

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
Faculdade de educação

Jéssica Batista Araújo

**AS FORÇAS DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS: um estudo cartográfico**

Goiânia
2019

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

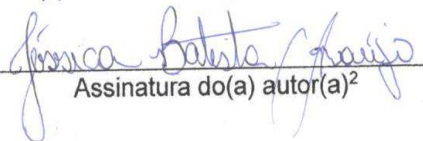
Nome completo do autor: Jéssica Batista Araújo

Título do trabalho: As forças da reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas: um estudo cartográfico

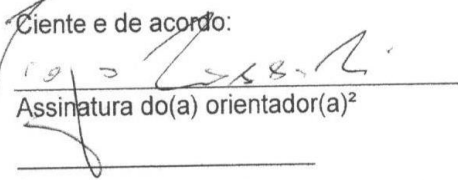
3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:


Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 15/04/2019

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

² A assinatura deve ser escaneada.

Jéssica Batista Araújo

**AS FORÇAS DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS: um estudo cartográfico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Tiago Cassoli

Linha de pesquisa: Bases históricas, teóricas e políticas da Psicologia.

Goiânia

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Araújo, Jéssica Batista

As forças da reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas [manuscrito] : um estudo cartográfico / Jéssica Batista Araújo. - 2019.
CIV, 104 f.

Orientador: Prof. Dr. Tiago Cassoli.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação (FE), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Goiânia, 2019.

1. Reabilitação psicossocial. 2. Drogas. 3. Redução de danos. I. Cassoli, Tiago, orient. II. Título.

CDU 159.9



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Universidade Federal de Goiás – Faculdade de Educação

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

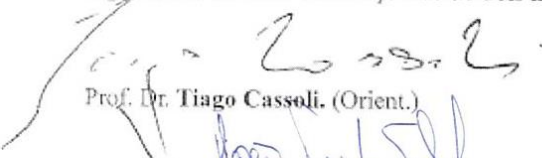
Rua 235, s/n. Setor Leste Universitário – Goiânia/GO – CEP: 74605-050

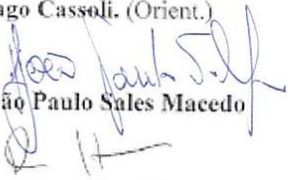
Fones: 3209-6215 / www.ppgp.fe.ufg.br / Email ppgpufg@gmail.com





ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE
JÉSSICA BATISTA ARAÚJO

Ao décimo segundo dia do mês de março de dois mil e dezenove (12/03/2019), às 15:00 horas reuniram-se os componentes da Banca Examinadora: Prof. Dr. **Tiago Cassoli**, doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás, Prof. Dr. **João Paulo Sales Macedo** doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Prof. Dr. **Domenico Uhng Hur**, doutor em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo para, sob a presidência do primeiro, e em sessão pública realizada nas dependências da Faculdade de Educação, procederem à defesa da dissertação intitulada: “**As forças da reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas: um estudo cartográfico**”, em nível de Mestrado, área de concentração em Psicologia, de autoria de **Jéssica Batista Araújo**, discente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta **pelo presidente** da Banca Examinadora, Prof. Dr. **Tiago Cassoli** que fez a apresentação formal dos membros da Banca e deu-se início à apreciação e avaliação do texto. A Banca Examinadora, após a apreciação e avaliação do texto apresentado, decidiu considerá-lo **aprovado**. Os trabalhos foram até às 17:10 horas e eu, **Priscilla Melo Ribeiro de Lima**, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FE/UFG, lavrei a presente ata que assino acompanhado dos membros da Banca Examinadora. Goiânia, ao décimo segundo dia do mês de março ano de dois mil e dezenove.


Prof. Dr. **Tiago Cassoli**, (Orient.)


Prof. Dr. **João Paulo Sales Macedo**


Prof. Dr. **Domenico Uhng Hur**


Profa. Dra. **Priscilla Melo Ribeiro de Lima** (Coordenadora do PPGP)

Profa. Dra. **Priscilla M. R. Lima**
Coord. do Prog. de Pós-Grad. em Psicologia
Faculdade de Educação/UFG
MAT. SIAPE: 18032467



SUMÁRIO

RESUMO	7
INTRODUÇÃO.....	8
A emersão de um objeto.....	10
Buscar vidências: o desenrolar do imperceptível.....	17
ENTRADA 1: DIAGRAMA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	24
Recorte Histórico1: Biopolítica e o poder pastoral- a condução do rebanho e das ovelhas individuais.....	25
Recorte Histórico2: Biopolítica e reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas.....	30
Recorte Histórico 3: Trajetória da reabilitação psicossocial.....	34
Recorte Histórico 4:Neoliberalismo americano, o sujeito ativo na economia.....	36
Linha 1: Oficinas de geração de renda e economia solidária.....	37
Linha 2: Clínica ampliada.....	40
Linha 3:Caixa de ferramentas de controle de si.....	44
Linha 4: Luz e enunciação.....	46
ENTRADA 2: DIAGRAMA DO PROIBICIONISMO.....	59
Linha da medicalização do Estado: Dr. Futurito diz “Não aceite drogas, não vale a pena o risco”- os primórdios do proibicionismo.....	50
Recorte histórico 1- De demarcador cultural à causa de doenças: como as drogas tornaram-se objeto do saber médico.....	55
Recorte histórico 2- A proibição das drogas no Brasil.....	60
Linha 1 : Econômica.....	65
Linha 2 Guerra às drogas e racismo de Estado.....	66
Linha 3 O manicômio.....	73
Linha 4 Comunidades Terapêuticas, Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos.....	75
ENTRADA 3: DIAGRAMA DO ANTIPROIBICIONISMO.....	78
Linha dos saberes e da ciência.....	78
Linha dos movimentos sociais antiproibicionista.....	80
Linha da liberdade como princípio de governo.....	82
Linha das drogas e a Reabilitação Psicossocial.....	84
Linha do Prazer- Poder: drogas e sexo no neoliberalismo.....	88
Linha da Reabilitação psicossocial e proibicionismo.....	90
Linha de Fuga: liberdade como uma ética da existência.....	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
REFERNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98

Resumo

A seguinte dissertação tem como objetivo mapear e analisar as práticas de reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas. A escolha por priorizar a reabilitação psicossocial referente a questão das drogas, além da escassez de estudos voltados para o tema, foi devido à centralidade que estas vem assumindo nos debates de saúde pública, especialmente sobre a reforma psiquiátrica brasileira, tornando-se a um só tempo seu foco de intervenção e ponto fraco. Buscamos na cartografia, método desenvolvido por Deleuze e Guattari, diretrizes que nos orientassem no processo de pesquisa. Entro em campo acompanhando o cotidiano de um CAPS ad do interior de Goiás, e registrando todo o processo de pesquisa em um diário de campo. A partir dos intercessores encontrados nesses escritos de campo que teço três diagramas, decompondo suas linhas em cada entrada dessa pesquisa: diagrama da reabilitação psicossocial, o diagrama do proibicionismo e o diagrama do antiproibicionismo. A reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas, dentro de um discurso neoliberal, incidem sobre os indivíduos para produção do que Foucault chama de capital humano, ou seja, habilidades necessárias, assim como inteligência emocional para o mercado. Da mesma forma fazem a gestão das práticas de consumo de drogas, modulando os modos de sentir prazer. No entanto, por ser um dispositivo de linhas flexíveis, existem também linhas de subjetivação, que permitem a invenção de modos singulares de existência, possibilitando uma ética da existência.

Palavras-chave: Reabilitação psicossocial; Drogas; Redução de danos

Abstract

The following dissertation aims to map and analyze the psychosocial rehabilitation practices of alcohol and other drug users. The choice to prioritize psychosocial rehabilitation regarding the issue of drugs, in addition to the scarcity of studies focused on the theme, was due to the centrality that these have been assuming in the debates of public health, especially on the Brazilian psychiatric reform, becoming one time your focus of intervention and weakness. We searched in cartography, a method developed by Deleuze and Guattari, guidelines that guided us in the research process. I enter the field accompanying the daily life of a CAPS ad from the interior of Goiás, and recording the entire research process in a field diary. From the intercessors found in these field writings we weave three diagrams, decomposing their lines into each entry of this research: psychosocial rehabilitation diagram, the prohibition diagram and the anti-prohibition diagram. The psychosocial rehabilitation of alcohol users and other drugs, within a neoliberal discourse, focuses on the individuals for production of what Foucault calls human capital, that is, necessary skills, as well as emotional intelligence for the market. Just as they do the management of drug use practices, modulating the ways of feeling pleasure. However, because it is a device of flexible lines, there are also lines of subjectivation, which allow the invention of singular modes of existence, enabling an ethics of existence.

Keywords: Psychosocial rehabilitation; Drugs; Damage reduction

INTRODUÇÃO

Acontecem certos encontros com pessoas que desconhecemos inteiramente com quem começamos a nos interessar à primeira vista, como que de repente, súbito, antes que articulemos uma palavra.

(Fiódor Dostoiévski)

Esse texto, antes de qualquer coisa, é uma escrita de encontros. Bons encontros, daqueles que te deslocam, provocam rupturas, quebram as certezas e te lançam para habitar territórios estranhos. É a corporificação de afetos, dessa força desconhecida, como bem colocam Lazzaroto e Carvalho (2015), a partir da qual teremos que adquirir conhecimento sobre algo no agora, sem salvaguardas.

É a marca escrita de uma jornada iniciada antes mesmo do início do programa de mestrado, uma jornada recriada todo instante. Para além de um simples relato de pesquisa, essa é uma narrativa da minha relação, como pesquisadora, com o objeto investigado, o que viabiliza a sua constante reinvenção (Zanella, 2015).

Ao escrever o percurso da pesquisa, o que Rolnik (2013) já nos avisava tornava claro: “o texto nunca é uma construção conceitual coerente e fechada sobre si mesmo, constituindo-se numa representação ou numa abstração cuja interioridade residiria o sentido e na qual cada conceito encontraria seu lugar” (idem, p.184-185). A escrita, lembra Rolnik (2013), é um campo vibrátil, que só adquire significado em suas vibrações. O texto é também fluxo.

Esse texto, tal como o escrevo pode causar estranhezas, mas não poderia ser diferente. Ele é calcado nas estranhezas, nos incômodos, naquilo que foge ao comum. Escrevi. Reescrevi. Mais uma vez. E essa escrita não linear é condição da própria pesquisa, na medida em que os encontros de pesquisa transformavam-me e transformava também o texto, que por sua vez fazia os pensamentos movimentarem. (Zanella, 2015)

É tendo em vista o primeiro passo da pesquisa cartográfica, indicado por Passos e Barros (2015), da inseparabilidade entre o fazer e o conhecer, que mergulho em campo participando do cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad) de uma cidade do interior de Goiás. A entrada em campo, um tanto tímida e insegura, se inicia com um contrato inesperado: em ordem de ganhar a autorização dos órgãos municipais para realização da pesquisa, foi preciso comprometer-me a não identificar o serviço, nem fornecer elementos para identificação.

Com o acordo feito, de trabalhadora da rede e do serviço há quase dois anos passei a ser cartógrafa-aprendiz, habitando o território, estando disponível às experiências (Alvarez e Passos, 2015). Experiência que conforme Foucault (2009) é passar fora de si para finalmente

se reencontrar. São, conforme explica Motta (2009), experiências das quais se sai transformado, que arrancam o sujeito de si mesmo, ou que ele chegue à sua dissolução.

Ao longo do processo de pesquisa tive muitos encontros que contribuíram para o delineamento do meu objeto. Sabendo que a pesquisa pressupõe uma política de narratividade e o trabalho de pesquisa deve sempre ser acompanhado do registro tanto daquilo que se é pesquisado quanto do próprio processo de pesquisa (Barros & Passos, 2015), esses encontros-acontecimentos foram registrados em um diário de campo. “A restituição do processo de pesquisa-intervenção através do diário cria um plano em que pesquisadores e pesquisados se dissolvem como entidades definitivas e pré-constituídas”. (Passos e Barros, 2015, p.175)

Escrevo então um diário de acontecimentos, desses eventos singulares e agudos, que está presente e ao mesmo tempo fora do alcance, que fazem saltar aos olhos aquilo que ninguém via. É uma tentativa de verbalizar esses momentos que provocam rupturas, de uma relação de forças que num jogo se inverte, uma dominação que se enfraquece. Forças tal que não obedecem a um destino ou uma mecânica, mas sim ao acaso da luta (Foucault, 1979).

O diário, assim como a pesquisa, operacionalizado pelas minhas mãos foi construído coletivamente, a várias vozes, atentando às orientações de Barros e Kastrup (2015) sobre a importância da adoção no processo de escrita procedimentos que deem visibilidade à construção coletiva do conhecimento, expressando-se num texto polifônico. Questionamentos que aqui trago foram feitos por várias pessoas, cujas vozes trago a seguir e cada indagação traçou os direcionamentos de pesquisa. Muito mais que um escrito do dia a dia do processo de pesquisa, o diário permite a reflexão do cartógrafo, a digressão com encontros passados, afetos e impressões (Souza, 2009).

Na cartografia, há sempre um coletivo fazendo pesquisa, e as ferramentas que a tornam dispositivo possibilitam a percepção dos afetos que circulam, dos encontros que se produzem, das produções subjetivas. A escrita em forma de diário a priori pode parecer desfocado, porém é um dispositivo aliado aos processos de criação. O diário é um recurso que instiga e prolonga afetos, que força a pensar. Ele explicita a tensão, as linhas de forças e linhas de resistência. Expõe o contexto e o extratexto de uma dada situação social que afeta e se deixa afetar, produzindo e transformando a realidade. (Flores & Souza, 2014)

E assim caminhava, acompanhando o cotidiano, anotando os encontros no diário. Todos os dias, de segunda à sexta, das sete horas da manhã até às 17:00 eu me engajava nesse território tão habitual e ao mesmo tempo tão estranho a mim. Escrevia, reescrevia na medida em que as memórias me vinham de forma vívidas, enquanto lia algo ou até mesmo durante uma conversa. Às vezes escrevia apenas palavras soltas para lembrar-me depois, no que tinha

a mão. Um pedaço de papel, bloco de notas do celular, uma agenda, um post it. Às vezes, enquanto estudava me vinham lembranças dos encontros e conseguia descrevê-las de forma mais ordenada.

Em outros dias, anotava tudo com o máximo de detalhes que conseguia. Cada fala, cada movimento, cada sensação. Às vezes anotava até mesmo no momento dos grupos, oficinas, conversas, quando uma fala me chamava atenção anotava algumas palavras da fala, e logo em seguida a tentava reescrever na íntegra.

A emersão de um objeto

Passos e Barros (2015) apontam que a cartografia, enquanto método apenas orienta o trabalho do pesquisador, sem se fazer de modo prescritivo, por regras prontas e nem objetivos pré-estabelecidos. É no próprio percurso de pesquisa que as metas e o percurso vão sendo construídos. É exatamente dessa forma minha pesquisa se deu. Quando iniciei a pesquisa tinha direcionamentos, meu desejo era estudar a Reforma Psiquiátrica, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), mas o que especificamente? Foi no curso de pesquisa, no encontro com o campo que objeto e objetivos tomaram forma.

Como cartógrafa-aprendiz eu entro em campo, onde processos já aconteciam, com uma atenção aberta e sem foco, como uma antena parabólica, numa atitude de receptividade ativa, até que minha atenção é tocada por algo. Algo ganha relevo. Não um relevo de natureza subjetiva, nem um estímulo distrator que convoca o foco e se traduz num reconhecimento automático. Trata-se de um acontecimento. É algo que acontece e exige atenção. É uma mudança que evidencia uma incongruência com a situação até então estável. (Kastrup, 2015)

“Por que eu to aqui?” Me perguntou um adolescente de 17 anos encaminhado ao CAPS ad pelo Juizado da infância e juventude como parte da medida socioeducativa. Envolvimento com o tráfico. O jovem fazia uso esporádico e recreativo de maconha. Ele estudava, trabalhava e tinha bom relacionamento com os pais. “Deixa eu te perguntar, o que as pessoas pensam sobre a maconha? Por que ela é tão ruim assim?”, continuou, “Porque tipo, eu conheço um monte de gente bacana que fuma maconh. Universitários, médicos, advogados e nem dá problema, ninguém trata assim. Aí quando é nós, nossa, todo mundo fica ‘óóó o maconheiro’, depreciando. Tipo, eu não gosto que as pessoas tenham medo de mim. Às vezes to andando na rua e vem alguém, me vê e atravessa a rua, depois que passa por mim volta a atravessar a rua. Eu não vou fazer nada com ninguém. O que eu iria fazer? Agora querem que eu tome remédio e tal, sei lá” (Diário de campo).

Todos esses questionamentos do jovem afetaram-me, e a pesquisa ia se desenhando, pois como precisamente traz Lazzaroto e Carvalho (2015) é exatamente na experiência do afetar que a pesquisa acontece. “Os fragmentos de sensações, roubadas entre olhares, vão edificando o encontro do pesquisador nas relações com quem pesquisa e o modo de pesquisar” (idem, 2015, p. 26).

Quando foi que as drogas tornaram-se alvo de intervenções, assim como os indivíduos que as usam? Há uma seletividade nessas intervenções? Começa minha inquietação. Como esses discursos cristalizados sobre as drogas e pensados de forma dicotômica, no qual em um polo reside a política a política proibicionista, que declara uma guerra às drogas, e do outro se aloja a política de Redução de danos, adotado pelo Ministério da Saúde em 2003 após oficialização da Reforma Psiquiátrica brasileira se localizam dentro de uma rede de relações de poder produzindo verdades e sujeitando indivíduos?

A inquietação ainda me tomava. A pesquisa trataria da temática das drogas, mas o que especificamente? Lembrei-me de uma reunião de equipe em que eu participava, discutia-se um caso de um usuário encaminhado pela vara criminal especial, pois fazia uso frequente de maconha. O psicólogo que o acompanhava na unidade explicava a situação: o uso não era abusivo nem configurava uma dependência química, mas a principal questão é o envolvimento do rapaz com o tráfico. Explicitava a dificuldade de lidar com essa questão, de pensar em meios de ampliar os territórios existenciais do jovem e o sentimento de impotência frente à questão social. Logo começaram a aparecer ideias de como inserir o jovem no mercado de trabalho, uma vez que um dos motivos do envolvimento com o tráfico é o dinheiro. “*Vamos entrar em contato com o SINE, encaminha ele, já tivemos bons resultados*” “*Vamos ver se conseguimos cursos profissionalizantes no SENAC ou SENAP*”. O psicólogo escutava silenciosamente e pensativo. Após ouvir as colaborações da equipe ele dispara a pergunta que me fez aproximar da discussão, perturbando o ambiente. “*Sim, mas fico pensando na complexidade, vamos inseri-lo em um mercado de trabalho, trabalhando oito horas por dia por um salário mínimo, sem valorização, enquanto com o trafico, além do dinheiro ser muito, tem o prestígio e respeito do grupo social que ele está inserido. Eu fico pensando que tipo de inserção social...*”. Colocou a mão no queixo e ficou pensativo. A questão ficou no ar. Apesar da inquietação, ninguém falou nada. De relance o incomodo e o silencio tomaram conta da sala, e a discussão ficou em aberto. O objeto de pesquisa tomava forma. Repensei nas ações de reabilitação psicossocial do CAPS ad: encaminhamentos para o SINE para aqueles que queriam retornar para o mercado de trabalho, encaminhamento para uma academia pública e alguns auxílios quando os próprios usuários conseguiam trabalho, alguns bazares da oficina de artesanato e um grupo de convivência (Diário de campo).

