das diretrizes já aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde. Isto porque temos a convicção de que é fundamental que a implantação desta política seja fruto da parceria entre o governo, sociedade civil e as famílias, com acompanhamento dos órgãos de controle social e dos meios de comunicação.

Assim começa a se desenhar um novo modelo. Investimos na reorganização dos processos de trabalho nos serviços já existentes. Instituímos um olhar mais apurado, reconhecendo a centralidade dos usuários, considerados em suas dinâmicas de vida e estamos fazendo um grande investimento em novos serviços, com prioridade para processos

de educação permanente e incentivo à qualificação dos trabalhadores da saúde mental.

Em curto espaço de tempo, a partir da determinação política de prioridade para a saúde mental e a política de álcool e drogas, expressa em nosso Plano Plurianual e no Orçamento Participativo, passamos a constituir uma importante rede de serviços, composta hoje por:

- 1 CAPS ad III adulto (e há um segundo em processo de implantação)
- 1 CAPS ad III infantojuvenil
- 1 Consultório de Rua
- 1 República Terapêutica adulto (outras quatro estão sendo implementadas)
- 1 República Terapêutica infantojuvenil
- 1 P.S. Psiquiátrico
- 1 Núcleo de geração de renda
- 32 UBS com serviços de saúde mental
- 9 UPAs
- Leitos em hospitais gerais

O cuidado com adultos, crianças e adolescentes em situação de abuso de SPA, até a constituição desta rede, era marcado pelo alto número de internações em hospitais psiquiátricos, inclusive para adolescentes com idades entre 13 e 14 anos.

Segundo o documento "Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil", do Ministério da Saúde (2005, p.10):

um dos maiores desafios para a área de saúde mental, sem dúvida, é a construção de uma política voltada para a população de crianças e adolescentes que considere suas peculiaridades e necessidades e que siga os princípios estabelecidos pelo SUS. Até recentemente, a lacuna existente no setor público favoreceu a criação e o fortalecimento de instituições totais, cujo modelo de atenção não focaliza ações e propostas terapêuticas que visem a uma atenção integral, voltada para a reinserção familiar, social e cultural.

Possibilitar a internação para todas as idades em leitos não manicomiais continua sendo um grande desafio. Em nosso município temos ainda um Hospital Psiquiátrico conveniado ao SUS, sob gestão municipal, que se constituía no único recurso de atendimento antes do início de nossa gestão. A partir da estruturação da nossa rede de saúde mental, estamos promovendo o progressivo fechamento destes leitos, numa ação articulada e pactuada regionalmente com os demais municípios. São Bernardo, que internava 60 a 70 pacientes por mês neste hospital, hoje necessita de apenas 9 internações/mês, em média, mas temos a perspectiva de zerar este número e fechar o hospital quando terminarmos a construção da rede de saúde mental e álcool e drogas.

O CAPS ad infantojuvenil, assim como o CAPS ad adulto, inaugurados em 2006 a partir da pressão exercida pelo Ministério Público Estadual sobre os gestores municipais, funcionavam em regime ambulatorial, com sistema de agendamento de consultas e fundamentalmente com a função de encaminhar adolescentes para a internação em comunidades terapêuticas.

O primeiro passo adotado, ainda em 2009, foi a mudança do papel dos CAPS ad adulto e infantojuvenil, que passaram a ordenar a atenção à saúde mental. Introduzimos o funcionamento em sistema de porta aberta, profissionais de referência, busca ativa e o desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares para os usuários, com a participação e envolvimento das suas famílias

Para que sejam de fato dispositivos reabilitadores, tem sido fundamental que os CAPS possam compor suas equipes de forma a ter um técnico de referência para cada usuário. Esta referência oferece maior amplitude no tratamento, fortalecendo o vínculo do usuário com o serviço. O vínculo possibilita uma atenção de fato individualizada, buscando criativamente estratégias de reconstrução de cada vida. Na medida em que as "intenções de tratamento" são apropriadas pelo próprio usuário, pois um projeto terapêutico é uma carta de intenções, este caminha com mais segurança e ganha progressivamente mais autonomia.