Estabeleço meu objetivo de pesquisa: mapear e analisar as práticas de reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas de um CAPS ad de uma cidade do interior de Goiás, mais precisamente, do mesmo CAPS em que eu já estava inserida. Reabilitação

psicossocial! Uma noção fundamental e transversal a todos os estabelecimentos da rede de atenção psicossocial, principalmente os CAPS. É, de um modo geral, o termo designado para um conjunto de teorias e práticas que visam otimizar a vida de pessoas que tiveram prejuízos ou dificuldades decorrentes de uma desordem mental, para que elas tenham o máximo de autonomia e exercício da cidadania na comunidade que vivem.

Inquietava-me a relação entre mercado e políticas públicas, na qual, como Foucault traz, o mercado avalia a qualidade das práticas governamentais. Seria a reabilitação psicossocial estratégia do biopoder para produção de capital humano, ou seja, desenvolvimento de inteligência emocional e habilidades úteis para o mercado?

Assim, tendo a reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas como objeto de pesquisa, essa pesquisa se propõe mapear tais práticas e pensar seus efeitos. Faremos a problematização das práticas de reabilitação psicossocial de pessoas que fazem uso nocivo de drogas ao tom de Deleuze.

Lemos e Cardoso Junior (2015) transcrevem a concepção *deleuziana* de problematizar como o não desaparecimento das condições de posição de um problema com a sua solução, visto que ele persiste para além das eventuais soluções. Como evocam os autores, para Deleuze, um problema persiste e insiste nas soluções, e não desaparece.

Para tal, consideraremos a Reabilitação psicossocial um dispositivo, tal como traz Foucault, que abandona a noção de instituição por considerar um conceito totalitário, unitário que exclui as contradições, as lutas, os paradoxos. Ele substitui essa ideia para trabalhar com a concepção de dispositivo. Dispositivo é poroso, móvel, conflituoso e funciona por derivações. Deleuze (1996), em *O que é um dispositivo*, traz que o dispositivo é um conjunto multilinear composto por linhas com características próprias.

Foucault (1979) demarca o dispositivo como um conjunto heterogêneo, uma rede que se estabelece entre elementos que abarcam discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentadas, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas. Entre esses elementos, explica Foucault (1979), discursivos ou não, existe um jogo, mudanças de posição e funções.

Deleuze (1996) discorrendo sobre essa noção diz que um dispositivo é composto por três grandes linhas móveis que se entrecruzam, enrolam-se, tencionam-se. São elas as linhas do saber, poder e subjetividade. Sem contornos definidos, são cadeias de variáveis que se destacam uma das outras. As primeiras dimensões da linha do saber destacadas por Foucault e reiteradas por Deleuze são as curvas de visibilidade e de enunciação.

Dispositivos são grandes máquinas de se fazer ver e falar. As curvas de visibilidade estruturam um campo de visibilidade, ou seja, só é visível o que o dispositivo permite. O dispositivo, com seu regime de luz, distribui o visível e o invisível, fazendo com que objetos apareçam sob sua luz ou desapareçam (Deleuze, 1996).

Eles também delimitam o que pode ser dito. Deleuze (1996) reforça que as linhas de enunciação distribuem as posições diferenciais dos objetos. Se uma curva é enunciável é porque os enunciados fazem essa distribuição, assim a ciência, por exemplo, em determinado momento é definida precisamente pelos regimes de enunciado a que dão origem.

A segunda dimensão comporta linha de forças, que atravessam o dispositivo como flechas silenciosas, entrecruzam as coisas e as palavras, estabelecendo a dinâmica do dispositivo. Essa é a dimensão do poder, uma linha composta com o saber, tal como o poder. Por fim, Foucault (como citado em Deleuze, 1996) se depara com as linhas de subjetivação, que aparece como linha da singularidade, do si. É um processo, uma produção de subjetividade, que escapa às forças estabelecidas como saberes constituídos (Deleuze, 1996).

Em suma, o dispositivo é um tipo de formação que, em determinado momento histórico, responde a uma urgência tendo, portanto uma função estratégica dominante. À medida que imprevistos surgem, o dispositivo se reconfigura transformando essas insurgências a seu favor (Foucault, 1979).

Assim, a partir da filosofia dos dispositivos, repudiamos os universais (Deleuze, 1996) e abandonamos a presunção de que os objetos existem por si mesmos e compreendemos, como nos traz Barros (2007, p.39-40), “que as práticas são datas e objetivam seus próprios objetos e que, ao fazê-lo, constroem também modos de subjetivação”. Nossa missão será buscar as rupturas, as bifurcações do dispositivo, desconstruindo as verdades naturalizadas e reconstituindo e reconhecendo as forças dispersas nessas linhas embaraçadas.

Era preciso conhecer mais. Era preciso transbordar. Era preciso construir um caminho de constituição da reabilitação psicossocial. Era preciso caminhar junto com ela. Era preciso experimenta-la, tocá-la (Barros, E. & Morschel, A., 2015). Começo então a trilhar esse caminho, vasculhando a literatura sobre o tema, entregue a uma leitura distraída e intensa. Início pela literatura que trata da reabilitação psicossocial na Reforma Psiquiátrica de modo geral, posteriormente busco textos específicos desse dispositivo no campo álcool e outras drogas.

Nascida nos Estados Unidos na década de 1940, a partir de encontros de pacientes psiquiátricos chamados *Não estamos sós –WANA: We are not alone* (Desviat, 1999 *apud* Guerra, 2004), há uma diversidade teórica e prática no que diz respeito à reabilitação

psicossocial. Mas, apesar da dificuldade de coesão das práticas reabilitativas, há tentativas de definir uma unidade teórica. Para a Associação Internacional de Serviços de Reabilitação Psicossocial (1985, *apud* PITTA, 2016, p.27-28) é

o processo de facilitar, ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade... o processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado.

Já a Organização Mundial de Saúde (2001) define Reabilitação Psicossocial como um processo abrangente que propicia aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes em decorrência de um transtorno mental a oportunidade de alcançar seu potencial de funcionamento independente na comunidade.

No Brasil não é diferente. Autores como Guerra (2004) e Bayer & cols. (2011) apontam que também há uma dispersão teórica e prática no que diz respeito à reabilitação psicossocial. Não há uma definição claramente contornada. O campo da reabilitação psicossocial pode ser pensado a partir de um vasto acervo teórico e pouco coeso. O que há é um emaranhado de práticas e preceitos que passam a se integrar sob a nomenclatura de reabilitação psicossocial.

Ana Pitta (2016) traz essa diversidade de concepções sobre a Reabilitação Psicossocial em *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. Este livro, como analisa Guerra (2004), apresenta a diversidade e os paradoxos desse discurso. Porém, as diversas tendências discursivas convergem na ideia de que a reabilitação psicossocial é uma exigência ética. Não somente uma técnica, mas uma estratégia que implica uma política geral de serviços em saúde mental.

Outra constância nos discursos brasileiros sobre reabilitação psicossocial é a associação desta com o exercício da cidadania, sendo esta uma exigência ética da Reforma Psiquiátrica. A relação entre reabilitação psicossocial e cidadania, tem no psiquiatra italiano Benedetto Saraceno seu mais notório defensor. Em seu livro *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*, Saraceno (2001) busca demonstrar como as variáveis capazes de influenciar o êxito da reabilitação psicossocial é decisivamente maior quando se considera o contexto em que o usuário e o serviço estão inseridos, ao invés de se considerar as variáveis psiquiátricas, como diagnóstico e teorias, ou seja, técnicas reabilitativas propriamente ditas.

Para ele, a reabilitação psicossocial é um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos, e dentro dessa dinâmica das trocas que se tem o efeito habilitador. Assim,

a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes. (Saraceno, 2001, p. 112)

Atenho-me um tempo a mais no livro de Saraceno, me proponho a pensar diante da perturbação suscitada em mim diante de tal encontro. Que tipo de troca se refere o italiano? Trocas afetivas capitalizadas? Quais seriam as características dessas negociações afetivas? Saraceno é um autor que merece maior atenção de minha parte, atenção que será devidamente dada no primeiro capítulo dessa dissertação.

Continuando com minhas leituras, o psiquiatra Roberto Tykanori (2016), um dos expoentes da reforma psiquiátrica brasileira, aos passos de Saraceno, traz a reabilitação psicossocial como um problema de produção de valores que aumentaria o poder contratual dos usuários com vistas à ampliação da autonomia. O autor parte do pressuposto que no âmbito social, as relações de trocas são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, e é esse valor que lhe confere o poder contratual.

Dessa forma, a Reabilitação Psicossocial para esse autor é a reconstrução dos valores e o aumento da contratualidade dos usuários nas três dimensões fundamentais: troca de bens, de mensagens e afetos. Isso porque o poder de contrato dos considerados loucos é anulado, pois os bens tornam-se suspeitos, as mensagens incompreensíveis, os afetos desnaturados, o que impossibilita qualquer intercâmbio (Tykanori, 2016).

As estranhezas continuam. Trata-se então, a reabilitação psicossocial de uma economia afetiva, atribuições e negociações de valores e afetos? Seguimos caminhando e pensando.

Apesar da frequência do discurso da cidadania na reabilitação psicossocial, os meios de pensar esse dispositivo são variados. Os autores Valentini Jr e Vicente (2016) concebem a Reabilitação Psicossocial enquanto produção de resiliência. A resiliência é um termo originalmente pertencente ao campo da física, e se refere à propriedade em que a energia de um corpo deformado é devolvida quando a tensão deformadora é cessada. Na psicologia, o termo é usado para designar a capacidade do indivíduo de enfrentar as adversidades acumuladas e o stress de forma que não acarreta prejuízos para o seu desenvolvimento

(Rutter, 1985, 1987, 1993; Losel e cols., 1994 conforme citado por Valentini Jr.; Vicente, 2016).

Do ponto de vista de Valentini Jr e Vicenti (2016) no processo de reabilitação deve se considerar as adversidades enfrentadas pelos pacientes antes, durante e após a internação. Conhecer a dinâmica de resiliência desses pacientes com o objetivo de promovê-la tanto nos indivíduos quanto nas famílias, para eles é interessante estratégia de reabilitação.

Outro viés de se pensar a reabilitação psicossocial é associando esta à clínica ampliada. Quando se considera a clínica ampliada como instrumento reabilitativo, se reconhece que em determinado momento e situação pode existir uma psicodinâmica, uma escolha (BRASIL, 2004). Essa linha tem grande influencia da psicanálise e, no Brasil, e Benilton Bezerra representa importante autor na defesa de se pensar a clínica como recurso da reabilitação psicossocial. O psicanalista problematiza o papel da clínica nesse campo de intervenção, um papel que para ele é muitas vezes subvalorizado ou supervalorizado.

Pode-se pensar também a reabilitação psicossocial associada às noções de *recovery* (reestabelecimento) e *empowerment* (empoderamento), ora tratados como sinônimos, ora como conceitos diferentes, mas relacionados. Conforme o Conselho Federal de Psicologia (2016) essa abordagem foi adotada pela perspectiva anglo-saxônica da Reabilitação Psicossocial, que orienta a política de saúde mental dos Estados Unidos.

Tal como traz Gagne & cols. (2007), a concepção de *recovery* em saúde mental surgiu a partir da experiência de pessoas que vivem com desordens psiquiátrica e se reestabelecem dos danos em decorrência delas; e de dados de pesquisas que embasam o fato de que pessoas com transtornos psiquiátricos podem se recuperar.

Correia e Torronté (2016) explicam que a proposta de reabilitação ligada ao *recovery* é de um processo de autodeterminação, fortalecimento, propósito de construção de nova identidade, superando o estereótipo da loucura. Centra-se na esperança por parte do usuário e na qualidade de vida, apesar do transtorno. Seria a reabilitação psicossocial uma tecnologia de poder que instrumentaliza a subjetividade para existir num enquadre político jurídico do neoliberalismo?

No que se refere à reabilitação psicossocial voltada aos usuários de álcool e outras drogas, Pinho (2009), em seus estudos faz um levantamento no panorama mundial sobre a produção acerca do tema voltado para usuários de álcool e outras drogas. Conforme a autora traz, na literatura internacional, os artigos encontrados não utilizam o conceito reabilitação psicossocial na prevenção ou tratamento de transtornos associados ao uso de álcool e outras drogas. Os estudos internacionais abordam o papel do suporte/apoio social no tratamento aos

problemas relativos ao consumo de substâncias psicoativas, reconhecendo-o como uma influencia positiva na saúde e em sua manutenção. (Booth, 1992 conforme citado por Pinho, 2009).

Já no cenário nacional, a Lei 11.343 decertada em 2003 que institui o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), apesar de suas limitações e contradições, estabelece medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de substancias psicoativas, em observância aos princípios da reforma psiquiátrica. Para o efeito de tal lei, constitui-se atividade de reinserção de usuário e familiares aquelas direcionadas para sua integração ou reintegração em redes sociais. (BRASIL, 2003)

Tais atividades de reinserção social devem contemplar os princípios e diretrizes previstos:

- I -respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;
- II -a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;
- III -definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;
- IV -atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;
- V -observância das orientações e normas emanadas do Conad;
- VI -o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas (BRASIL, 2003)

Continuo a pensar: se considerarmos a reabilitação psicossocial um emaranhado de linhas, linhas que fazem ver, dizer e ouvir, linhas de forças, há também as linhas que resistem ao estabelecido, que se reinventam, se abrem para o novo, cheias de potencialidades. Quais seriam então as potencialidades da reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas?

Buscar vidências: o desenrolar do imperceptível

Em meio a tantos questionamentos, busco ferramentas que me auxiliem nessa aventura de desembaraçar esse emaranhado de linhas. Encontro na cartografia, método desenvolvido por Félix Guattari e Gilles Deleuze e conceituado na introdução do livro *Mil platôs* (Passos, Kastrup & Escócia, 2015), um instrumento metodológico potente para tal empreitada.

Nesse livro, Deleuze e Guattari (1996) ao elencarem a cartografia como um princípio do rizoma, estabelecem algumas de suas características: é um mapa voltado para a experimentação ancorada no real. É um mapa aberto, conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível e suscetível a modificações.

Barros e Kastrup (2015) delineiam o objetivo do método cartográfico como um desenho da rede de forças à qual o objeto ou fenômeno encontra-se conectado, inteirando-se de suas modulações e do movimento permanente. As autoras trazem que a grande aposta da cartografia é acompanhar processos. Nesse mesmo sentido, Alvarez e Passos (2015) afirmam que o trabalho de pesquisa na cartografia se dá pela habitação e compartilhamento de um território existencial em que sujeito e objeto de pesquisa se relacionam e se codeterminam.

Sobre a cartografia, repito: Há uma recusa em se firmar em regras rígidas. No entanto, não se trata de uma ação sem direção, já que não abre mão da orientação do percurso da pesquisa. Apesar da recusa de se estabelecer como um método de direções rígidas, ela exige certas posturas (Passos e Barros, 2015; Amador e Fonseca, 2009).

Nesse sentido, Romagnoli (2009) traz que a cartografia é outro modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo. Como método, explica a autora, ela problematiza o objeto de estudo a partir de uma fundamentação própria, na tentativa de reencontrar o conhecimento diante da complexidade.

“A vida é sangue. E a gente vive porque sangra!”. Assim me disse um usuário enquanto desenhava o que ele chamou de ciclo da vida. Chegara ao CAPS ad uma semana antes, com o diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia, hipoteticamente desencadeada pelo consumo de maconha. Não alcançara ainda a maioridade e já sabia o que levei anos de estudo para compreender: a vida é uma força em constante luta; e em batalhas, sangramos. (Diário de campo)

Nietzsche (1998) já advertia que a vida, como devir, é dolorosa. O processo de expansão da vida tem necessariamente uma dose de sofrimento, e essa dor, ao contrário do que se difunde na sociedade da biopolítica, é uma força potente. O filósofo, em seu trabalho genealógico, questiona os valores morais inquestionáveis, os ideais já naturalizados, reforçando que tais valores são transcendentais e oriundos de determinados grupos.

Distanciando-se de uma filosofia clássica e metafísica, Nietzsche (1998) propõe uma avaliação/distinção das forças a favor da vida, as ativas, criativas, inventivas e das forças reativas, ressentidas e reprodutivas. O grau de abertura para essa vida ativa, criativa, lembra Rolnik (1989) é o nosso critério enquanto cartógrafos. Nossos princípios são vitais e não

morais. O parâmetro é sempre a expansão dessa vida. E só há uma regra, estipula Rolnik (1989): avaliar o quanto as defesas usadas estão sendo ou não a favor da vida.

O que é o indivíduo se não resultado da tensão, da atividade, da batalha entre forças ativas e reativas atualizadas no corpo? O corpo, fruto do acaso, é fenômeno múltiplo formado da relação entre as forças dominantes e as forças dominadas. É essa relação entre diferentes forças que constituem o corpo químico, biológico, social e político (Deleuze, 1976).

Essas são as qualidades da força, e uma força, nos atenta Deleuze (1976), só pode ser compreendida em relação à outra. A soberania de uma força sobre a outra não significa seu aniquilamento, pois nenhuma força abre mão de seu poder. Forças inferiores, apesar de obedecerem, ainda sim são forças, serem chamadas de reativas em nada perdem sua força, simplesmente significa que cabe a elas a tarefa de conservação, adaptação e de utilidade.

Tarefa mais árdua é caracterizar as forças ativas, argui Deleuze (1976), pois elas escapam à consciência, pois essa última é essencialmente reativa e por isso que não sabemos do que um corpo pode e uma atividade é capaz. Partindo da perspectiva que a vida está ligada diretamente a criação e potencia e que em prol de segurança da civilização o ser humano abre mão dessa luta pela expansão da vida em negação de si mesmo, Nietzsche (1998) questiona até que ponto os valores que estão no mundo contribuem para expansão da vida-devir.

A ciência seguindo a consciência se apoia em outras forças reativas vê o indivíduo sempre pelo lado menor, reativo. O verdadeiro problema para Nietzsche, como lembra Deleuze (1976), é descobrir as forças ativas, essas forças que fazem do corpo um si e definem o si como superior e surpreendente.

Já a cartografia, enquanto modo de conceber a pesquisa e possibilidade de conhecimento busca compreender a complexidade desse coletivo de forças ativas e reativas. Distanciando-se da racionalidade e rigor sistemático dessa ciência reativa, o método cartográfico é outra leitura da realidade, do sujeito, do objeto (Romagnoli, 2009). O problema do cartógrafo não é o verdadeiro e o falso, mas sim o vitalizante e destrutivo, o ativo e o reativo, afirma Rolnik (1989).

Nesse processo houve também o momento da retirada de campo, um momento mais “teórico”, por assim dizer. Busquei na bibliografia sobre o tema o agenciamento de forças, na história, que possibilitaram o surgimento da reabilitação psicossocial voltada à inserção social de pessoas categorizadas como dependentes químicos a nível mundial e nacional.

A cartografia nos convoca a desnaturalizar objetos e práticas para que os conheçamos em seus movimentos de emergência e proveniência histórica. Faremos esse árduo exercício de tentar enxergar historicamente como se produziram determinados efeitos

de verdade em discursos e práticas que em si não são nem verdadeiras e nem falsas, recusando qualquer transcendência ou a busca de revelar verdades científicas (Barros, 2007).

Empenhei na pesquisa em “buscar vidência e não evidências” (Fonseca, Nascimento & Maraschin, 2015, p.10), em procurar por aquilo que foge ao ordinário, que perturba e nos força pensar. Ver para além do que é perceptível a um paradigma científico (idem, 2015). Assim, para desnovelar tal dispositivo e revelar o imperceptível das cenas, trabalharemos com a noção Deleuziana de intercessores.

Deleuze (1992) em entrevista concedida a Antoine Dulaure e Claire Parnet, em 1985, afirma que sem os intercessores não há obra, eles são necessário à expressão. O filósofo reitera que os intercessores podem ser pessoas, coisas, plantas, animais. Ainda traz que reais ou fictícios, animados ou inanimados, é necessário a criação desses intercessores.

Brito (2013) explica que os intercessores são mobilizadores de pensamento, pois instigam a criação de problemas. Assim, ressalta Brito (2013), que sem os intercessores o pensamento não age, não inventa, não cria. Assim, essa concepção obriga o pensamento a agir em meio a problemas, em meio a algo que o afete, deslocando-o, colocando-o em transito, em criação.

É por meio desses intercessores garimpados no diário de campo e nos materiais analisados que buscamos evidenciar a agonística das forças que compõem a Reabilitação Psicossocial. Nossa preocupação é trazer à tona a outra cena dos acontecimentos, considerando, como traz Fonseca, Nascimento & Maraschin (2015), que cada ação porta mais de um sentido.

Assim, avanço no processo de pesquisa dedicando a desembaraçar as linhas da reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas, pensando qual a função desse dispositivo dentro de uma razão governamental na qual a razão econômica é a grade de inteligibilidade não somente do poder político, mas do próprio indivíduo e seu corpo.

Antes de prosseguir, me permito fazer mais uma pergunta: Por que engajar em tamanha jornada? Bom, a reabilitação psicossocial é um campo amplo e divergente, com diversas facetas que se tencionam constantemente. No Brasil, apesar de visível essa desavença entre os diferentes discursos que perpassam o dispositivo, o discurso acerca da reabilitação enquanto produção de cidadania atrelada ao discurso da democratização da saúde se sobressai, tornando-se um valor unanime quando se fala no tema.

Não obstante, Fuganti (2009) nos alerta quanto à arapuca dos valores universais. Para ele, quando nos habituamos a achar que valores universais são inquestionáveis, sempre os vemos como soluções, como se fossem essencialmente bons. Porém, afirma Fuganti (2009), o

investimento na universalidade dos valores é uma forma de falsificar a realidade. E em nome desses valores universais que grandes atrocidades são cometidas.

Fuganti (2009) muito coerentemente nos lembra de que nenhum poder deseja excluir absolutamente, pois ele opera incluindo. Todo poder oscila, alguns se transvestem mais, se refinam mais e habilmente criam políticas de inclusão, estratégia interessante para crescer. Assim, devemos nos atentar, pois a ideia de produção de saúde desvinculada de uma integração do ponto de vista do poder deve atuar diretamente nas formas de vida (idem, 2008).

Às vistas disso, tornam-se urgentes estudos que, se afastando das romantizações, problematizem as práticas de saúde localizando-as dentro de uma complexa rede de relações de poder, desnaturalizando valores pelos quais tomamos essencialmente bons e incluindo-os dentro de um contexto político, histórico e social.

Cabe ressaltar que ao problematizar a reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas, destacando suas linhas de captura, ou seja, as linhas de poder e de sujeição, não se trata de negar e invalidar todo o avanço proporcionado por esse dispositivo no cuidado dos usuários dos estabelecimentos de saúde mental, assim como a importância deste numa mudança cultural no modo de acolher essas pessoas que anteriormente eram excluídas.

Trata-se, assim como consistentemente trazem Pinto e cols. (2018), de mapear os novos perigos despontados com as novas organizações do poder e modos de gestão, sem de modo algum nulifica-la. A colocar em questão a reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas é considerar o alerta de Foucault (1995, conforme citado por Pinto & cols, 2018): nem tudo é ruim, mas tudo é perigoso. E se tudo é perigoso sempre há algo a ser feito. Problematizar os dispositivos da Reforma Psiquiátrica é também reforça-la, potencializa-la, de modo que ela não perca sua capacidade crítica e de inovação.

Nos últimos anos presenciamos diversos retrocessos nas políticas de saúde mental que colocam a reforma psiquiátrica em sério risco, fazendo com que as linhas manicomiais retornem com força. Contrariando a Lei 10.216 de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica brasileira, que prevê internações psiquiátricas apenas em casos excepcionais, a resolução nº 32 aprovada em 2017 inclui hospitais psiquiátricos na Rede de Atenção Psicossocial. Além de prever no campo de álcool e outras drogas o fortalecimento das parcerias entre os Ministérios da Saúde, de Justiça, Desenvolvimento Social e do Trabalho com as comunidades terapêuticas, que são serviços de base asilar para usuários de drogas.

Assim, a escolha por priorizar a reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas se deu pela centralidade que o tema das drogas tem ganhado quando o assunto é

saúde pública e mais recentemente nas discussões acerca da Reforma Psiquiátrica, dado que a população que faz uso dito problemático de álcool e outras drogas tem se tornado a um só tempo foco de intervenção e ponto fraco da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Apesar desse aumento paulatino das políticas de intervenção sobre esses usuários, ainda são insuficientes os estudos que versam sobre o tema. No Brasil, apesar da grande produção científica em torno da reabilitação psicossocial, no que se refere ao assunto voltado aos dependentes de substâncias psicoativas, a literatura é escassa, o que torna ainda mais imprescindíveis pesquisas que se proponham a pensar e se aprofundar na questão.

Isto posto, esse texto de dissertação é composto por três entradas, cada uma com um diagrama. O diagrama, como estrutura cartográfica de mapeamento afetivo e relacional, é o plano onde se apresentam a pluralidade de forças que se relacionam e caracterizam uma formação. Ele caracteriza-se por uma configuração de esquemas de forças variáveis e mutantes, que podem se compor de diferentes formas. Como um incessante jogo de forças, o diagrama é um potente disparador do pensamento que indicam a efetivação de processos buscando instaurar dinâmicas de funcionamento em que há produção. (Torrezan, 2017; Hur, 2018)

Na primeira entrada teço o diagrama da reabilitação psicossocial, a partir dos recortes históricos do final do século XVIII, quando emerge uma nova arte de governo cujo mercado se desenha como lugar de produção de verdade e a partir dele as práticas governamentais passam a ser avaliadas, e da emersão do neoliberalismo como arte de governo. Outro recorte é da eclosão das diversas reformas psiquiátricas no cenário mundial e brasileiro, que possibilitaram a visibilidade à reabilitação psicossocial como campo teórico e prático de grande relevância.

A partir do diário de campo e do material analisado, destacamos quatro linhas de força que atravessam a reabilitação psicossocial. A Linha 1 é das oficinas de geração de renda, intimamente ligadas ao modelo do empreendedorismo econômico e a generalização do modelo de empresa para todos os aspectos da vida dos usuários.

A linha 2 está ligada à clínica ampliada que busca a incrementar o capital humano a partir da articulação dos saberes que compõem a saúde pública, ou seja, os saberes biomédicos, psicológicos e sociais. A Linha 3 é ligada ao *recovery*, que ganha força no país após a avaliação e constatação do déficit das práticas reabilitativas em cumprir seus objetivos. Essa linha se insere dentro da radicalidade do neoliberalismo americano. A última linha é da produção do jornal do CAPS, que é pensado como estratégia para fortalecimento ou

mudanças dos regimes de verdades tanto no que diz respeito às drogas, quanto da assistência psiquiátrica.

A segunda entrada é a composição do diagrama do proibicionismo, que faz um recorte histórico do processo de interdição das drogas no mundo e no Brasil, destacando as linhas de saber médico e jurídico nesse movimento que resultaram em dispositivos de segurança. Além da linha econômica, destacamos também três linhas de poder: Linha do Racismo; Linha do hospital psiquiátrico e linha das comunidades terapêuticas, alcoólicos anônimos e narcóticos anônimos.

Historicamente localizado no pós-segunda guerra mundial, a última entrada é um diagrama do antiproibicionismo. A partir do questionamento dos saberes do proibicionismo, um novo regime de verdade começa a se formar sobre as drogas, apoiados no discurso da saúde pública, resultando na criação de dispositivos mais tolerantes. Além da linha do saber, destacamos as linhas dos movimentos sociais antiproibicionistas; da liberdade como princípio de governo; do agenciamento das drogas com a reabilitação psicossocial; do prazer-poder: drogas e sexo no neoliberalismo e o agenciamento da reabilitação psicossocial com o proibicionismo.

Por fim ainda na terceira entrada, destacamos a linha de subjetivação, apostando na reabilitação psicossocial aliada a política de redução de danos como a dimensão ética do dispositivo, que permite a fuga das linhas de poder/saber possibilitando a criação de novos modos de existência, que sejam atravessados pelo cuidado de si, libertando-se das privações dos códigos morais.

ENTRADA 1: DIAGRAMA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Retornemos brevemente a Nietzsche e a qualidade das forças ativas e reativas. Acerca da teoria nietzschiana Fuganti (2009) afirma que o homem se torna verdadeiramente reativo quando faz emergir o Estado bárbaro, que instaura uma referência exterior e superior à vida, e princípio organizador do ser humano, e faz com que o humano já nasça em dívida, o que cria uma barganha entre a sociedade credora e o humano devedor: esse último está sempre propenso a ser violentado pelo primeiro.

É em torno desse ideal credor devedor que a ordem se legitima. Seja qual for a referência posta como transcendental e superior à natureza (Estado, Deus, lei, etc.), o importante é o efeito de desqualificação, de dependência, de regulação e de obediência imposto à vida (Fuganti, 2009). Assim, como traz Nietzsche (1998), em troca de segurança oferecida pela organização societária, o ser humano abre mão da liberdade, da luta, ou seja, das suas forças ativas.

Deleuze (1976), em sua releitura sobre a filosofia Nietzscheana, aponta que a medida a vida é negada e depreciada ela assume um valor de nada. Para o filósofo esses elementos transcendentais e superiores à vida não se separam de seus efeitos, que é a negação e a depreciação da vida. Esses valores superiores se relacionam com a vontade de aniquilação da vida. Esse é o primeiro sentido do niilismo: valor de nada. A vida torna-se irreal, representada por aparência e assume em seu conjunto um valor de nada.

O segundo sentido não é de negação, mas de reação. Reage-se contra o mundo e os valores superiores (aqueles que estão a favor da vida), nega a existência e recusa validá-los. Esse segundo do niilismo encontra seu princípio na vida reativa nua e crua, nas forças reativas reduzidas a si mesmas. No niilismo há um triunfo das forças reativas (Deleuze, 1976).

Porque trazer um problema tão europeu, se não russo, como caracteriza Pelbart (2016), como o niilismo à tona? O próprio autor oferece uma resposta: ele continua entre nós, atualizado e concretizado sócio-historicamente, psico-politicamente, afetivo-subjetivamente pelo o que Foucault chamou de Biopolítica. Para ele, niilismo e biopolítica se atraem, entrelaçam-se, percutem-se e remetem-se reciprocamente.

Deleuze (1976) não deixa de nos alertar que as forças ativas, quando separadas de sua potência torna-se reativa, e o que presenciamos hoje é o triunfo das forças de reação. No entanto, os mecanismos existentes de monitoramento biopolítico da vida deram à interpretação de Nietzsche sobre o niilismo outra concretude, como se a mudança da lógica repressiva para a lógica da produção embutido no exercício do poder estivesse escancarada. A

negação da vida é operada agora como ‘produção’ de vida, e a negação da saúde, como produção de saúde (Pelbart, 2016).

Nessa nova política, o poder se torna ondulante, micromolecular, incide diretamente nas condutas, na maneira de pensar, sentir, até mesmo criar. Esse Biopoder esvazia a vida e coloniza cada aspecto da vida, seja os genes, o corpo, os afetos, o desejo, a inteligência ou a imaginação, se interessa em produzir uma sobrevida biológica, reduz o humano ao seu mero aspecto biológico (Pelbart, 2016).

A essa forma de vida vazia, de baixa intensidade e anestesiada, reduzia a uma banalidade biológica Pelbart (2016) chama de vida besta, e para ele é o estagio ultimo do niilismo contemporâneo. Como lembra o autor, não mais se trata do corpo docilizado pelos mecanismos disciplinares, há agora uma submissão voluntária, seguindo ora um preceito científico, ora um preceito estético. Trata-se ora de adequar o corpo às normas científicas da saúde, ora de normalizar esse corpo à cultura do espetáculo.

Atemos agora então na Biopolítica, esse biopoder que reduz a vida à sua nudez biológica e captura a vida. Assim, podemos melhor compreender qual a função da reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas nessa batalha que é a vida, luta entre as forças ativas e reativas. Para tanto entender a emergência deste dispositivo, fez-se quatro recorte históricos.

Recorte Histórico 1: Biopolítica e o poder pastoral- a condução do rebanho e das ovelhas individuais

Para Foucault (2008b), um dos fenômenos fundamentais do século XIX é o exercício do poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma estatização do biológico. Em *O nascimento da biopolítica*, o autor esclarece que se entende por Biopolítica o que desde o século XVIII “buscou racionalizar os problemas postos à prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raças” (idem, p.431).

Ao final do século XVII e durante o século XVIII começam surgir técnicas de poder centradas no corpo individual, em sua separação, alinhamento, vigilância. Técnicas que organizam em torno desse corpo todo um campo de visibilidade, que objetivam o aumento da força útil desse corpo por meio do treinamento, da racionalização e economia de um poder que deve se exercer através de um sistema de vigilância e hierarquia. Eis as técnicas disciplinares. (Foucault, 2002)

Mas, a partir da segunda metade do século XVIII Foucault (2002) demonstra que algo novo aparece, outra tecnologia não disciplinar, que não a exclui, mas a integra, a modifica parcialmente e, sobretudo, vai utiliza-la implantando-se nela. Tal tecnologia de poder se aplica na vida dos homens, ela se dirige ao homem-corpo vivo. Se a disciplina busca reger a multiplicidade dos homens, na medida em que ela pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados e ocasionalmente punidos, a nova tecnologia não disciplinar se dirige à multiplicidade dos homens, na medida em que formam uma massa global que é afetada por processos que são inerentes à própria vida, como nascimento, morte, doença, etc.

Dessa forma, depois da captura por um poder que é individualizante, há a tomada de um segundo poder que é massificante. Surge aqui uma biopolítica, posterior à anátomo-política. Essa nova política que se forma, se trata de um conjunto de processos como a taxa de proporção entre natalidade e mortalidade, fecundidade, etc. São esses processos ligados a uma porção de problemas econômicos e políticos que se constituíram como os primeiros objetos de saber e controle da biopolítica, como políticas biologizantes, e muitas vezes com teor eugênico, voltadas para as populações. (Foucault, 2002)

Começa a se esboçar uma política de natalidade que lança mão da medição estatística para observar fenômenos mais ou menos combinados, para mapear os fenômenos de controle dos nascimentos. Porém não se trata simplesmente do problema da fecundidade, trata-se também do problema da morbidade, mas não da forma como era tratado até então, como epidemias. Agora diz respeito às endemias, ou seja, a forma, a natureza, a extensão, a duração e a intensidade de doenças que assolam uma população. A doença torna-se fenômeno de população, e a morte considerada algo permanente que se introduz na vida, a diminui e enfraquece. (Foucault, 2002)

É a consideração desses fenômenos que trazem à introdução de uma medicina cuja maior função é a higiene pública, com a coordenação dos tratamentos médicos, centralização da informação, normalização do saber e que também adquire o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e medicalização popular.

Outro conjunto de fenômenos importantes que será alvo da biopolítica trazidos por Foucault (2002), já no sec. XIX, durante a industrialização será a velhice, quando o indivíduo deixa de produzir; e também acidentes, enfermidades e anomalias diversas. Em relação a esses fenômenos que vai se introduzir não só instituições de assistência, mas mecanismos mais sutis, economicamente mais racionais, que inicialmente era vinculado à igreja, mecanismos de seguro, poupança individual e coletiva, seguridade, etc.

Outra preocupação fundamental dessa biopolítica será as relações humanas, os seres humanos enquanto espécie. A natalidade, morbidade, incapacidades biológicas diversas, efeitos do meio, são alguns pilares sob os quais a biopolítica se constituiu. São desses pontos que vai se extrair seu saber e definir o campo de intervenção de seu poder.

Aparece aqui um novo personagem que nem a teoria do direito e nem as práticas disciplinares conheciam. Aparece aqui um novo corpo, um corpo múltiplo, aparece aqui a população. A biopolítica lida com a população que é concomitantemente um problema científico e político, problema biológico e de poder.

Outro ponto importante é a natureza dos fenômenos considerados. Esses são fenômenos coletivos que só aparecem em seus efeitos econômicos e políticos, e pertinentes só no nível da massa, pois se considerados a nível individual são aleatórios e imprevisíveis, mas no coletivo são constantes e fáceis de estabelecer. São fenômenos de série, que devem ser considerados em sua duração.

Foucault (2002) traz que o terceiro ponto relevante sobre essa nova política é que ela traz mecanismos com funções diferentes dos mecanismos disciplinares. Trata-se aqui de previsões, estimativas estatísticas e de intervir do que são no nível daquilo que são as determinações desses fenômenos gerais, no que eles têm de globais. Trata-se de estabelecer mecanismos reguladores para que essa população possa fixar um ponto de equilíbrio, manter uma média, assegurar compensações.

Não diz respeito a um treinamento individual do corpo, nem a consideração do indivíduo em detalhes, mas ao contrário, trata-se de mecanismos globais para a obtenção de estados globais de regularidade, de levar em conta os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar uma regulamentação sobre eles. É um poder contínuo que se exerce sobre o homem vivo e o faz viver, e o faz viver para além do momento em que biologicamente já deveria estar morto. Um poder que intervém no como se vive.

Dessa forma, a Biopolítica é um biopoder que gere a vida e as populações. Cassoli (2006) assinala que Biopoder é o que faz a vida e seus mecanismos entrar no domínio aritmético e transforma o poder-saber em agente de transformação da vida. Prolifera-se então, a partir do século XVIII, tecnologias políticas que investem sobre o corpo, saúde, formas de se alimentar, morar, condições de vida etc.

É um poder de intervenção para que se faça viver, para que aumente a vida (Foucault, 2008b). Não a vida enquanto devir, mas uma vida escrava e ressentida. Para abarcar esse biopoder que incide sobre as populações, que produz sobreviventes e rege a vida, Foucault

(2008b) traz que é necessário falar de governamentalidade. Antes, porém, devemos retomar o que Foucault chama de poder pastoral, que é a base do Estado moderno e da biopolítica.

A ideia de um pastor guiando o rebanho, como mostra Foucault (2010) é antiga e já presentes em sociedades orientais como o Egito, Assíria e Judéia. Nessas sociedades, tanto o faraó ou monarca, quanto o Deus de sua crença eram considerados pastores. No entanto, foram os Hebreus que ampliaram essa concepção de pastoral e com uma singularidade: somente Deus é pastor do seu povo, e confia ao rei à missão de reunir esse rebanho.

Na literatura política, Foucault (2010) afirma que foi em *O Político* de Platão que o poder pastoral aparece como questão central. É também nessa obra a divindade é destituída do lugar de pastor e o chefe político aparece como o pastor dos homens. Platão estabelece que o que faz de um rei um pastor, além de estar sozinho a frente de seu rebanho, seria principalmente reunir os vivos, tecendo uma tela sólida para a cidade.

Ter a função de pastor não mais significa alimentar e cuidar, mas sim associar diferentes virtudes e temperamentos contrários, ou seja, de assegurar a unidade da cidade. Assim, ele se diferenciava do médico que cuida, ou do padeiro que alimenta. O problema do pastorado político passa a ser a relação entre o indivíduo e a multidão na moldura da cidade e de seus cidadãos (Foucault, 2010).