Um aspecto central nesta política é a decisão de colocar todos os nossos CAPS em funcionamento 24 horas, todos os dias da semana, contendo oito leitos cada. Isto tem se mostrado fundamental para

garantir o acolhimento dos usuários no momento de crise, ampliando a capacidade de cuidado, sem o qual não se efetiva a adesão do usuário (e de seus familiares) ao serviço. Possibilita, ainda, oferecer leitos para desintoxicação em casos de menor gravidade. Assim, entra em ação a "abstinência assistida" e uma intensificação na atenção. Não é incomum que usuários que passaram o dia no CAPS, ao voltarem para casa, percebem-se em situação de conflito ou pressão. Eles próprios se dão conta de que se ficarem em casa acabarão na "boca", e ao voltar por livre vontade para "dormirem" no CAPS se resguardam daquela situação. É uma "internação" espontânea que permite criar um espaço de proteção.

Essa mudança ainda enfrenta dificuldades e, por vezes, embates e conflitos com o Poder Judiciário – que muitas vezes busca uma internação compulsória – e com alguns trabalhadores da saúde – que ainda não se sentem seguros neste modelo de atenção. Com o apoio do Ministério Público e de setores do Judiciário e investindo na educação permanente dos nossos trabalhadores, cada vez mais temos conquistado adesão ao tratamento em liberdade.

A separação física em unidades distintas entre o CAPS ad adulto e o CAPS ad infantojuvenil tem sido estratégica para garantir o cuidado adequado às especificidades de cada ciclo de vida, permitindo uma atenção diferenciada e de qualidade. Deve-se reconhecer que o tipo de oficina, de intervenção terapêutica, de projetos de inserção na cidade e diversas outras estratégias para o cuidado são muito variados para essas duas faixas de idade.

A equipe interdisciplinar do CAPS ad infantojuvenil – composta por psicólogos, terapeutas ocupacionais, equipe completa de enfermagem, psiquiatra infantil, pediatra, hebiatra, monitores de oficina terapêutica (artista cênico, artista plástico e professor de educação física) – busca identificar as demandas referentes aos cuidados à saúde de cada criança ou adolescente, prestando atenção integral que pode ser ofertada em regimes não intensivo, semi-intensivo e intensivo, conforme a necessidade de cada um. Isso permite que a criança e o adolescente exerçam seu direito de ser tratado sem serem retirados do convívio social. Muitas vezes, no final de semana, um número grande de adolescentes busca a retaguarda do leito no CAPS e passa as noites de forma mais protegida neste espaço.

Outro dispositivo fundamental na rede da saúde em nosso município é a República Terapêutica para adolescentes, um modelo de Casa de Acolhimento transitório, inaugurada em outubro de 2010, que objetiva acolher adolescentes com os vínculos familiares e/ou sociais fragilizados pelo abuso de SPA. A estada na República depende do projeto terapêutico singular desenvolvido no CAPS ad infantojuvenil. A decisão depende da discussão da equipe, com a família e o adolescente, sendo, portanto, o CAPS a única porta de entrada para este equipamento. Além dos cuidadores 24 horas, a República conta com um técnico que apoia o trabalho de reinserção dos adolescentes com sua família e em seu convívio social. Os familiares e/ou grupo social de apoio frequentam a casa em busca do restabelecimento do vínculo com o adolescente, contando com o suporte do atendimento no CAPS ad infantojuvenil. A reinserção social é desenvolvida por meio de atividades esportivas (muitos frequentam a escolinha de futebol), oficinas da cultura, atividades culturais, idas ao cinema (para vários a primeira vez em suas vidas), atividades de profissionalização.

A média de permanência tem sido de 4,5 meses. Em muitas situações, como de uma adolescente grávida em situação de rua, com vínculos familiares rompidos, foi possível restabelecer esse vínculo depois de alguns meses na república, acompanhada pelo CAPS ad infantojuvenil. A adolescente teve o bebê morando na casa da sua mãe, que passou a ajudar neste cuidado. Estamos neste momento implantando a primeira de cinco Repúblicas Terapêuticas para adultos, uma moradia transitória, cada uma destinada a 12 adultos com histórico de abuso de substâncias psicoativas e com vínculos familiares fragilizados que os impeçam de retornar ao convívio familiar ou social. Assim como os adolescentes, moram provisoriamente na casa, ao mesmo tempo em que participam de projetos terapêuticos e de geração de renda desenvolvidos pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Álcool e Drogas de Adultos, bem como participam de atividades e projetos de outras secretarias do governo municipal. O CAPS ad também é a única porta de entrada da República Terapêutica.