Com o cristianismo, o poder pastoral teve grande desenvolvimento enquanto tecnologia de poder. Foucault (2010) marca quatro aspectos importantes a se considerar nessa evolução: o pastor passa a ser responsável pelo rebanho como um todo e de cada ovelha em particular, e entre ovelha e pastor criam-se laços morais, que não dizem respeito apenas à vida do indivíduo, mas dos seus atos em mínimos detalhes; a relação pastor/ovelha passa a ser de dependência individual e completa, uma relação de submissão, sendo agora a obediência uma virtude; o pastorado cristão supõe uma forma de conhecimento particular entre pastor e cada uma das ovelhas, não bastando saber o estado do rebanho, é necessário conhecer cada ovelha; e por fim, as práticas confessionais cristãs objetivam levar os indivíduos a renúncia desse mundo e de si mesmo.

A igreja cristã criou a ideia de que cada indivíduo deve ser governado e se deixar governar. Deve deixar-se ser guiado a sua salvação por alguém ao qual se liga por um relacionamento global e ao mesmo tempo meticuloso de obediência. Aparece aí a arte de governar os homens. Inicialmente essa tecnologia de poder pastoral limitava-se à existência conventual, porém, a partir do século XV, houve uma explosão da arte de governo dos homens (Foucault, 2000).

Esse poder pastoral, conforme Foucault (1995), caracteristicamente promete a salvação, cuida não apenas do rebanho, mas dos indivíduos em particular, além de comandar se sacrifica pela vida e pelo bem maior do rebanho e não pode ser exercido sem o conhecimento da mente dos sujeitos. Poucas pessoas governam muitas com a promessa de salvação.

O Estado moderno, fenômeno do século XVIII, integrou essa tecnologia de poder em uma nova forma de política, laicizando-a. Torna-se assim uma forma de poder tanto individualizante quanto totalizadora, combinando as técnicas de individualização com os procedimentos totalizadores. Dessa forma, o Estado moderno implementa práticas que incidem sobre a conduta do indivíduo: práticas médicas, psicológicas, que retroalimentam o Estado, produzindo conhecimento sobre onde o poder deve incidir (Foucault, 1995; 2008a) e das populações com a Biopolítica. Há também uma multiplicação dessa arte de governar em domínios variados: como governar crianças, pobres, famílias, os diferentes grupos, o próprio corpo e espírito (Foucault, 2000).

Trata-se agora de um governo que objetiva o aumento de sua própria potência em um quadro extensivo e competitivo (Foucault, 2010). Conforme traz Cassoli (2006), Foucault afirma que em favor de programas de aplicação prática, sacrificou-se a vida política. Nessa racionalidade política o objetivo já não é mais a felicidade do povo ou auxiliar o Príncipe, mas incrementar o desígnio de poder em proveito próprio mantendo aqueles que estão sob a responsabilidade do Estado em uma disciplina maciça. (Dreyfus, 1995 conforme citado por Cassoli, 2006)

O Estado agora é seu próprio fim, cujo objetivo é sua manutenção: sua população, seus indivíduos, suas fontes e problemas. Dada essas novas demandas do Estado Moderno, as ciências naturais, humanas e biológicas se desenvolveram, considerando a necessidade de criar saberes detalhados sobre os indivíduos e as populações para que o Estado possa intervir e controlar os problemas sociais que colidiam com a nova racionalidade política. (Cassoli, 2006)

Para que esse novo poder estatal, considerado uma nova forma do poder pastoral, seja exercido é preciso conhecer intimamente os indivíduos, seus pensamentos e suas crenças. Trata-se do conhecimento da consciência e da capacidade de guiá-la. Isso porque todas as condutas individuais ou coletivas que comprometam a potencialização, exercício e manutenção dessa nova razão de Estado, cujo crivo avaliador é a economia, devem ser objeto de problematização e intervenção estatal. Assim, todos os aspectos da vida das pessoas passam por um cálculo político meticuloso sendo passíveis de gerência. (Foucault, 1995; 2010)

Na esteira do pensamento Nietzscheano e Foucaultiano, não seria a reabilitação psicossocial um desses dispositivos criados pelo biopoder para capturar as vidas em sua criação, regulá-la e cafetinar os afetos? Qual força se sobrepôs nesse dispositivo, e qual a qualidade dessa força? Seria ela a favor da vida criativa, ou da reativa, de ressentimentos? Qual a função estratégica da reabilitação psicossocial nessa nova razão de Estado, nessa biopolítica, que segundo Foucault (2008a), começa a se desenhar em meados do século XVIII? As inquietações continuavam.

Recorte Histórico 2: Biopolítica e reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas

Em que condições a Reabilitação Psicossocial emerge? A quais mudanças ela responde? Para compreender a relação entre a Biopolítica e a reabilitação psicossocial é preciso rastrear sua origem, os jogos de poder que possibilitaram sua emergência e suas influências.

A primeira edição do jornal Voz do CAPS ad foi lançado em Maio do ano de 2018. Mesmo mês em que a Luta Antimanicomial é comemorada no Brasil e, justamente por isso esse foi o mês escolhido para tal lançamento. Já na primeira página, a chamada: **Saúde Mental em foco**. Seguiu um texto explicativo: *Em 18 de maio comemoramos o dia do movimento que culminou na Reforma Psiquiátrica brasileira. A Lei 10.216 de 2001 é o marco legal da Reforma e dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Desde então, o modelo de atenção psicossocial se consolida como referência fundamental da política à assistência oficial à saúde mental e os Centros de Atenção Psicossocial, em suas diversas modalidades (adulto, infantil e álcool e outras drogas), tornam-se os serviços referentes e especializados no cuidado dessa população. Os CAPS visam oferecer atendimento à população, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004). As ações desenvolvidas especificamente no CAPS AD são pautadas no exercício da cidadania, dos direitos humanos e redução de danos.* (Diário de Campo)

A reabilitação psicossocial emerge como um campo de estudo de grande importância em um contexto de eclosão de reformas psiquiátricas, processos de questionamento tanto das práticas psiquiátricas quanto desse saber. Propõe-se um cuidado em meio aberto que visa autonomia, inclusão social e construção de cidadania dos tidos como loucos. Tais finalidades, de acordo com a proposta reformista da assistência psiquiátrica, serão alcançadas por um processo de desinstitucionalização psiquiátrica.

Esses processos resultaram em uma diminuição da população de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, ou seja, uma desospitalização em larga escala, o que suscitou a necessidade de criar estratégias para lidar com esses indivíduos fora dos muros dos hospitais e inclui-los na comunidade (Anthony & Farkas, 2009). E é a partir da noção de desinstitucionalização que a reabilitação psicossocial aparece como uma estratégia para concretização dessa empreitada de reconfiguração da assistência psiquiátrica brasileira, que

apesar das divergências teóricas no Brasil, encontram na cidadania e na inserção social seu ponto de ligação.

Acompanhava uma conversa entre equipe e coordenação. O diálogo tinha como tema o aluguel da nova sede para modulação para o CAPS III, que estava previsto para o mesmo ano. *“Sobre a casa, a gente fala o lugar, fala como deve ser... porque tem um hospital para alugar aqui no centro. Chama atenção ne? Mas aí cai novamente no modelo hospitalar e queremos sair disso.”* (Diário de campo).

Foucault (2006), ao analisar as reformas, distingue dois processos distintos que atravessaram a psiquiatria moderna. Num primeiro momento, houve um processo de “despsiquiatrização”, cujo objetivo é a reestabelecer a eficácia do poder médico. Começa com Babinski a primeira forma de despsiquiatrização. Trata-se aqui de reduzir a doença à sua estrita realidade, aos sinais necessários e suficientes para que possa ser diagnosticada como doença mental, e as técnicas necessárias para que as manifestações desapareçam. Refere-se de certo modo de pasteurizar o hospital psiquiátrico: articular diretamente diagnóstico e terapêutica, conhecimento da natureza da doença e supressão das suas manifestações (Foucault, 2006).

Outra forma de despsiquiatrização, conforme Foucault (2006) é, ao contrário da anterior, a tentativa de intensificar a produção da loucura em sua verdade, mas de modo que as relações de poder entre médico e paciente sejam investidas nessa produção, permaneçam adequadas a ela e possam conservar seu controle. A condição primária desse modelo é colocar fora de circuito todos os efeitos próprios do espaço asilar, para que a obediência hospitalar não mais desdenhe a autoridade médica.

Um exemplo dessa forma de despsiquiatrização trazido por Foucault (2006) é a psicanálise, que retira o tratamento do espaço asilar suprimindo os efeitos paradoxais do sobrepoder psiquiátrico, mas há uma reconstituição do poder do médico, produtor de verdade, num espaço organizado para que essa produção seja adequada a esse poder.

Ambas as formas de despsiquiatrização, que conservam o poder, uma porque anula a produção de verdade e a outra tenta tornar adequada a produção de verdade, se opõem a antipsiquiatria. Na essência da antipsiquiatria, representadas pelas experiências Inglesa da antipsiquiatria e da italiana de Basaglia, está a luta contra e na instituição. Se, o questionamento das reformas gira em torno do poder do médico, e a instituição é lugar do onde se exerce esse poder, forma de distribuição e mecanismos dessas relações de poder, logo, é contra a instituição que a antipsiquiatria se coloca (Foucault, 2006).

Aqui aparece um novo conceito de desinstitucionalização, bem adverso da noção emergente na reforma americana. O processo aqui entendido de desinstitucionalização se dá do interior da psiquiatria, do questionamento e desconstrução de seus saberes, e do próprio saber científico (Amarante, 2003). Propõe-se o desmonte da lógica psiquiátrica, da sua cientificidade, de seu objeto, de sua prática, enfim, questiona-se a psiquiatria enquanto uma instituição.

É nesse novo viés dessa noção de desinstitucionalização que a reforma brasileira se apoia. Esse conceito é fundamental para compreender a reabilitação psicossocial na reforma brasileira, que inicialmente aparece como uma estratégia importante de desinstitucionalização de pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos, como se pode observar na III Conferência Nacional de Saúde Mental, quando pela primeira vez o termo reabilitação psicossocial é usado nessas conferências.

Acerca dos interesses pela reabilitação psicossocial, sob a perspectiva de Saraceno (2001), se analisarmos os últimos 50 anos de Psiquiatria perceberemos, que de tempos em tempos aparecem, tanto nas discussões teóricas quanto na prática psiquiátrica, uma subdisciplina, ou uma tecnologia ou mesmo uma palavra que atinja os interesses desses estudiosos e profissionais.

Para o autor, a subdisciplina de interesse da vez é a Reabilitação Psicossocial. Há mais de uma década que a noção de reabilitação passou a fazer parte do discurso psiquiátrico e a receber uma atenção relevante dos profissionais de saúde mental. Conforme explica, na base do aumento do interesse nesse tema há três razões.

Sistematizando essas causas, ele afirma que com o processo de desospitalização há uma conseqüente massa de pessoas que não mais contidas e vigadas fazem surgir grandes problemas para as famílias, comunidade e autoridades. Assim, surge também a necessidade de soluções que possam organizar essa nova demanda habitacional e de existência cotidiana.

O segundo motivo estrutural dessa preocupação com Reabilitação Psicossocial está ligada com a crescente difusão dos direitos sociais. Nesse processo de crescimento dos direitos, os asilos passam a ser mais visíveis e os direitos dos pacientes psiquiátricos institucionalizados, ou não, passam a ser afirmados.

Por fim, o corpo de estudos epidemiológicos, iniciados há cerca de 20 anos colocaram em dúvida a então certeza do desenvolvimento natural desfavorável da esquizofrenia¹. ¹O

¹ A primeira tentativa de sistematizar a esquizofrenia foi de Kraepelin, em 1899, com a publicação do tratado de Psiquiatria, onde a chamou de Demência Precoce (REIS, 2000; CAMPOS, 2010). Kraepelin, conforme traz Campos (2010), sob esse rótulo reuniu a hebefrenia de Hecker, a catatonia de Kahlbaun e as formas paranoides,

autor ainda ressalta que atualmente há uma gama de estudos *follow-up* que mostram que o diagnóstico e prognósticos da esquizofrenia são menos desfavoráveis do que se acreditava².

A notícia era de 17 de maio de 2016. Falava sobre a realização da 1ª feira de Negócios de Saúde Mental, em comemoração ao dia da Luta Antimanicomial. Os usuários de dois dos três CAPS existentes na cidade (adulto e álcool e outras drogas) expuseram e comercializaram produtos feitos nas oficinas das unidades. Em entrevista para o site da cidade, a gestora da coordenação de saúde mental do município desse ano explicava o objetivo do projeto: derrubar mitos que excluem pacientes com agravos mentais do convívio em sociedade. “*Nós mostramos que, ao contrário do que muitos pensam, essas pessoas não são violentas e improdutivas*” (Diário de campo).

Para além dessas três razões elencadas por Saraceno (2011), o surgimento da reabilitação psicossocial responde também à emergência da nova razão governamental cujo principal balizador é a economia. Foucault (2008a), ao listar as armaduras originais do neoliberalismo a partir do neoliberalismo alemão, afirma que nessa nova forma de governar a intervenção governamental não deve ser sobre os efeitos do mercado, não tem que corrigir os efeitos destruidores do mercado sobre a sociedade. Ele deve intervir na própria sociedade, em sua trama, em sua espessura, para que os mecanismos concorrenciais possam ter o efeito regulador. Assim, não se trata de um governo econômico, mas um governo de sociedade.

Nessa política, o objetivo não deve ser a igualdade social, é uma economia social de mercado, como demonstra Foucault, pois a única política social fundamental e verdadeira é o crescimento econômico. Ela deve deixar a desigualdade agir. A única intervenção que se pode fazer é assegurar um mínimo vital para os indivíduos que, de modo definitivo ou passageiro, não poderiam assegurar sua própria existência. (Foucault, 2008a)

Como mostra Foucault (2008a), o instrumento dessa política social não será a socialização do consumo e de renda. Será uma privatização, ou seja, pede-se à economia e à

além de outros estados clínicos, como, por exemplo, a demência precoce de Morel. Por fim, atribuiu a essa categoria características como precocidade do início, a rapidez da evolução e a terminação fatal. Reis (2000) pontua que a adoção do critério diagnóstico de evolução degenerativa caracterizava-se pela perda progressiva e gradual das capacidades mentais. Em 1911 Bleuler constatando em sua monografia que nem todos os doentes diagnosticados com *demência precoce* evoluíam de forma crônica e deficitária, propôs-se a tarefa de re-descrever a doença, fundando a visão científica contemporânea sobre essas psicoses (PEREIRA, 2000; REIS, 2000). Para Reis (2000) Bleuler, distanciando-se da concepção restritiva de Kraepelin, passou para uma concepção abrangente, incluindo no grupo das *esquizofrenias* perturbações com diferentes prognósticos. De modo geral, a esquizofrenia engloba um grupo de estados psicopáticos, que evoluem cronicamente ou por meio de surtos. No caso de evolução por surto, depois da crise, pode ocorrer ora estacionamento, ora regressão dos sintomas, porém nunca uma restauração completa (Pereira, 2000; REIS, 2000).

² O *Outcome Study*, por exemplo, feito para verificação da consistência dos resultados do Estudo Piloto Internacional de Esquizofrenia realizado pela Organização Mundial de Saúde, mostra como a evolução da esquizofrenia varia conforme variam as condições ambientais. Diante de tais conclusões começa-se a afirmar que a cronificação e o empobrecimento do psicótico não são relacionados necessariamente a doença, mas a uma rede de fatores que podem ser modificados na intervenção (SARACENO, 2001).

sociedade que façam que cada indivíduo tenham rendimentos suficientemente elevados de modo que possam se garantir por si mesmo contra os riscos que existem, sejam riscos de existência como a velhice e a morte, a partir do que constitui sua própria reserva privada. Trata-se de uma individualização da política social, que não se trata de assegurar uma cobertura social dos riscos, mas conceder cada um uma espécie de espaço econômico dentro do qual podem assumir e enfrentar os riscos.

A partir das colocações de Foucault (2008a) sobre o neoliberalismo, questiono-me se a reabilitação psicossocial não seria uma forma de cobertura social dos riscos para regulação desses indivíduos-problema, de modo a manter a soberania de ação do mercado. Me volto para o percurso da reabilitação psicossocial, buscando indícios que possam esclarecer tal questão.

Recorte Histórico 3: Trajetória da reabilitação psicossocial

Como supracitado, apesar da noção de reabilitação psicossocial surgir na década de 1940, nos Estados Unidos, foi só no período de 1970 e 1980 com os processos de desinstitucionalização preconizados pelas diversas reformas psiquiátricas que despontaram no cenário mundial que a reabilitação psicossocial emergiu como um campo significativo de estudo e prática (Desviat, 1999 *apud* Guerra, 2004; Anthony & Farkas, 2009).

Em 1974 foi criado nos Estados Unidos a Associação Internacional de Serviços de Reabilitação Psicossocial (IAPRS), com a finalidade de promover, apoiar e fortalecer os serviços e recursos de reabilitação voltados para a comunidade para pessoas com desordens psiquiátricas. Em 2004, a IAPRS teve seu nome alterado para *US Psychiatric Rehabilitation Association (USPRA)*.

Em 1986 foi fundada na França a Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial (WAPR). Conforme informações divulgadas no site da WAPR, esse início contou com a reunião de cerca de 100 profissionais de 35 países no congresso fundador. Esse congresso foi resultante de uma jornada iniciada nos anos de 1970 com o Primeiro Congresso Mundial de Reabilitação para Doentes Mentais em Helsinque.

Com amparo principalmente da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Repartição Internacional do Trabalho formou-se um grupo promotor em 1980, que planejou a fundação da WAPR. Por conseguinte, as ligações estreitas com o programa de saúde mental da OMS foram mantidas pela WAPR desde os seus primórdios.

Ainda conforme o site, desde então a WAPR organizou 12 Congressos Mundiais, um a cada três anos, em todas as regiões (Barcelona, Hamburgo, Roterdã, Paris, Nova Iorque, Atenas, Bangalore, Milão; a última, Seul 2015) e inúmeras conferências nacionais ou regionais. A WAPR também organizou treinamentos em colaboração com parceiros locais, operando também como assessor técnico de formuladores de políticas locais em saúde mental. Hoje a associação é reconhecida como uma organização não governamental com status consultivo junto à OMS, à ONU e à Secretaria Internacional do Trabalho.

Em 1994, sob a liderança de Benedetto Saraceno, a Associação Mundial de reabilitação Psicossocial (WAPR), convidou o Centro de Reabilitação Psiquiátrica de Boston, que também é membro do WAPR para criar um comitê. O objetivo do comitê era desenvolver uma lista de programas de reabilitação psicossocial pelo mundo que poderiam representar as melhores práticas. O comitê trabalhou de 1994 até 1997. A verificação das informações e a publicação estavam completas em 1999. (Farkas, 1999)

A diretoria apresenta a lista dos programas selecionados. Muitas das discussões do comitê foram voltadas a selecionar o que seriam “melhores práticas” em reabilitação psicossocial. Chegaram a conclusão que definir a melhor prática seria impossível, uma vez que depende do contexto em que as práticas estão inseridas, o que seria bom e progressista em um país, pode ser retrógrado e irrelevante em outro. Assim, o comitê optou por estabelecer características mínimas para bons programas de reabilitação. Foram estipuladas cinco características (Farkas, 1999):

- 1) O foco do programa é na pessoa com doenças mentais graves, sendo essas o foco das ações.
- 2) O foco do programa é em melhorias. Melhorias são definidas como ajudar as pessoas a incrementar suas funções físicas, emocionais, intelectuais no âmbito do habitat, trabalho ou escola, como é esperado para idade, cultura e interesses pessoais, encorajando seu crescimento.
- 3) Um programa que é designado para desenvolver parcerias e empoderar seus participantes. O programa que visa maximizar os suportes naturais
- 4) Um programa é inserido em uma rede de outros serviços, recursos e suportes, ou seja, não trabalha isoladamente.
- 5) Um serviço que tenha facilidade no acesso a serviços clínicos. Há um consenso quanto a importância do tratamento clínico na recuperação.