As Repúblicas de adulto contam também com cuidadores 24 horas e um técnico de nível superior para realizar o acolhimento, escuta qualificada, visitas domiciliares às famílias dos acolhidos com o intuito

de resgate dos vínculos familiares e intrafamiliares, apoio para inclusão em projetos de geração de renda e profissionalização e atividades de reinserção na cidade (culturais, esportivas, de lazer, etc.). Com a evolução do cuidado e com um número maior de usuários estando em situação de mais autonomia, estamos prevendo o funcionamento de duas das Repúblicas de adulto em regime mais autônomo, menos supervisionado, num processo de transição para a vida em completa autonomia.

Foi implantada também a estratégia de cuidado: Consultório de Rua e de Redução de Danos que tem sido fundamental para que nossa rede possa de fato chegar a todos. É considerado uma unidade de saúde e realiza o cadastro de seus usuários. O Consultório de Rua conta com redutores de danos, médico de saúde da família, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional e técnico de enfermagem. Tem por objetivos: a oferta de cuidados a saúde na rua às pessoas vivendo em condições de alta vulnerabilidade e em situação de marginalidade, adultos, crianças e adolescentes em abuso de SPA e busca acolher, criar vínculos, ofertar o cuidado possível na rua e acompanhar as pessoas ao serviço de saúde quando necessário. Desenvolve uma escuta qualificada e discute outras possibilidades de vida de acordo com as ofertas do município. Sua equipe é referência para os casos registrados e acolhidos, retornando aos locais identificados, sempre que solicitada. Funciona no período da manhã e até em torno de 01 hora da madrugada para facilitar o contato com a população. Muitos usuários abordados precisam passar algum tempo na UPA, unidade de urgência, cuidando de sua saúde física antes de serem encaminhados para o cuidado no CAPS ad. Uma postura importante neste trabalho é não ter a pretensão de tirar todos da rua, mas agir com a perspectiva de desenvolver um vínculo efetivo e apoiar os movimentos de cada pessoa na direção de uma vida que produza mais vida.

A equipe visita rotineiramente os 35 pontos na cidade onde há pessoas em abuso de SPA e ou em situação de rua. Muitos adolescentes usuários do CAPS ad infantojuvenil também são abordados na rua por esta equipe. O trabalho na rua é desenvolvido na cidade em parceria com a SEDESC, a Fundação Criança e a Guarda Civil Municipal, porém a oferta de cuidados à saúde é realizada exclusivamente pela equipe do Consultório de Rua. As ações desse consultório contam com a retaguarda de toda a rede de saúde, a qual relutou inicialmente em atender esta

população, sendo necessária uma ação junto aos trabalhadores dos diferentes serviços que a compõem para vencer o preconceito e a resistência em cuidar desta população.

Temos ainda dificuldade em garantir a referência para leitos gerais de desintoxicação clínica (nosso Hospital de Clínicas, em fase de construção, ficará pronto apenas em junho de 2012, quando passaremos a contar com 20 leitos para este fim). Como não conseguimos usar os hospitais regionais que estão sob gestão estadual como retaguarda temos utilizado leitos das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e do Pronto Atendimento Psiquiátrico. Da mesma forma, o investimento na formação das equipes foi fundamental para que essa medida desse certo.

Neste momento seis projetos de geração de renda são desenvolvidos intersetorialmente e são centrais para a possibilidade de reconstruir a autonomia de cada usuário.