No Brasil, os interesses acerca da Reabilitação Psicossocial também acompanham o processo de Reforma Psiquiátrica no país, passando a ser uma das principais estratégias de

desinstitucionalização, sendo uma noção fundamental e transversal a todos os dispositivos da rede de atenção psicossocial, principalmente dos Centros de Atenção Psicossociais.

Castel (1987) problematiza os movimentos de reforma psiquiátrica afirmando que a contestação contra as formas arcaicas da psiquiatria, em nome da luta contra a repressão, garantiram novas técnicas que permitiram a modernização do sistema. Conforme o autor, todo esse movimento aparece uma nova forma de gestão social. Aparecem estratégias inéditas de gestão a partir das particularidades dos indivíduos, exercícios de intensificação do potencial humano, técnicas de desenvolvimento do capital relacional, ou nos termos de Foucault, capital humano.

Recorte Histórico 4: Neoliberalismo americano, o sujeito ativo na economia

Ao falar do neoliberalismo americano, Foucault (2008a) pontua a teoria do capital humano como um de seus elementos fundamentais. Além de representar a reinserção do trabalho no campo da análise econômica, possibilitou a reinterpretção em termos econômicos esferas que até então não eram e não podiam ser concernentes à economia.

Em contraposição à economia clássica, os neoliberais fazem essa reintrodução do trabalho no campo da análise econômica, pensando-o agora pela perspectiva do trabalhador. Ao retomar a questão do trabalho dessa forma, o trabalhador passa a ser um sujeito ativo na economia. Assim, explica Foucault (2008a), do ponto de vista do trabalhador, o trabalho é uma fonte de renda. O trabalho comporta um capital, uma aptidão, uma competência, que gera uma renda. Resultante dessa decomposição do trabalho em renda e capital, o indivíduo aparece como aquele que detém a aptidão e competência para trabalhar, aquele que possui capital humano.

Pensar como esse trabalhador, que se comporta economicamente, aplica seus recursos, estudar como se constitui e se acumula capital humano, permite a expansão da análise econômica à áreas da vida inteiramente novas se torna uma questão fundamental nessa nova racionalidade. Essa tentativa de leitura da série de objetos e comportamentos não diretamente relacionados à economia de mercado geram problemas de validade da aplicabilidade dessa rede de raciocínio ao Homem econômico. (Foucault, 2008a)

A problemática, conforme pensada por Foucault (2008a), é a identificação do objeto de análise econômica a toda conduta que faça a alocação dos seus poucos recursos a fins alternativos. Para que essa generalização aconteça o *Homo Oeconomicus* deve ser identificado a uma conduta racional, ou seja, aquela conduta sensível às modificações do meio e responde

a elas de forma sistemática. Sendo o Homem econômico neoliberal aquele que aceita a realidade e responde às modificações do meio de maneira sistemática segundo seus interesses individuais, ele torna-se um sujeito manejável. O *Homo Oeconomicus* é, acima de tudo, governável.

Faço uma pausa para reflexão. Penso nas problematizações de Foucault e de Castel, assim como no percurso histórico da reabilitação psicossocial. Inclino-me a concordar com a afirmativa de Castel e pensar na reabilitação psicossocial como uma nova estratégia de gestão das fragilidades dos indivíduos para produção de capacidades relacionais, afetivas e físicas úteis ao neoliberalismo, o que é evidenciado no segundo e terceiro objetivos pactuados pela Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial.

A noção de reabilitação psicossocial se faz presente em nosso campo de pesquisa com toda a sua diversidade prática e teórica. Encontramos projetos variados que se propõem a promover a reabilitação psicossocial dos usuários que frequentam o CAPS ad. É firmando-me nas problematizações foucaultianas que continuei minha caminhada, traçando as linhas de forças que apareceram no diário de campo.

Linha 1: Oficinas de geração de renda e economia solidária

Nessa caminhada me deparei com toda essa diversidade teórica e prática que versam sobre o tema. Existem variados projetos e ações que objetivam a reabilitação psicossocial dos usuários que participam do CAPS ad, e cada um desses projetos se embasa em uma concepção diferente do que seja reabilitação psicossocial. A oficina de artesanato é considerada ao mesmo tempo uma oficina de geração de renda e oficina de terapia ocupacional. A maior parte dos usuários que participavam eram pessoas em situação de rua e passavam o dia todo no CAPS. Eram produzidas mochilas, bolsas, chaveiros e garrafas decorativas. Houve um período em que as produções em couro eram o grande destaque, mas mais recentemente, as mochilas de retalhos de calça jeans eram as mais produzidas e mais vendidas. Não havia um espaço fixo de venda, os produtos eram vendidos em eventos que o CAPS participava, ou para funcionários da unidade ou da prefeitura. Inicialmente, a cada três produtos feitos, um ficava para o usuário, que poderia fazer o que bem entendesse com ele, vender ou ficar para si. Posteriormente, um artefato ficava para o usuário e um ficava para a oficina. Depois, a cada dois artefatos, um ficava para oficina e um para o usuário. (Diário de campo).

No ano de 2001 acontecia a III Conferência Nacional de saúde mental. Com o tema Cuidar sim, excluir não, essa conferência marca a efetivação da Reforma Psiquiátrica

brasileira, cuja aprovação da lei 10.216 havia sido feita a menos de um ano. Propunha-se aqui a regulamentação imediata da nova lei.

É também nessa conferência que o termo reabilitação psicossocial é utilizada em uma conferência de saúde mental. Recomenda-se a implantação e implementação de programas de reabilitação e ressocialização de pessoas com transtornos psiquiátricos, prioridade para lares abrigados, oficinas de trabalho e centros de convivência; a efetivação dos serviços residenciais terapêuticos para egressos dos hospitais psiquiátricos e pessoas em situação de rua; a implementação de programas de geração de renda e trabalho e de cooperativas e associações de usuários, visando processos de produção de autonomia e de direitos de cidadania; criação de centros de capacitação profissional para usuários; e a inserção dos usuários no mercado de trabalho.

No que diz respeito aos usuários de álcool e outras drogas, as oficinas de geração de renda e economia solidária também são importantes ferramentas de reabilitação psicossocial. Na área específica da reabilitação profissional dessa população destaca-se a parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), através do programa governamental intitulado “*Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho*”, que alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica busca a inclusão social via construção de empreendimentos solidários, como cooperativas. (Bonadio & Silveira, 2013)

Estávamos no Hospital Psiquiátrico da cidade. Era dia de apresentar os serviços do CAPS para aqueles que estavam prestes a ganhar alta da internação. A visita era parte da estratégia para ampliação da visibilidade dos serviços substitutivos aos dispositivos asilares na cidade. E no auditório do hospital, as atividades oferecidas pelo CAPS eram apresentadas: “*A oficina de artesanato tem o objetivo de oportunizar você, de ter um conhecimento e de produzir alguma coisa pra você ter uma autonomia, autonomia financeira. Hoje nós produzimos bolsas, chaveiros, mochilas, carteiras, diversas coisas, profissões, que de repente você fala ‘eu não sei fazer isso’, ‘eu não tenho habilidade’. Gente, eu tenho visto diversas pessoas que me falaram isso e que hoje conseguem fazer cada coisa, arte. Passa acreditar que é possível sim, que é possível você aprender, que é possível você construir um novo aprendizado na sua vida*” (...)

A apresentação continuava, descrevia-se cada atividade feita no estabelecimento, assim como os projetos futuros: “*(...)Além desses grupos, estamos com a proposta de novos grupos. Estamos no planejamento de novos grupos o ‘de volta pro mercado do trabalho’, visa a reinserção social desse indivíduo, desse paciente, e ‘de volta pra escola também. Por que uma das queixas que eles tem é que saíram cedo da escola, não terminaram os estudos e a gente tenta auxiliar da melhor forma possível esse retorno aos estudos. Não só escola, mas também cursos profissionalizantes visando à volta ao mercado de trabalho*”. (Diário de campo)

Nessa linha há forte influência da reforma psiquiátrica italiana, que tem em Franco Basaglia seu pioneiro. A reforma italiana é a principal referência brasileira quanto ao modelo de cuidado psiquiátrico, e no que concerne à reabilitação psicossocial não é muito diferente. Rotelli (1994) traz que a reabilitação psicossocial em Trieste passou por várias fases. Nos primeiros momentos encontrava-se a ergoterapia, e partindo da ideia do trabalho como direito, os trabalhos realizados pelas atividades ergoterápicas passaram a ser pagos.

Em seguida, começaram a pensar em ações para que os pacientes readquirissem a capacidade de se relacionar muito mais através do papel de consumidor do que de produtor. Assim, todas as festas, passeios e afins passaram a serem trabalhos de reabilitação, sobretudo através do trabalho de ressocialização. Por fim, a reabilitação psicossocial era pensada na reinserção dos pacientes no mercado de trabalho e no empenho na construção de cooperativas de trabalho (Rotelli, 1994).

Retomo os pensamentos de Foucault acerca do neoliberalismo e me questiono se tais oficinas e cooperativas não são formas de modulação da existência. Ao discorrer sobre o neoliberalismo Foucault (2008a) afirma que no ordoliberalismo é necessário generalizar de fato a forma de empresa no interior do corpo social. A vida do indivíduo deve se inscrever no âmbito de uma multiplicidade de empresas diversas e encaixadas e entrelaçadas que estão ao alcance de sua mão, e não como uma vida individual num âmbito de grande empresa.

A vida do indivíduo, relações familiares, casamento, seguros, aposentadoria, tem que fazer dele como que uma espécie de empresa permanente e de empresa múltipla. É uma reestruturação da sociedade segundo o modelo de empresa com a função de, por um lado, é de desdobrar o modelo econômico para fazer dele um modelo de existência, um modo de relação do indivíduo com ele mesmo, com o tempo, com a família, com o futuro. Por outro lado, essa ideia serve de suporte para a reconstituição de uma série de valores morais e culturais, que esquentam os frios mecanismos da concorrência. (Foucault, 2008a)

Já no neoliberalismo americano, Foucault (2008a) demonstra que essa orientação da sociedade para o mercado se torna muito mais radical. No americano, trata-se de fato e sempre generalizar a forma do mercado em todo campo social, até mesmo pelo sistema social que não passa pelo sistema de troca monetário. São na lógica econômica que se analisa questões antes pertencentes à demografia, como a natalidade, à sociologia, psicologia, psicologia social, etc. De maneira específica, o liberalismo americano extrapola ser uma técnica de governo, ou opção econômica e política. É uma maneira de ser, pensar, analisar, imaginar.

Nessa racionalidade, o trabalhador aparece como um empresário de si mesmo, que administra sua vida como se fosse uma empresa. Ele próprio é seu capital, seu produtor, sendo para si a sua fonte de renda. Eis o retorno ao que Foucault chama de *Homo Oeconomicus*, ou Homem Econômico, do neoliberalismo. É um homem que tem o consumo como atividade empresarial, que ao mesmo tempo em que consome também produz satisfação. (Foucault, 2008a)

Benedetto Saraceno (2011), importante expoente da reforma psiquiátrica italiana e uma das principais referências de reabilitação psicossocial no Brasil, critica a radicalidade das propostas americanas, focadas no indivíduo como único responsável pelo seu processo de reestabelecimento e ressocialização, propondo práticas reabilitativas compensatórias, fora dos hospitais psiquiátricos e contextos terapêuticos.

Em sua proposta de reabilitação psicossocial, Saraceno (2011) elenca eixos importantes a se considerar nesse processo, sendo o trabalho um deles. O psiquiatra critica modelos em que se ignora a complexidade dentro da qual o sentido do trabalho se dá, ou seja, modelos nos quais o problema do trabalho tenha a tendência a ser lido e resolvido em termos individuais e psicológicos, instaurando uma relação individual entre desabilitação e habilidade.

Saraceno (2011) propõe a reflexão do trabalho não enquanto uma simples ocupação e respostas às necessidades, mas como espaço de produção sentidos e valores subjetivos de trocas. Ele defende a criação de cooperativas como uma forma de exercício da solidariedade e exercício coletivo de forma de empresa, sendo ao mesmo tempo serviços de tratamento e de produção no mercado, aspectos quais mediados pela função formativa.

É a partir das cooperativas que Saraceno (2011) afirma que se tem construído a noção e prática de empresa social. A empresa social tem caráter de empreendimento não só econômico, mas social. Para ele, nesses empreendimentos há uma promoção de novas redes e novas relações entre sujeitos sociais. Elas favorecem o desenvolvimento de dinâmicas de individuação e, concomitantemente, de socialização. Como implementar práticas de reabilitação social que escapem, fujam do modelo do empreendedorismo econômico, em que as diferenças são negadas em nome do rendimento e da produção?

Linha 2: Clínica ampliada

Faz quase dois anos que o grupo de convivência existe no CAPS. Inicialmente, ele foi pensado como atividade para acolhimento da população em situação de rua que

passam o dia no estabelecimento em acolhimento diurno. Seu projeto contava como objetivo geral, a reabilitação psicossocial dentro da perspectiva da clínica ampliada. Nos objetivos específicos estava promoção de sociabilidade, troca de afetos, autonomia e exercício de cidadania. Semanalmente as pessoas se reuniam para filmes, músicas entre outras atividades. (Diário de Campo)

Rinaldi e Bursztyn (2008) sublinham que o âmbito da atenção psicossocial é demarcado por diversas orientações, desde aquelas que favorecem a dimensão política recomendando uma supressão da clínica em prol do cuidado, até aquelas que retomam a clínica, seja a clínica ampliada que incorporando os procedimentos de atenção psicossocial, seja como *clínica do sujeito*, em que se faz notar a presença do discurso psicanalítico.

A clínica ampliada busca a integração e articulação dos diferentes saberes e disciplinas na área da saúde, principalmente do biomédico, o social e o psicológico, com a finalidade de aumentar a eficácia do trabalho em saúde. Com o objetivo de aumentar a autonomia e protagonismo dos usuários do sistema de saúde de modo que o indivíduo participe ativamente e tenha adesão no seu próprio tratamento, tal perspectiva entrou para os discursos oficiais do Ministério da Saúde nos anos 2000. Sem desconsiderar as demais possibilidades de saber e ação, a perspectiva ampliada da clínica reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema. (Brasil, 2009; Curvo e cols., 2018)

Há um convite para ampliar o objeto de intervenção, que agora deixa de ser somente a doença para se tornar a pessoa doente em todos os seus aspectos. Dessa forma, a clínica se torna uma clínica do sujeito, que visa não apenas a produção de saúde, mas a ampliação da capacidade do indivíduo de lidar com a própria rede de dependências. (Campos & Amaral, 2007)

Alertados por Castel (1987), constatamos as inovações do campo médico-psicológico por meio de novas tecnologias de intensificação psicológica, cuja função é não é apenas reparar ou manter a saúde, mas explorar, aprofundar e acrescentar seu funcionamento, como tão minunciosamente. Forma-se uma cultura psicológica voltada ao aprimoramento do capital humano. (idem, 1987)

Como traz o autor, o modelo de intervenção da psique constituído há quase dois séculos está perdendo a hegemonia e já não pode mais ser pensado exclusivamente em suas filiações. De modo que com essas novas tecnologias, é possível instrumentalizar a subjetividade e a intersubjetividade por intervenções exteriores. (CASTEL, 1987).

Protagonismo e empoderamento são palavras constantemente ditas na unidade, cujas principais atividades representativas eram a produção trimestral do jornal dos usuários *Voz do CAPS ad* e a assembleia dos usuários. A assembleia acontecia semanalmente, geralmente às sextas feiras e contava com a presença dos usuários que ficavam em acolhimento diurno. Nessas reuniões eram discutidas algumas pautas levantadas na reunião de equipe e algumas levadas pelos usuários. Nessas pautas incluíam-se temas como convivência, sugestões de atividades a serem desenvolvidas, higiene pessoal, limpeza do ambiente, o uso de bebidas e outras drogas dentro da unidade, e conflitos. (Diário de campo)

Vasconcelos (2013) indica que países de língua inglesa e europeus vêm construindo novas iniciativas de empoderamento, como organizações de usuários e familiares como movimentos autônomos. No entanto, conforme o autor, no Brasil, apenas uma parcela do movimento antimanicomial e dos serviços de atenção psicossocial esboçou iniciativas e estratégias claras nesta direção do empoderamento.

As associações de familiares e usuários assim como as assembleias, fazem parte das estratégias de democratização e participação social dos usuários na gestão das políticas e serviços de saúde, no entanto Rodrigues, Brognoli e Sprocigo (2006) destacam outra possibilidade dessas associações: da transformação na clínica antimanicomial.

Para os autores a reformulação da clínica se torna um aspecto importante da reforma psiquiátrica na medida em que se busca uma mudança da relação com o sujeito. Nessa perspectiva, a clínica está presente nos serviços de atenção psicossocial através da busca de novas práticas sociais para lidar com a loucura e com o sofrimento que dela podem emergir, assim as associações, entendidas como transformação clínica, resultam em transformações da relação dos indivíduos com os espaços sociais. (Rodrigues, Brognoli & Sprocigo, 2006)

Convocada por decreto presidencial, a IV Conferencia Nacional de Saúde Mental deu a reabilitação psicossocial maior destaque do que a anterior, criando um tópico exclusivo no relatório final para o assunto. Se na terceira conferencia foi marcado pelo firmamento e comemoração da Reforma Psiquiátrica, a quarta foi um momento de avaliação desse processo.

Não era incomum durante algum grupo, atendimento ou conversa de corredor ouvir de alguma usuária do serviço sobre a dor de estar em um relacionamento abusivo. A dor de uma violência sexual. A dor da violência física. Ainda mais comum era escutar e presenciar os efeitos do racismo na vida dos usuários sejam pelos relatos, sejam por cenas cotidianas. A homofobia também ali se fazia muito presente. Lembrei-me quando um casal homoafetivo que chegou ao CAPS para acolhimento diurno, a violência como outros usuários os tratavam, verbalmente e fisicamente. Algo precisava ser feito. Juntamente com um estagiário de psicologia, organizamos uma roda de conversa que contava com a presença da universidade, do movimento negro,

movimento LGBT e movimento feminista da cidade. *“Sabe, essa coisa de racismo existe mesmo. Um dia, minha neguinha foi no postinho buscar uma receita, tinham combinado com ela. Ela ficou três horas esperando, ninguém deu moral pra ela. Trataram ela mal. Ela voltou pra casa bem chateada. Eu peguei essa receita e fui lá. Não precisei nem dizer nada, passou cinco minutos e já estava tudo resolvido. Isso acontece direto.”*, disse um usuário branco que era casado com uma mulher negra. Um usuário um tanto alcoolizado, com olhos marejados também participou: *“Eu to errado ne? Ela me largou, mas é porque às vezes eu bebia muito, ia atrás dela, obrigava ela a fazer coisas... as vezes batia”* (Diário de campo)

Machado e Lavrador (2009) questionam se a clínica ampliada tem produzido saúde como mais um produto a ser consumido. Conforme trazem, a saúde se amplia e cria novas normatividades. As autoras colocam em cheque o binarismo entre o eu e o objeto, exterioridade e interioridade, principalmente no que diz respeito ao sofrimento, que visto como algo do exterior que acomete a vida, contra nossa vontade, e se aproxima do refrear-se, reprimir-se.