Um ponto fundamental em nosso projeto, que não acontece sem conflitos, mas que assume importância cada vez maior, é a constituição de redes intersetoriais, que vem se consolidando nos territórios. São realizadas atividades de matriciamento junto às equipes das UBS, onde inicia o cuidado às pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas e desenvolvemos um intenso trabalho para tecer a rede intersetorial a partir do projeto terapêutico singular demandado por cada usuário. Tem sido fundamental a parceria com a Fundação Criança de São Bernardo do Campo e o Conselho Tutelar, com quem fazemos reuniões mensais para discussões de casos, com a Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania (SEDESC), que com a implantação do SUAS vem estruturando o trabalho com as famílias nos territórios, além das pastas de educação, esporte, cultura e desenvolvimento econômico que tem nos apoiado na inserção dos usuários em atividades educativas, de lazer, escolar, profissionalização e nas oficinas de geração de renda para os adultos. Também é realizado um trabalho junto às escolas públicas, importantes encaminhadoras de crianças e adolescentes aos CAPS ad infantojuvenil. A ação cada vez mais parceira da Guarda Civil Municipal tem sido fundamental para que a abordagem desta população, mesmo em situações de risco, se dê de forma respeitosa e cuidadora.

Sabemos que essa experiência municipal se desenvolve num terreno complexo, que o cuidado integral desta população depende de ações

de outros atores, da sociedade e de outras esferas de governo. Sabemos ainda que processos de reconstrução de muitas e singulares vidas enfrentam diversos e grandes obstáculos e nem sempre conseguimos que cada pessoa que está sob nosso cuidado chegue onde planejamos (juntos) e no tempo que gostaríamos. A vida real e cotidiana se apresenta sempre cheia de desafios. Lidamos com um objeto de altíssima complexidade, muito mais desafiador do que o já intrigante tema do uso abusivo de álcool e drogas: a vida. Temos, entretanto, a convicção de que estamos no caminho certo. Cuidar em liberdade, opção que está sendo implementada em São Bernardo, é um projeto ético-político que busca reconstruir cada projeto de vida, criar uma forte rede de cuidado e que apostar que as pessoas podem cuidar de sua vida de forma autônoma. Trata-se, claramente, de uma forma potente de apostar na vida e numa sociedade capaz de usufruir de sua diversidade.



13 RAZÕES PARA DEFENDER UMA POLÍTICA PARA USUÁRIOS DE CRACK

BOLETIM DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA

1. Defendemos o Sistema Único de Saúde (SUS) – um dos maiores patrimônios nacionais, construído coletivamente para cuidar da saúde da população brasileira. Defendemos a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 e a possibilidade de garantir e ampliar financiamento para consolidar suas ações, inclusive para a política de crack, álcool e outras drogas, assegurando seu caráter eminentemente público, em oposição a todas as formas de privatização da saúde.

2. Defender os princípios e diretrizes do SUS, principalmente o princípio da PARTICIPAÇÃO, que garante o direito do usuário de ser esclarecido sobre a sua saúde, de intervir em seu próprio tratamento e de ser considerado em suas necessidades, em função de sua subjetividade, crenças, valores, contexto e preferências.

3. Defender a continuidade e o avanço do processo de Reforma Psiquiátrica Antimanicomial em curso no Brasil – regulamentada na Lei nº 10.216/2001, que criou os serviços de atenção psicossocial de caráter substitutivo ao modelo asilar – para o cuidado de pessoas com sofrimento mental e problemas no uso de álcool e outras drogas.

4. Considerar que o Estado é laico e democrático e, por isso, não deverá, a pretexto de tratamento, impor crença religiosa a nenhum de seus cidadãos, mesmo quando estes fizerem uso problemático de álcool ou outras drogas. Da mesma forma, compete ao Estado respeitar e promover a cidadania destes usuários, recusando todas as propostas que violem seus direitos, como a internação compulsória e restrição da liberdade como método de tratamento.

5. Superar o isolamento em instituições totais, tais como hospitais psiquiátricos ou comunidades terapêuticas – que geram mais dor, sofrimento, violação dos direitos humanos –, por uma rede de serviços substitutivos como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Leitos em Hospitais Gerais, Casas de Acolhimento Transitório, Consultórios de Rua e outras invenções que se fizerem necessárias para garantir o cuidado em liberdade.

6. Reconhecer que as cenas públicas de uso de drogas, as chamadas cracolândias, que tanto incomodam a população em geral, são também efeitos da negligência pública e da hipocrisia social. A transformação desta situação impõe a criação de políticas públicas que incluam os usuários e a população local, através da implantação de projetos de moradia social, geração de renda, qualificação do espaço urbano, educação, lazer, esporte, cultura, etc.

7. O cuidado em liberdade, dentro do SUS, dos usuários de crack, álcool e outras drogas já é realidade em nosso país. São Bernardo do Campo (SP) e Recife (PE) são exemplos do êxito desta política, cujos investimentos exclusivamente voltados para a rede pública propiciaram a invenção de uma rede diversificada de serviços substitutivos, que asseguram cidadania. A sustentação radical desta política permite a ambos municípios prescindirem da inclusão de comunidades terapêuticas e de hospitais psiquiátricos como lócus de tratamento.

8. Quem usa drogas é vizinho, pai, mãe, filho, filha, irmão, irmã, amigo, amiga, parente de alguém, meu ou seu. Portanto, é preciso superar a ideia de que o usuário de drogas é perigoso, perdido, irrecuperável ou um monstro. Tais idéias provocam uma urgência de respostas mágicas, levam a sociedade a demandar medidas políticas sem a prévia reflexão necessária, justificando e legitimando a violência contra estes novos párias sociais.

9. A humanidade sempre usou drogas em cerimônias, festas, ritos, passagens e em contextos limitados. Nossa sociedade precisa se indagar sobre o significado do consumo que o mundo contemporâneo experimenta e tanto valoriza, buscando entender o uso abusivo de drogas nos dias de hoje e as respostas que tem dado ao mesmo.

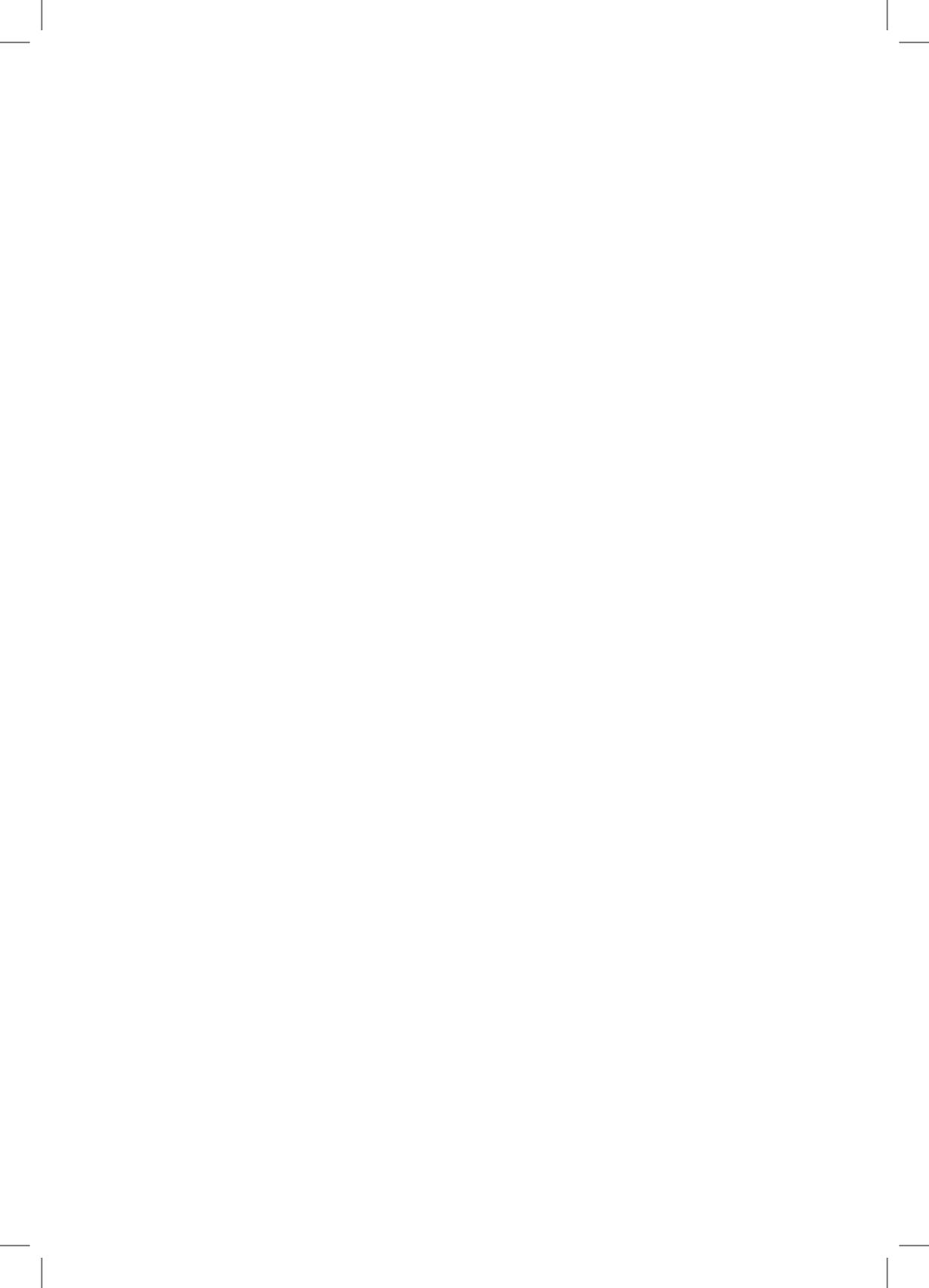
10. As sociedades convivem com muitas drogas, lícitas ou ilícitas. As pessoas que usam drogas de forma prejudicial precisam de ajuda, apoio, respeito e de redes públicas de atenção que garantam sua cidadania e liberdade. Para tal, as ações de redução de danos, que responsabilizam o cidadão por suas escolhas e estabelecem laços de solidariedade, devem ser orientadoras do cuidado, sempre articuladas com as demais políticas públicas.