Por outro lado, Machado e Lavrador (2009) apontam para a potencialidade da clínica da clínica ampliada e deveria ser experimentada não só como uma política estatal que foi imposta de forma exterior aos cuidadores, mas como produtora de vida, de governamentalidade ética. Para as autoras, antes mesmo de cuidar, o objetivo do cuidador deve ser o de provocar no outro o desejo de cuidar de si, um cuidado que implica um exercício ético, numa prática social.

A ampliação da clínica precisa estar referida à invenção de outras possibilidades de vida. É necessário que o usuário tome posse de si, do seu cuidado, crie e amplie suas redes de saúde, que ele ative potências de vida que incluam os serviços, mas não se delimitem aos mesmos. Uma clínica potente é uma clínica que transversaliza a política, a crítica e a saúde, tencionando seus limites. É uma clínica aberta às diferenças intensivas, desmantela as figuras atuais, desestabiliza lugares e abre para a possibilidade de construção de modos de existência singulares. (Machado & Lavrador, 2009)

Se por um lado os participantes reconheceram os avanços concretos na expansão e diversificação da rede de serviços de base comunitária, por outro identificaram as lacunas e desafios, a complexidade e o caráter multidimensional, interprofissional e intersetorial dos temas e problemas do campo, apontando a direção de consolidar os avanços e enfrentar os novos desafios trazidos pela mudança efetiva do cenário.

Linha 3: Caixa de ferramentas do controle de si

Nesse contexto de reavaliação das práticas de reabilitação psicossocial na reforma psiquiátrica e reformulação das propostas reabilitativas que a noção de *Recovery and empowerment* (Reestabelecimento e empoderamento) aparece como alternativa à dificuldade dos serviços de base territorial estabelecidos pela Reforma psiquiátrica de cumprir seu papel de construção da autonomia e inserção social de seus usuários (Correia e Toronté, 2016; Silveira e cols, 2017).

A grande necessidade de reavaliação das práticas de reabilitação psicossocial nos serviços da rede de atenção psicossocial e a grande repercussão dessa aliança entre saúde mental e *recovery* no país, resultou na realização de um encontro entre Brasil, Estados Unidos e Itália, durante o Colóqui Internacional *Recovery: vivências e práticas*, no ano de 2016. O evento foi promovido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em parceria com a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e entidades internacionais (Grigolo cols., 2017).

Como já citado, essa noção orienta em grande parte as políticas americanas de saúde mental, e dentro do contexto neoliberal americano, atribui ao indivíduo a responsabilidade do seu processo de reabilitação. Criam-se ferramentas capazes de fomentar esse processo, respeitando sempre a individualidade, algo caro para o governo neoliberal.

Um dos instrumentos mais conhecidos é o WRAP (Wellness Recovery Action Plan), traduzido por Grigolo e cols. (2017) como Plano Pessoal de Ação para o Bem-Estar e *Recovery* em Saúde Mental, ou simplesmente Plano Pessoal de Ação WRAP. Os autores explicam que o Plano de Ação WRAP é uma ação educativa e reflexiva para autoconhecimento, objetivando a gestão das próprias vidas. Visa também diminuir a dependência dos usuários dos serviços e profissionais de saúde, apoiando os usuários a identificar recursos internos e externos e planejamento de vida a partir de seus desejos.

Foucault (2008a) demonstra como o neoliberalismo americano radicalizou o neoliberalismo alemão utilizando a economia de mercado para decifrar relações não mercantis, isto é, os fenômenos sociais. O problema aqui colocado pelo autor é o da inversão das relações do social com o econômico. Como supracitado, ele ultrapassa uma mera opção política econômica, ele se configura como uma forma de existência. Passa a ser uma forma relação entre governantes e governados.

Assim, há algo radicalmente novo na relação entre o sujeito econômico e a relação deste com o exercício do poder. A problemática entre governantes e governados gira agora em

torno das liberdades. No entanto, para que haja essa liberdade é necessária que o campo de ação desse homem econômico seja previamente estruturado. Para condicionar as possibilidades de ação aparecem técnicas de governo que acompanham os movimentos da população de perto e que passam a regular todos os aspectos da vida de um indivíduo.

No campo das adições, também há a associação da reabilitação psicossocial com a noção de *recovery*. Nesse âmbito, o centro do campo conceitual tem se deslocado do foco na patologia a ser tratada, ou seja, o estudo do uso do álcool e outras drogas como patologias médicas, para o *recovery*, isto é, perspectivas e processos para resolutividade de longo prazo nessas questões (Morgan, 1995; White, 2004a; White, 2005 *apud* Gagne & cols., 2007).

Gagne e cols. (2007) afirmam que os princípios em comum do *recovery* em doença mental e na adicção começam com a noção de que para ambos, o reestabelecimento é um processo de crescimento individualizado que desdobra-se ao longo de um tempo contínuo e que existem múltiplos caminhos para a recuperação. Para os autores, o valor da orientação em *recovery* dos sistemas de saúde mental e dependência química são baseados na reconição que cada indivíduo é agente do proprio reestabelecimento e todos os serviços podem ser organizados para dar suporte a essa recuperação.

Bonadio (2010) reforça que para que esse processo de recuperação se efetive, os programas de atendimentos devem ser orientados nesse sentido, partindo de estratégias de reabilitação psicossocial que favoreça, além de outras coisas, estratégias terapêuticas efetivamente comprometidas com o empoderamento da pessoa em recuperação, a começar da ênfase na colaboração, no bem-estar do usuário e na facilitação de oportunidades que beneficie a participação ativa na comunidade.

A autora salienta que o processo de reabilitação e *recovery* na dependência química, assim como nas demais questões da saúde mental, não se trata de voltar a uma suposta condição original, mas sim de seguir adiante em um caminho marcado pela inovação das formas de viver com as possibilidades e limitações da vida.

A influência das políticas americanas se mostram presentes nas práticas brasileiras, apesar de atravessadas por influências europeias. O *recovery e empowerment* e suas técnicas como WRAP e os grupos de ajuda-mútua, centra-se no indivíduo incrementando e/ou criando habilidades emocionais, físicas, relacionais, em outras palavras, capital humano suficiente, de modo que pessoas que antes consideradas improdutivas, se tornem úteis, dóceis e produtivas.

Linha 4: Luz e enunciação

O jornal contava com duas edições. Na primeira edição já se justificava: *O projeto do jornal “Voz do CAPS ad” surgiu das discussões do grupo de convivência, que acontece todas as quartas-feiras à tarde no CAPS ad Viver. A construção do jornal envolveu equipe e usuários que reivindicavam formas de serem ouvidos pela comunidade. Em conjunto, depois de uma roda de conversa, definiu-se o tema norteador da primeira edição: exclusão e discriminação social. Assim, nos engajamos nesse projeto para possibilitar livre expressão destes usuários, para que possam compartilhar o dia-a-dia de suas realidades objetivas e subjetivas. O jornal configura-se como uma poderosa ferramenta de interação social e o primeiro passo em direção ao exercício da cidadania, objetivos tão caros ao CAPS (Jornal Voz do CAPS ad- diário de campo)*

A desinstitucionalização abriu as portas das instituições psiquiátricas, transferindo grande massa de pacientes psiquiátricos para as comunidades, e então era preciso abrir as portas das comunidades para recebê-las, prepara-las, buscando estratégias de reabilitação psicossocial para que essas pessoas, antes institucionalizadas, convivam nessa comunidade (Desviat, 1999 *apud* Guerra, 2004; Anthony & Farkas, 2009).

Nesse sentido, as oficinas de produção de jornais têm sido utilizadas nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como ferramenta relevante no processo de reabilitação psicossocial, podendo ser pensado tanto a partir da clínica ampliada, quanto como ferramenta de comunicação social para reforçar valores da Reforma Psiquiátrica com a comunidade.

Zanotti e cols. (2010) destacam a produção jornalística a partir da construção de histórias de vida individuais e coletivas como um processo terapêutico. Na experiência relatada pelos autores na confecção de jornal a partir de uma oficina terapêutica em um CAPS, foi observado mudanças na comunicação entre os participantes, no ato de contar e construir histórias, e na convivência entre os usuários participantes da oficina.

Já Oliveira e Conceição (2009), além do processo terapêutico, sublinham a importância do jornal como ferramenta de visibilidade das práticas do movimento antimanicomial, atuando na produção de conhecimentos relacionados aos novos paradigmas da saúde mental na população.

No Brasil, essa linha tem influências principalmente das reformas francesa e italiana. A reforma francesa teve duas experiências distintas de reforma psiquiátrica: a psiquiatria de setor e a psicoterapia institucional, sendo a segunda mais interessante a nós. A vivência francesa de reforma da Psicoterapia institucional ficou marcada pela experiência da Psicoterapia institucional, termo usado em 1952 por Daumezon e Koechlin para caracterizar o

trabalho iniciado por François Torquelles, psiquiatra espanhol refugiado na França no início da segunda guerra mundial, no Hospital Saint-Alban. Este movimento de clara inclinação de esquerda e cunho marxista, psicanalítico e surrealista, pretendia o resgate terapêutico do hospital psiquiátrico, que havia desviado de sua finalidade, tornando-se lugar de violência e repressão (Barros, 2007; Amarante, 2015).

Barros (2007) aponta a psicoterapia institucional tem duas linhas. A primeira refere-se à experiência de Tosquelles, que influenciado pelas cooperativas dos Catalães, utiliza de recursos como cooperativas de trabalho, jornal, grupos de pacientes e técnicos, estímulo à participação no cotidiano do hospital, discutindo regras e propondo atividades. Nessa fase, buscavam-se modificar as relações entre médicos e pacientes, apoiados na noção de alienação advinda do marxismo. Note que aqui já aparecem práticas também encontradas na reabilitação psicossocial, como produção de jornal e cooperativas de trabalho.

Na segunda fase destaca-se a figura de Guattari, convidado por Jean Oury para trabalhar em La Borde. O objetivo era instalar um constante questionamento em relação a todas as rotinas burocráticas, à passividade, à hierarquia, ao caráter repetitivo e serializado dos modelos de existência. Assim, em 1964 Guattari propõe a expressão Análise institucional. Tal proposta promove uma virada nessa experiência: incluía-se a dimensão analítica, que a partir de agora não é mais propriedade de certos especialistas. (Barros, 2007).

Considerando a dimensão da reabilitação psicossocial do trabalho feito com a comunidade para acolher os egressos de longas internações psiquiátricas, o grande expoente da reabilitação Psicossocial, o italiano Saraceno (2011), também é referencia. Para ele, a variável 'lugar' é fundamental no processo de reabilitação assim como os recursos não institucionais, comunidade e as pessoas (pacientes, familiares e integrantes da comunidade). O lugar torna-se fundamental, pois são em espaços que possa haver trocas relacionais que a reabilitação se dá.

Saraceno (2011) explica que um dos eixos a ser considerado no processo reabilitativo é a rede social do indivíduo. Conforme o autor é fundamental que essa rede social, principalmente a família, deixe de ser cúmplice e/ou vítima da psiquiatria e assuma protagonismo no processo tratamento, não se atendo ao diagnóstico do indivíduo desabilitado. Nesse sentido, devem-se levar essas novas verdades, para que a partir delas se construam novos modos de se relacionar.

É a partir da noção de Saraceno da reabilitação como uma série de estratégias voltadas para aumentar o poder contratual desses indivíduos em três eixos, moradia, relações sociais e trabalho, promovendo assim o exercício da cidadania destes; articuladas aos preceitos da

Reforma Psiquiátrica brasileira trazidos por Paulo Amarante, que Pinho (2009) concluiu que é fundamental para a reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas a expansão da rede social para além do núcleo familiar, que inclui também transformação na realidade cultural na qual estão inseridos, ou seja, deve se considerar a desmistificação e estigma envolto dos usuários de droga.

No que tange a reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas a produção é escassa e há divergentes tendências que variam entre a redução de danos como parte do processo e a abstinência como fator fundamental para reabilitação (questão a ser aprofundada nos próximos capítulos). No entanto, parece ser um consenso à importância da reeducação social, no sentido de diminuir o estigma e a exclusão social dos usuários de álcool e outras drogas, ou seja, estabelecimento de regimes de verdades já estabelecidos sobre as drogas ou a mudança dos mesmos. Desta forma, Os jornais, instrumentos que dão visibilidade e voz, são as linhas de luz e enunciação do dispositivo, que iluminam e enunciam os novos regimes de verdade tanto sobre assistência psiquiátrica, quanto das drogas.

ENTRADA 2: DIAGRAMA DO PROIBICIONISMO

Olhar para o passado é fundamental. Olhar de novo. De novo. Buscar o que ainda não foi trazido à tona, outros sentidos, outras histórias. Recuar no tempo na busca de indícios de desmontagem do objeto de pesquisa. Voltar um pouco mais para entender agenciamentos, relações de força e dispositivos de poder que instituiu tal objeto (Lobo, 2015). Assim o faço.

Estamos no encalço de dois dispositivos, os dispositivos das drogas e o dispositivo da reabilitação psicossocial. Buscamos cartografar o agenciamento desses dois, que se entrecruzam e tencionam-se. Para compreender tal agenciamento é preciso recuar mais no tempo, antes mesmo do aparecimento da reabilitação psicossocial.

Embora o fenômeno do que se convencionou dependência química seja recente na história da humanidade, o consumo de substâncias psicoativas, que segundo a Organização Mundial de Saúde (2007) são aquelas drogas capazes de mudar os processos de consciência, humor e pensamentos individuais; esteve presente desde os primórdios da formação social humana.

Parece ser um consenso entre autores que tratam do assunto, independente da vertente teórica, que o consumo dessas substâncias faz parte da trajetória da humanidade. Em diferentes épocas e culturas o uso dessas drogas esteve presente, sejam para fins terapêuticos, recreativos ou ritualísticos. Os relatos do uso e abuso de bebidas alcoólicas são antigos e abundantes na literatura. Relatos que remontam antigos filósofos como Aristóteles, passagens bíblicas e até histórias literárias.

Apesar das idiossincrasias de cada época e contexto da ingestão de bebidas alcoólicas, esta se compõe como uma prática convencionada por uma série de regras de consumo e comportamento ético próprias de cada cultura. Essas práticas de consumo são aprendidas e reproduzidas, funcionando como ferramentas para a construção de identidades culturais, diferenças e controle social do uso do álcool, o que define como, onde e o momento de beber, priorizando os espaços e as situações adequadas nas quais a bebida é recomendado. (Sales, 2010).

Conforme analisa o historiador Braudel (1970, conforme citado em Sales, 2010) nos séculos XV ao XIX as diferenças entre os comportamentos éticos dos países europeus eram referenciais simbólicos possíveis de corporificar identidades ou demarcar diferenças culturais. As diferenças em relação ao que se bebia e como se bebiam constituíam o âmago dessas diferenciações culturais, dos códigos de comportamento de beber.

Também nesse sentido que Pablo Ornelas Rosa (2014) afirma que plantas das quais algumas drogas são extraídas fizeram parte do patrimônio histórico e cultural de diversas populações minoritárias e que hoje são discriminadas culturalmente por grupos dominantes. Como exemplo, o autor traz a influencia do cultivo da coca na identidade cultural dos autóctones, habitantes dos planaltos andinos, que se iniciou há 5000 anos. Mesmo no Brasil, conforme o autor, a *cannabis* era considerada uma planta importante da cultura nordestina entre os séculos XIX e XX, antes de sua proibição.

No entanto, recentemente o uso dessas drogas tem sido problematizado como questões de agravos de saúde e sociais e as práticas de uso, seus efeitos e os usuários dessas drogas são alvos de incontáveis estudos científicos. O Relatório Mundial da Saúde (OMS, 2002) indicou que 8,9% do prejuízo causado por doenças provêm do uso de substâncias psicoativas. O relatório mostrou que o tabaco contribuiu com 4,1%, o álcool, com 4% e as drogas ilícitas, com 0,8% do prejuízo das doenças em 2000.

Como as drogas, se elas sempre fizeram parte da trajetória humana, se tornaram uma perturbação tanto para a saúde quanto para a ordem social? Se um dia constituíram parte importante de algumas culturas, como seu uso começou a ser proibido? É sabido que na trajetória de proibição do uso de drogas a medicina teve um papel importante. Mas como as drogas, de demarcador cultural passaram a ser objeto de saber médico?

Linha da medicalização do Estado: Dr. Futurito diz “Não aceite drogas, não vale a pena o risco”- os primórdios do proibicionismo

“Drogas: educar para evitar”. Chamava um folheto informativo sobre produzido pelo CAPS. Diziam que era um folheto antigo e que não era mais distribuído. A figura desenhada na primeira página era o *Dr. Futurito*, um médico. Dr. Futurito se apresentava: *“Oi!! Eu sou o Dr. Futurito, isso mesmo, sou o que você quer ser daqui há alguns anos. Resolvi vir aqui conversar para tratar de um assunto que exige atenção e cuidado. As drogas! Infelizmente muitos adolescentes deixam de ter o futuro que sonham por se envolverem em problemas com drogas. Imagino que um bom papo pode esclarecer muitas dúvidas e evitar alguns erros que podem sair caro!”*

Dr. Futurito, em meio de desenhos de cérebro, neurônios, e fórmulas químicas, dialogava com o leitor, respondendo algumas perguntas. Entre outras, a pergunta: *Todos ficam dependentes de drogas?* A resposta: *“Embora algumas pessoas usem e não criem problemas, várias pessoas poderão sofrer as consequências para sempre. Então isso não pode ser usado como desculpa para usar. Nós não sabemos quais são as pessoas que ficarão dependentes, então simplesmente NÃO ACEITE DROGAS. Não vale a pena o risco”*. (Diário de campo)

Beauchesne (2015), cientista política canadense, demonstra que o crescente prestígio dos médicos frente a população será um dos elementos decisivos na introdução das primeiras leis que versam sobre drogas, assim como o nascimento das primeiras multinacionais farmacêuticas, que para endossar a proibição se utilizarão da imprensa e embasar no prestígio médico. Tais leis foram ineficazes para a diminuição do consumo de drogas e prevenção dos abusos, porém elas continuaram.

A autora nos mostra como foi se criando o cenário mundial de guerra às drogas. Conforme traz, o consumo de algumas substâncias consideradas ilícitas não é fenômeno recente, mas sua proibição, longe de ser algo natural, está inscrito em jogos de poder políticos e econômicos. Qual foi então o papel do saber médico no processo de interdição das drogas e consequentemente das políticas proibicionistas?

É importante, antes de mostrarmos como esse contexto foi criado, fazer algumas considerações sobre essa medicina que emerge que tem o corpo social como objeto. Com o desenvolvimento do capitalismo no final do século XVIII e XIX, Foucault (1979) afirma que se deu passagem a uma medicina social que tem por *background* uma tecnologia do corpo social. Nesse período a medicina socializou o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. Como explica, é no corpo que o capitalismo investiu, pois o controle sobre o indivíduo se dá no biológico, no somático, antes mesmo de operar sobre a consciência ou pela ideologia.