11. A leitura do fenômeno do uso abusivo de drogas, em particular, do consumo de crack, como uma epidemia, além de grave equívoco

de interpretação dos dados epidemiológicos que não demonstram isto, provoca uma reação social que instaura o medo e autoriza a violência e a arbitrariedade, levando à justificação de medidas autoritárias, coercitivas e higienistas.

12. Comunidades terapêuticas não são dispositivos de saúde pública. São a versão moderna dos antigos manicômios, seja pela função social a elas endereçada, quanto pelas condições de uma suposta assistência ofertada. Elas reintroduzem o isolamento das instituições totais, propondo a internação e permanência involuntárias, centram suas ações na temática religiosa, frequentemente desrespeitando tanto a liberdade de crença quanto o direito de ir e vir dos cidadãos. Portanto, rompem com a estrutura de rede que vem sendo construída pelo SUS, não havendo qualquer justificativa técnica para seu financiamento público.

13. Os direitos humanos, os princípios da saúde pública e as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental devem orientar a aplicação e os investimentos públicos na criação das redes e serviços de atenção a usuários de crack, álcool e outras drogas. Qualquer política que proponha agregar outros serviços com orientação distinta da adotada pela Reforma Psiquiátrica e pelo SUS, estará tentando conciliar o inconciliável e deste modo, camuflando diferenças em nome de outros motivos ou interesses e produzindo um claro desrespeito à política e à sociedade.



LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

BOLETIM DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

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

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

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

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo

responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

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

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

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

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180o da Independência e 113o da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant



Drogas e cidadania em debate

Para contribuir com o amplo debate social sobre a questão das drogas na sociedade do ponto de vista dos direitos humanos e da cidadania, o Sistema Conselhos de Psicologia vem produzindo uma série de publicações, discussões e ações articuladas com outros seguimentos parceiros. A publicação "Drogas e cidadania: em debate" é um desses instrumentos e traz textos de parceiros primorosos do Conselho Federal de Psicologia que cederam seus trabalhos no intuito de somar ideias, reflexões, experiências, lutas e contribuir para o debate e ampliação da democracia nas relações.

ISBN 978-85-89208-45-1



9 788589 208451