O caminho da medicalização social se deu pelo Estado (Alemanha), cidades (França) e pobres e trabalhadores (Inglaterra). Foucault (1979) distingue três etapas de transformação do corpo em corpo social, das quais nos interessa mais a terceira: medicina de Estado, medicina urbana e medicina da força de trabalho. A primeira se desenvolveu na Alemanha, pois foi nesse país que o Estado se desenvolveu como objeto de conhecimento, como instrumento e lugar de produção de conhecimento. Dessa forma, garantia seu melhor funcionamento. É na Alemanha que primeiramente se desenvolve uma prática médica centrada na melhoria do nível de saúde da população.

A segunda etapa é representada pelo exemplo francês, onde nesse mesmo século aparece a medicina voltada ao fenômeno de urbanização, que foi possível dada a fragmentação de Paris, e a preocupação em unificar esse poder urbano. Surge necessidade de organizar o corpo urbano de modo coerente e homogêneo. Essa medicina urbana reativa e aperfeiçoa os mecanismos de vigilância e hospitalização da política-médica utilizados na idade média com a lepra (Foucault, 1979).

A terceira direção da medicina social é analisada por Foucault através do exemplo da Inglaterra. No cenário do rápido desenvolvimento industrial, e conseqüentemente dos proletariados que aparece uma nova forma de medicina social e que teve maior sucesso. Conforme traz, é na *lei dos pobres* que a medicina inglesa se torna social, pois tal legislação comportava um controle médico sobre os pobres. E a partir do momento que o pobre se beneficia do sistema de assistência, deve se submeter a vários controles médicos. Aparece aí a ideia de uma assistência controlada. (Foucault, 1979)

O grande problema político burguês de assegurar seu poder político é transposto para a legislação médica. Essa é uma medicina essencialmente de controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torna-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes ricas. O sucesso dessa medicina social se deu pela sua originalidade de ligar as três medicinas: assistência ao pobre, controle de saúde da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública, protegendo os interesses das classes mais ricas, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais e privados. Assim, a medicina, na biopolítica, é um poder-saber que incide sobre concomitantemente sobre a população e sobre o corpo, com efeitos reguladores e disciplinares (Foucault, 2002; 2006).

Continuo a me questionar como essa medicina social, contribui para o estabelecimento dos paradigmas proibicionistas como um regime de verdade? Beauchesne (2015) nos oferece uma perspectiva. A autora traz que durante a idade média e a renascença a importação, distribuição e expansão do uso de diversas drogas foram feitas principalmente por intermédio da religião, curandeiros, feiticeiros, médicos, ou seja, grupos que tem por função a cura de doenças. Como não se isolava cientificamente as substâncias ativas dessas porções para avaliar seus efeitos, todos eram considerados produtos de cura.

Na Europa, no início do século XVI, já havia registros da divulgação de uma bebida curativa à base de ópio pelo suíço Paracelso. No século XVII o médico inglês Sydenham simplificou a bebida de Paracelso e criou o Láudano, fazendo enorme sucesso e dando a garantia médico-científica ao saber tradicional sobre o ópio (Beauchesne, 2015).

Em menos de um século os medicamentos a base de ópio estavam entre os mais utilizados no continente europeu. No século XIX esse produto faz parte da rede de conhecimento de todo médico e farmacêutico, ligando-se cada vez mais às experiências da clínica médica e cada vez menos da magia e religião. Muitos escritores na época utilizavam o láudano, assim como o álcool, começando por razões médicas e depois por hábito e pela busca dos efeitos (Beauchesne, 2015).

Na América, conforme a autora são as mulheres brancas de idade mediana que farão consumo do ópio puro, uma vez que o álcool era proibido a elas. Para cientista política vale ressaltar que esse é um exemplo de como a proibição apenas desloca o consumo de uma substância para outra. Logo o consumo desenfreado de ópio como possível cura para os sofrimentos físicos começa a ter consequências; algumas mortes foram atribuídas à superdosagem do produto, principalmente entre bebês e crianças, pois os pais começaram usar para acalmar crianças e tratamento da diarreia. (Beauchesne, 2015)

O horário de encerramento do expediente se aproximava e em breve o CAPS encerraria suas atividades do dia. Enquanto aguardava, ouvia uma conversa de corredor entre dois membros da equipe, dentro os quais um era médico: “Me arrependi de ajudar C a internar. Você acredita que eles tiraram o remédio dele? Deixaram ele só com o clonazepam. Falaram que não faz sentido ele ser internado por conta do uso de drogas e continuar tomando essas medicações, que também são drogas. Como que pode neh!?” Disse angustiada. “Pois é”, responde o médico, “esse povo tem uma coisa com remédio neh!? (falou impaciente) Cada coisa, uai, então se tá com dor de cabeça não toma remédio, se tá com dor de dente, fica com dor, porque tudo isso é droga. Ao invés de ficar feliz neh!? Porque o paciente vai ficar calminho, não vai dar trabalho pra eles”. (Diário de campo)

São nos Estados Unidos que estarão as condições que possibilitarão o início das guerras as drogas como respostas aos problemas supracitados. Beauchesne (2015) traz que o advento das multinacionais farmacêuticas e a ampla comercialização dessas drogas, e o aumento do consumo entre as classes populares são fatores que contribuíram para início das políticas proibicionistas.

As drogas miraculosas e ampla divulgação do poder curativo de tais drogas pelo império da indústria farmacêutica sem informações suficientes sobre dosagens apropriadas e efeitos em longo prazo, encheram a população com tais drogas. A comercialização das drogas em larga escala pelas multinacionais farmacêuticas constitui uma mudança no cenário da saúde, caracterizado pela monopolização da saúde (Beauchesne, 2015).

A mudança do consumo de drogas pelas classes mais ricas para o aumento nas classes populares criou uma mudança ainda maior na percepção sobre os problemas gerados pelo consumo. Os primeiros casos do que se conhece hoje por toxicomania foram entre médicos, juízes, políticos e mulheres da elite, artistas e intelectuais. Eram pessoas de classe favorecidas que apesar do uso de drogas mantinha uma vida produtiva, ou seja, criavam obras artísticas, ocupavam cargos de gestão econômica e política. Dessa forma, os primeiros dependentes dessas substâncias foram vistos como vítima da medicina (Beauchesne, 2015).

No entanto, quando o uso passa a ser maior nas baixas classes, tal percepção é alterada, aparecendo assim a classe do que hoje é chamado de toxicômanos, que não são mais as vítimas doentes, mas sim delinquentes sem vontade que não conseguem enfrentar as exigências da vida de trabalhador e bom cidadão. A tolerância com esses toxicômanos será bem menor especialmente por serem percebidos como contaminadores em potencial (Beauchesne, 2015).

A autora ressalta que a classe médica e sua proximidade com o poder cumprirá papel estratégico na gestão das classes pobres, principalmente do proletariado. Às vistas do melhor funcionamento do sistema, manterão um discurso e estratégias de controle social em nome da saúde que adverte contra o desperdício de energia fora do trabalho e mesmo o prazer fora da reprodução. Nesse momento, a medicina vai inserir o tema drogas em um discurso mais amplo sobre saúde com características higienistas.

A concepção médica, que ganha lugar social importante, expande-se para grandes regras sociais e morais. Nesse cenário que o crescente número de usuários problemáticos nas classes populares começam a inquietar os médicos, que começam a formular um discurso moral sobre vícios da preguiça associado ao vocabulário das endemias para descrever a situação (Beauchesne, 2015).

Aparece aqui, mostra Beauchesne (2015), a preocupação de sensibilizar o governo para a questão das toxicomanias e prevenção dessa contaminação. Entende-se nessa perspectiva que prevenir é no sentido médico restrito, de prevenir epidemias e impedir o aparecimento de locais de contaminação, o que implica em o estabelecimento de certos controles sociais e a imposição de certas medidas sanitárias para conter tais focos.

Esse movimento ajuda a compreender porque os médicos se inseriram facilmente na criação de interdições jurídicas quando assunto é droga e reforçar a legitimidade dos controles sociais que se seguiram. O poder médico cresce e logo eles se tornam os porta-vozes da prevenção das toxicomanias e regras sobre o uso de drogas, e o usuário de drogas ilícitas são vistos como delinquentes e doentes a um só tempo (Beauchesne, 2015).acho que não é aqui esse trecho

No cenário internacional, Beauchesne (2015) elenca quatro fatores foram importantes na proibição do ópio. O primeiro foi a vitória Americana sobre a Espanha na guerra pela apropriação de Cuba, Guam Porto Rico e Filipinas. As ilhas Filipinas eram importante entrada de ópio na América, sendo grande parte de sua economia voltada à compra desse produto. Os novos colonizadores, cheios de puritanismo, encoraja campanhas anti-ópio a fim de recuperar o dinheiro que a população gasta com a compra desse produto. Nesse

processo, o arcebispo Charles Brent juntamente com o major Edwin Carter e doutor Albert, redigem um relatório afirmando que para uma interdição eficaz de ópio, é necessário que a proibição seja internacional.

O segundo fator está associado às indústrias americanas que queriam expandir o mercado para territórios internacionais. A Lei federal dos alimentos e drogas instituídas nos Estados Unidos em 1906 constitui o terceiro fator. O último fator elencado pela autora é o fato do District of Columbia Pharmacy, também em 1906, instaurar a necessidade de avaliação médica para a obtenção das drogas. Essa prescrição só poderia ser feita por médicos credenciados pela Ordem dos Médicos. Essa lei obrigou novas pessoas a frequentar consultórios médicos para obter drogas e se curar (Beauchesne, 2015).

Em suma, os EUA, pressionados por sua indústria farmacêutica, buscaram novos territórios para expansão do comércio de seus produtos, e também pressionados pelo arcebispo Bent a uma proibição internacional do ópio. As companhias farmacêuticas mantêm o monopólio de medicamento e os médicos tornam-se seus promotores, estimulados pela prescrição obrigatória. Por sua vez, os médicos monopolizam os discursos de saúde, se aliando ao Estado para controle das classes populares (Beauchesne, 2015).

Beauchesne mostra como os saberes médicos aliados aos saberes jurídicos tiveram função decisiva tanto na criação do problema do abuso das drogas, quanto na solução do problema criado, que foi a proibição. Mas como as drogas tornaram-se objeto de saber médico? Como se deu essa associação? Para tanto, faremos dois recortes históricos.

Recorte histórico 1- De demarcador cultural à causa de doenças: como as drogas tornaram-se objeto do saber médico

No desenrolar da pesquisa, como já colocado anteriormente, nem sempre as drogas foram consideradas um problema mundial, mas sempre estiveram presentes na história da humanidade. Contudo, em determinado momento, elas passaram a ser objeto de saber e intervenção médica. Como a psiquiatria se apropriou das drogas? Como se deu esse processo?

É no século XIX, época em que a loucura passa a ser considerada uma doença passível de tratamento, portanto, objeto da medicina mental que os indivíduos que fazem uso de álcool em demasia são incluídos nesse rol. Foucault (1972; 2006) mostra que no curso desse século, a loucura cai numa concepção simultaneamente social e moral. O receber sentido numa moral social, ela se torna o estigma de uma classe que abandonou as formas da ética burguesa.

Nesse momento a conduta dos alcoolistas é incluída como parte dos comportamentos desviantes e amorais, sendo então a conduta dos indivíduos usuários de álcool colocada em

questão como um problema da medicina. A primeira substância psicoativa a ter seu uso problematizado é o álcool. É seguindo o modelo de classificação do uso nocivo do álcool que as outras drogas também são categorizadas.

No contexto da revolução industrial, ao longo do século XVIII, o ato de beber excessivamente era considerado um desvio moral, uma fraqueza de caráter, as pessoas que bebiam excessivamente eram consideradas vagabundas, favorecendo a propagação da concepção negativa do uso de bebidas alcoólicas (Marques 2001; Sales, 2010).

O exagero do uso do álcool inflamou a classe predominante da época que reivindicava medidas de contenção. Os médicos psiquiatras foram rápidos em abraçar a causa e o modelo, o modelo moral foi a primeira tentativa de compreender e controlar o uso considerado indevido dessas substâncias. Já no final desse século, na Inglaterra, com as publicações de Thomaz Trotter que aparece apontamentos da embriagues como doença (Marques 2001; Sales, 2010).

Na primeira metade do século XIX, o grande destaque é Esquirol. O objeto da psiquiatria então, diz Foucault (2006), passa a ser os distúrbios da maneira de agir, querer, experimentar paixões, de tomar decisões e ser livre. Segundo Portocarrero (2002), o conceito de monomania formulado por Esquirol postula que as ideias e discursos dos alienados podem até ser considerados normais, uma vez que a desordem se situa essencialmente no comportamento e diz respeito aos hábitos, caráter, ações e paixões. Esquirol dividiu as monomanias em três categorias, de acordo com sua determinação pela inteligência, afetividade e instinto.

Conforme esclarece a autora, a primeira classe de monomania é intelectual, isto é, uma lesão parcial na inteligência, presente no delírio e que caracteriza uma desordem centrada em um objetivo ou em uma série limitada de objetos. A segunda classe refere-se a afetividade, na qual a desordem se manifesta no comportamento sem alteração da inteligência, mas alteração dos hábitos afetos e paixões.

O terceiro tipo, e mais caro aos nossos objetivos, é a monomania instintiva, ou monomania sem delírio, que afeta a vontade. Neste caso, não é desordem intelectual ou moral, mas o doente é impulsionado por uma força irresistível na qual não se pode vencer, uma determinação irrefletida, sem interesses e sem motivo (Portocarrero, 2002). É nessa classe de monomania que Esquirol incluiu a embriaguez como um caráter que não se pode dominar.

Para Roberto Machado (1978), a obra de Esquirol é marcante por ter sido o grande marco teórico da loucura enquanto conceito médico e distinto da ordem dos fenômenos psíquicos presentes no termo alienação mental. Contudo, Foucault (2006) expõe que falta

corpo à loucura do século XIX, o que gera grande preocupação aos psiquiatras da época. Procuravam-se correlativos orgânicos, o domínio da lesão, o tipo de órgão envolvido na doença do tipo da loucura.

Nesse sentido, Portocarrero (2002) coloca que a necessidade de expor os critérios de cientificidade próprios à teorização da loucura decorria da dificuldade de elaborar a racionalidade da loucura num viés fisiológico, o que a todo o momento constituía-se como uma barreira ao discurso psiquiátrico em sua tentativa de legitimar seu saber.

Se a grande barreira do discurso da psiquiatria era a falta de corpo para seu objeto e de correlativos orgânicos, na segunda metade do século XIX, em 1857, com a publicação de *Traité des Dégénérescences* de Morel, esse impasse está em vias de minimizar-se. Sob influência de Cabanis, Morel formula uma teoria da hereditariedade dos desvios doentios do ser humano. O desenvolvimento dessa degenerescência deveria demonstrar concretamente de que as relações entre hereditariedade biológica e moral são mais entrelaçadas do que se pensava (Portocarrero, 2002; Pereira, 2008; Caponi, 2012).

As drogas enquanto objeto da psiquiatria acompanha o percurso desta pela busca da consolidação como especialidade médica. Nesse período, no que diz respeito ao alcoolismo, o termo moderno “alcoolismo crônico” foi sintetizado pelo psiquiatra Magnus Huss, no seu trabalho em 1849, na Suécia no qual ele descreve um conjunto de intoxicações alcoólicas que se manifestava com sintomas físicos e mentais pelo uso prolongado e excessivo do álcool. Porém, Onde Huss via no setting familiar um exemplo de ebriedade, Morel considerava suas causas inatas. Nos anos de 1860 e 1870, Magnan, pupilo de Morel, garantiu que degeneração e o uso da bebida alcoólica passassem a serem tratadas como sinônimos nas concepções eugênicas (Reinarz & Wynter, 2014).

Para Portocarrero (2002) foi através da concepção de degeneração como processo fisiológico que ao longo do tempo atua no psicológico, diversos indivíduos de tornam cientificamente suscetíveis a se tornarem alienados, na medida em que apresentam uma anormalidade passível de desencadear uma degeneração, como são consideradas, no século XX, a epilepsia, a sífilis e as intoxicações voluntárias do tipo do alcoolismo, cocainismo, morfismo etc.

Foucault (2001) afirma que a degeneração proposta por Morel em seu tratado é a peça maior da psiquiatrização do anormal do final desse referido século. A partir da psiquiatrização da infância, e tendo o adulto como ponto final do desenvolvimento humano, a psiquiatria passa a se encarregar das condutas, e não mais apenas da doença.

Fonseca e Jaeger (2012) explicam que, conforme traz Foucault, a transposição dos limites em relação à doença mental, se dá pela busca no desenvolvimento infantil evidências de que há um estado anormal que deve ser devidamente demarcado. É a partir da psiquiatrização da infância, elucidam as autoras, que a psiquiatria vai ampliar seus domínios para prevenção e promoção, em nome da saúde mental, penetrando em diversos domínios como educação, justiça, trabalho. Essa captura da infância pela psiquiatria foi materializada pela criança que não acompanha o desenvolvimento normatizado, aquela criança considerada como atrasada.

Sobre o problema posto por Foucault sobre a ausência do corpo da loucura, a teoria das degenerescências presenteia a loucura com esse corpo. A hereditariedade, como elucidada Foucault (2006), é uma forma de dar corpo à loucura em um momento em que não se pode situar essa doença em um corpo individual. Assim, inventa-se um tipo de grande corpo fantasmático que é o de uma família afetada por várias doenças. Substitui-se o corpo da anatomia patológica por uma espécie metaorgânica, mas que constitui o verdadeiro corpo da doença mental.

A teoria da hereditariedade psiquiátrica, como aponta Foucault (2001), estabelece que não sejam apenas doenças específicas que podem provocar nos descendentes doenças do mesmo tipo, mas ela pode provocar qualquer doença de qualquer tipo, e não só uma doença, mas também vícios e defeitos. Basta encontrar um elemento desviante em qualquer galho da árvore genealógica para que o estado anormal do indivíduo seja explicado. Como exemplo, o autor se utiliza da embriaguez que, nos conformes dessa teoria, pode provocar nos descendentes outra forma de desvio de comportamento, seja a alcoolismo, claro, seja uma doença como a tuberculose, seja uma doença mental ou mesmo um comportamento delinquente.

É nesse cenário de ampliação da noção de corpo, fazendo da herança biológica o corpo da doença mental que emerge a psiquiatria ampliada alicerçando a psiquiatria no rol de estratégias da biopolítica. Essa noção de degeneração e a problemática da hereditariedade é mantida viva com Kraepelin, pai da psiquiatria moderna, no início do século XX. A influência da teoria das degenerescências de Morel na obra de Kraepelin pode ser facilmente verificada na publicação *“Sobre uma questão de degeneração”* de 1908, uma das principais obras do precursor da psiquiatria moderna (Caponi, 2012).

Caponi (2012) observa que, apesar de suas diferenças, as questões clássicas de inquietação de Morel e demais teóricos da degeneração, como degeneração hereditária; a herança mórbida; os estigmas de degeneração; as lesões cerebrais consideradas ao mesmo

tempo como efeito e causa de comportamentos desviados; a transmissão hereditária de desvios tais como o alcoolismo ou o crime; o alcoolismo como causa de degeneração e de doença mental, continuam aparecer no desenvolvimento teórico de Kraepelin.

Para Kraepelin, traz Caponi (2012), a doença mental tem duas particularidades, que são o caráter hereditário e a evolução do sofrimento psíquico. Por isso, além de se atentar ao histórico familiar, o psiquiatra deve olhar atentamente também para os indicadores da infância. Foucault (2001) demonstra que se na psiquiatria herdada de Esquirol a psiquiatrização se dava com o afastamento da infância, ou seja, a doença só se tornava real na medida em que o doente não se parece em nada com a criança que foi, nessa nova psiquiatria é o oposto, a doença é validada na medida em que se verifica a continuidade infância-idade adulta, em que a pessoa se parece exatamente como a criança que fora outrora.

Apesar de tal contribuição, a maior realização de Kraepelin é a objetividade do diagnóstico psiquiátrico, que a partir de então deve ser feita uma classificação unificada e convincente. O olhar do psiquiatra deve ser científico, sem espaços para empatia. Os estudos da neurologia cerebral devem associar-se aos estatísticos comparativos e posteriormente genéticos para determinar a hereditariedade da patologia. Inaugura-se uma era estritamente médica da psiquiatria (Caponi, 2012).

“Qual é esse efeito que causa tantos problemas?” Para essa pergunta, Dr. Futurito também tem uma resposta, “a falsa sensação de prazer”. Seguida por uma explicação científica de como funciona o cérebro e hormônios produzidos estava na resposta “(...)Acho que você já sabe nosso cérebro é responsável por controlar todas as funções do nosso corpo e também nosso comportamento. Ele funciona como um computador que guarda na memória tudo que precisamos para sabermos quando e como precisamos comer, andar, falar, estudar, aprender, gostar de alguém, sentir medo e fugir, cuidar com carinho, amar nossos pais, enfim, sobreviver e conviver em sociedade sendo um cidadão de bem (...). Todas elas (as drogas) são capazes de liberar mais dopamina que o normal no cérebro ou simular o efeito dela. Ou seja, criam uma sensação falsa de prazer. Muitas vezes essa sensação é muito intensa e agrada muito as pessoas que sentem (...). Como a dopamina é responsável por dar o prazer que sentimos quando fazemos algo legal, algumas pessoas substituem tudo pela droga. (...)Além disso as drogas podem complicar outras funções do nosso corpo podendo causar muitos problemas no coração, fígado, rins, pulmões, etc. Outra coisa que você não pode esquecer é que a maior parte das drogas é ilegal. Se você for pego usando ou com alguém que usa, poderá ser detido, ser fichado na polícia e até condenado a ficar preso por muito tempo!” (diário de campo).

Novamente a questão das drogas não foge a esse momento da psiquiatria. Caracterizada agora como uma dependência química, o uso de substâncias psicoativas é lido a

partir de circuitos cerebrais de recompensa e mecanismos psicológicos de busca pelo prazer causado pela ativação desses circuitos neuronais e liberação de hormônios como a dopamina. (Laranjeira, 2011; Formigoni & cols., 2016)

A explicação da dependência química a partir dos circuitos cerebrais tem ganhado força, especialmente entre os profissionais de saúde. Em 2006 a OMS publica um livro chamado *Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas* cujo objetivo é fornecer uma visão abrangente dos fatores biológicos da dependência química, considerados aqui natureza desse problema, resumindo os conhecimentos dos últimos 20 a 30 anos. Ela é considerada uma publicação importante pela OMS no assunto.

A recuperação das teses de Kraepelin, na segunda metade de 1970 viabilizou uma mudança radical na classificação de doenças psiquiátricas e assim, também o modo de definir o diagnóstico e a terapêutica. Essa recuperação teve influência direta na reformulação do *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, o DSM*, que até então já contava com duas edições produzido pela Associação Americana de Psiquiatria. O DSM III, tendo psiquiatras neokraepelianos como autores, transformou radicalmente o diagnóstico e o tratamento de doenças psiquiátricas, e a cada edição aumenta-se consideravelmente o número de transtornos catalogados (Caponi, 2012).

Em 1952 o alcoolismo foi incluído no Manual Diagnóstico e Estatístico primeira edição (DSM-I). Com o conceito de ‘síndrome de dependência do álcool’, em 1970, proposto por Edwards e Gross, o indivíduo passa a ser considerado alcoólatra ou não alcoólatra. A dependência do álcool passa a ser definida como um conjunto de sinais e sintomas em decorrência do uso disfuncional da substância (Marques, 2001; Bordin, 2015).

Somente nas edições mais recentes dos manuais de classificação, DSM-IV e CID-10, a dependência de outras drogas, estimulantes e perturbadoras do sistema nervoso central passou a ter uma descrição mais detalhada. O aumento do consumo dessas substâncias na década de 60 provocou um aumento das pesquisas sobre os mecanismos de ação e propostas de tratamento (Anthony & cols., 1991 conforme citado em Marques 2011).

Recorte histórico 2- A proibição das drogas no Brasil

O uso do álcool já estava presente no território brasileiro antes mesmo da colonização. Os nativos do Brasil faziam uso de uma bebida fermentada da mandioca chamada *Cauim*, utilizada nos rituais e festas tribais. No início da colonização as bebidas alcólicas tiveram

papel importante, sendo utilizadas como objetos de escambo entre os portugueses e os índios, mantendo os nativos sob domínio dos colonizadores (Santos,1995; Sales, 2010; Brasil, 2016).

No período colonial já se observava a preocupação com o consumo excessivo do álcool e as primeiras tentativas de gerir não apenas o consumo, mas os próprios nativos que resistiam ao processo de colonização, principalmente por parte da igreja. Nesta época, conforme desenvolve Sales (2010), o álcool era considerado “a peste das aldeias”, pois se responsabilizava o consumo exacerbado dessa substância pela insubordinação indígena e homicídios cometido por eles.

Conforme a historiadora, dado o progresso da indústria de derivados da cana de açúcar, a catequese era uma opção possível quando o consumo indígena se tornava excessivo. No entanto, para Sales (2010), essa inquietação dos religiosos a cerca dos malefícios do álcool na convivência social constituía-se uma contradição, pois a montagem de destilarias de aguardente, nos aldeamentos indígenas pelos missionários, era fato corriqueiro e aceitável.

A medicina brasileira veio a se ocupar do uso excessivo das drogas em meados do século XIX, quando foram introduzidas as primeiras técnicas de anestesia com o éter e o clorofórmio. Desde então, acompanhou o processo de institucionalização, tanto dessa medicina científica, quanto de suas diversas especializações, em particular a psiquiatria (Adiala, 2011).

O grande desafio dos médicos psiquiatras nesse período era a inclusão do Brasil na lista de países civilizados e a ciência seria importante recurso para que esse objetivo fosse alcançado. Assim, a organização crescente da ciência, com o estabelecimento das condições de sua institucionalização, especialização e profissionalização, fazia parte de processo civilizatório em curso (Adiala, 2011).

Nesse período os médicos também se inquietavam com o consumo de aguardente entre as classes populares e escravos. Contraditoriamente, no que diz respeito ao consumo de vinho, o consumo moderado era louvado. Apesar do uso em excesso também ser criticado, não se fazia alvo de interdições. Claro que o vinho era uma bebida consumida entre as classes dominantes (Santos,1995), o que demonstra o caráter racista dos temores médicos brasileiros sobre as drogas.

Nesse século, as ideias médicas brasileiras eram fortemente influenciadas pela psiquiatria francesa e as discussões sobre o alcoolismo incorporou teorias advindas dos trabalhos de Pinel, Esquirol e Magnam, autores extremamente preocupados com os aspectos sociais (Santos, 1995; Adiala, 2011). Conforme demonstra Adiala (2011), até 1880 os temas mais debatidos nos periódicos e pesquisas médicas foram o do abuso de bebidas alcoólicas e

do uso da medicação anestésica e suas consequências. Os estudos sobre o alcoolismo estava relacionado aos danos orgânicos como a cirrose hepática.

Nessa época, a formação médica passava por intensas transformações, uma das quais era a introdução da cadeira clínica psiquiátrica e doenças mentais. Ainda conforme o autor, em 1890 a maioria das publicações de artigos médicos tinham como assunto a cocaína e seus usos terapêuticos. As teses em menores quantidades também traziam o tema, sempre demarcando o duplo da cocaína: cura e veneno.

A primeira menção a uma categoria diagnóstica que relacionasse drogas e loucura foi a tese apresentada pelo Dr. Jerônimo Rodrigo de Moraes à Faculdade de Medicina, em 1890, abordando o tema das psicoses de origem tóxica. Nessa tese Rodrigo de Moraes discute a distinção entre a dipsomania e o alcoolismo, sendo a primeira uma verdadeira moléstia mental, a segunda se enquadrava na categoria das intoxicações (Adiala, 2011).

Mas essa psiquiatria do século XIX alinhada ao saber psiquiátrico francês sofre uma reconfiguração com a designação de Juliano Moreira para assumir a Assistência Médico-legal aos alienados em 1903. Vera Portocarrero (2002) aponta uma ruptura tanto no âmbito do saber quanto da prática entre a psiquiatria brasileira do século XIX e a psiquiatria introduzida por Juliano Moreira no início século XX.

A partir de 1890, mostra Portocarrero (2002), o modelo de Esquirol começa a ser radicalmente substituído pela teoria de Kraepelin, traçando modificações no saber e prática psiquiátrica do Brasil. Se no século XIX a psiquiatria voltava-se para a medicalização e psiquiatrização do hospício, no século XX esse projeto se estende a outras instancias sociais. Embasado na noção ampliada de anormalidade, cria-se um sistema de assistência totalmente novo e instituem-se novos espaços terapêuticos e preventivos.

Toda essa mudança epistemológica das categorias de anormais aos moldes da Europa, que de Esquirol, para Morel até Kraepelin, tornaram a um só tempo a ação da psiquiatra mais específica, dirigindo a cada caso específico de anormalidade, e mais abrangente, observando um numero muito maior de indivíduos prejudiciais à sociedade, partindo da ideia da que é possível à recuperação desses anormais por meio de uma intervenção baseada em um saber médico científico (Portocarrero, 2002).

Vale lembrar que com essa mudança de objeto da doença para o comportamento anormal e da função de fundamentalmente de cura para proteção e ordem, Portocarrero (2002) sublinha que a assistência psiquiátrica passa a ter um objetivo terapêutico e preventivo de combater a criminalidade e a baixa produtividade.

No início do século XX, tal como traz Adiala (2011), as discussões sobre as drogas passam a ser centradas no álcool e de 1905 até 1910 o uso do álcool é tematizado tendo-se em vista seu grau de determinação nos casos de internação no Hospício Nacional de Alienados, mas também considerando sua circunscrição em categorias como embriaguez, psicose alcoólica e alcoolismo.

Continuava o projeto de modernização do Brasil e, às vistas disso, em 1923 criou-se a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), reunindo a elite médica da época na defesa de ideais do saneamento preventivo da população no que dizia respeito às moléstias mentais e seus consequentes danos morais na população brasileira. O fundador da LBHM e diretor da colônia de psicopatas de engenho de dentro, Gustavo Riedel, em relatório ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, enfatizava o risco representado pelo uso de substâncias tóxicas para a saúde, o que tornava mais urgentes as ações de higiene mental (Adiala, 2011).

O período entre 1921 a 1931 as matérias no periódico psiquiátrico são as mais expressivas do ponto de vista quantitativo e qualitativo, pois são elas que irão divulgar a nova ideia de *toxicomania*. É também nesse momento em que é aprovada a primeira legislação que criminaliza a venda de drogas nos pais (Adiala, 2011).

O decreto nº 4.249, de 6 de julho de 1921 estabelece penalidades para contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários (Brasil, 1921).

Adiala (2011) demonstra em sua pesquisa que na década de 1930 o discurso sobre as drogas no Brasil passa por uma transformação, saindo exclusivamente do campo médico para o campo policial, e mudando o discurso sobre as drogas problemáticas, concentrando-se na proibição da maconha. A diferenciação das drogas feitas nesse período diferenciou os vícios elegantes, que seriam de morfina e cocaína, dos vícios deselegantes, da maconha. Tal diferenciação, conforme o autor produz uma diferenciação também do tipo de repressão usada em cada caso, assim como a população reprimida.

Até a década de 50 os discursos médicos e juristas eram predominantes quando se falava em drogas, porém, a partir de então começa a aparecer uma literatura nacional de caráter mais sociológico, se atentando à mudança de perfil do usuário de drogas. Essas discussões se voltam para os comportamentos desviantes nos quais se incluíam o uso de drogas. Começam a aparecer aqui as questões sociais (Adiala, 2011).

No final de 1970 aparece um modelo de política sobre drogas embasadas nos preceitos da Convenção Única da ONU de 1961, que determina a proibição do consumo e comércio de

determinadas substâncias, rotuladas de improprias para consumo. As punições efetivas aos usuários de drogas no Brasil começam no final de 1968 e se consolida na década de 1970. Nesse período, o paradigma proibicionista se torna um regime de verdade, que se materializa no Brasil em dispositivos de segurança e normalização como as leis nº 6.368/76, lei nº 10.490/02, e lei nº 11.343/06 (Neves, 2015).

Neves (2015), ao analisar a incorporação do discurso proibicionista nas práticas de governamentalidade do Brasil, assinala que a década de 70 é o prelúdio das políticas proibicionistas no país. Nesse decênio é publicada uma série de reportagens na revista *Veja* sobre drogas, que utilizam o discurso médico como base para sua argumentação. A mídia começa a associar o consumo de drogas com agravos sociais que ganham maior atenção por parte dos governantes. Ainda nesse período a política de guerra às drogas não é incisiva no Brasil. Além do discurso médico e jurídico-político, os empreendedores morais da causa proibicionista, como chama o autor, recorrem a representantes religiosos para legitimar sua argumentação.

A guerra às drogas se estabelece em território nacional na década de 1980. Há um reforço das políticas proibicionistas, especialmente das drogas ilícitas com destaque para a cocaína. Tais empreendimentos se alinham às políticas intervencionistas norte-americanas de combate ao comércio e plantação de coca da Colômbia (Neves, 2015).

Neves (2015) sublinha que o discurso sobre as drogas, ainda embasados pelo sistema de saber médico-legal, passa a ser amedrontador e instaura medo e insegurança popular, facilitando a instauração de dispositivos de segurança que objetivam punir usuários e traficantes. No final dessa década os enunciados incentivando a guerra às drogas ficam mais frequentes e mais apelativas, começando a ressignificar o regime de verdade sobre drogas.

Os anos 90, como mostra o autor, é o momento em que começa uma abertura midiática ao discurso progressista sobre drogas. Os saberes médico e jurídico continuam norteando o regime de verdade sobre o assunto, porém diminui-se a desqualificação dos usuários. Em meados dessa década começa-se a avaliar a efetividade das ações proibicionistas usadas no decênio anterior, o que possibilitou a emergência de debates sobre a descriminalização e legalização de determinadas drogas. Os gastos excessivos com a guerra às drogas passam a ser um fator relevante nessa abertura aos discursos de tolerância.

No campo jurídico, os defensores de políticas mais progressistas que argumentam a favor de penas alternativas e abordagens de tratamento diferentes ganham voz nos debates públicos. Começa-se aqui o prelúdio das novas políticas de saúde voltadas aos usuários de

álcool e outras. Contudo, Neves (2015) destaca que apesar dessa abertura, o discurso dominante no congresso nacional ainda é proibicionista, assim como as políticas adotadas.

Duarte e Dalbosco (2016) apontam que foi em 1998 que se inicia uma movimentação em direção a construção de uma política específica acerca da redução de demanda e oferta de drogas. Após a XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas foram criados Secretaria Nacional Anidrogas (SENAD), diretamente vinculada à, então, Casa Militar da Presidência da República e o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Anidrogas (CONAD). Nota-se que a questão das drogas é tratada dentro do âmbito da segurança pública.

Em 2002 ficou aos encargos da SENAD a articulação dos diversos setores para a construção da primeira política brasileira sobre drogas. Desse modo, por meio do Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, a primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) foi instituída. Um ano mais tarde essa política foi revisada e atualizada, considerando as transformações sociais, políticas e econômicas que o cenário mundial e o país estavam passando, dentro as quais se incluía a Reforma Psiquiátrica. A nova política passou a se chamar Política Nacional Sobre Drogas, retirando o prefixo “anti” (Duarte e Dalbosco, 2016).

Essa Nova diretriz política instituída na Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, marca a transição das questões das drogas para o campo da saúde pública e será explorada e problematizada no próximo capítulo. A seguir serão apresentadas quatro linhas de poder.

Linha 1 : Econômica

Como levantado anteriormente, foram nos Estados Unidos que emergiram as políticas proibicionistas. Logo após a Guerra Civil norte-americana movimentos ligados à igreja protestante, conhecidos como movimentos de temperança intensificaram suas ações. Em 1906 promulga-se a lei americana sobre alimentos e drogas, marcando o início do controle estatal sobre as drogas. Com grande influencia dos movimentos da temperança, em 1920 o congresso americano aprova a conhecida Lei seca, que proibia o consumo e comercialização do álcool no país. (Sales, 2011; Neves, 2015)

Foucault (2008a) ao analisar as políticas de drogas desenvolvidas nos Estados Unidos dentro da racionalidade neoliberal americana demonstra como esse problema das drogas é um fenômeno de mercado, portanto é do âmbito de análise econômica, de uma economia da criminalidade. A droga, que se apresenta como um mercado tem como principal

política de enforço até a década de 1970 a redução de oferta da droga. Isso quer dizer é uma política de controle e desmantelamento das redes de refino e distribuição.

Era, porém, um desmantelamento parcial, de modo que, uma vez que não se seguia as leis do mercado e da concorrência, aumentou o preço unitário e fortaleceu a situação de monopólio de certos grandes vendedores. Por fim, a demanda, isto é o consumidor das drogas, é inelástica, pelo menos no caso dos intoxicados graves, ou seja, não importa o valor que esteja o produto, o consumidor está disposto a pagar para consegui-la. Essa rigidez da demanda vai aumentar a criminalidade. (Foucault, 2008a)

Com a legislação de 1960 mostrando-se um fracasso, no início dos anos 1970 aparece a tentativa de uma segunda solução, formulada em termos mais econômicos. Era necessário fazer que a droga se tornasse mais acessível e mais barata, porém com modulações e precisões para que o consumo de drogas fosse o menos criminógeno possível, isto é, fornecer drogas a baixo preço para os ditos drogados, e para os não drogados, drogas a valores altíssimos. A partir daí cria-se toda uma política da lei voltada para os novos consumidores, para os consumidores potenciais, pequenos traficantes que obedecesse a racionalidade de mercado. (Foucault, 2008a)

Linha 2 Guerra às drogas e racismo de Estado

Passado algum tempo, e o racismo voltava para pauta do grupo. “*E aí, qual o tema do próximo encontro?*” “*Aquele, da diferença de pele*”, disse um usuário passando o dedo em seu braço negro.

O filme escolhido pra abordar o tema foi Homens de honra. Olhos atentos, olhos úmidos e vermelhos encaravam a parede branca onde rodava o filme. O filme acabou e os olhos se dispersaram, mas elevaram-se as vozes:

V: Ele lutou, correu atrás do que ele queria, do sonho dele e venceu. Ninguém acreditava nele, ficou lá no portão, persistiu até que deram o braço a torcer e deixaram ele entrar.

J: A gente correr atrás do sonho da gente é persistindo. Não dando tombo nos outros. Eu não tento dar tombo em ninguém. Ele tentou na honestidade. A honestidade vale tudo. Tanto é que ele foi o herói. Aqueles que lutam conquistam na honestidade. Mandaram ele ser UM COZINHEIRO. Mas o sonho dele não era ser um cozinheiro. Era tá lá [como mergulhador], naquele lugar que ele falou que ia conquistar e conquistou. A pessoa vai sendo humilhada. Se você é uma pessoa hoje, amanhã faz melhor. Só não pode prejudicar. Você elogia a pessoa.

F: A humilhação que ele passou, se fosse qualquer um branco ali já ia ter desistido. Na cena das ferramentas mesmo, se fosse um branco... No fundo no fundo ele queria provar que era capaz de ser igual um deles

J: Eu conheci num lugar desses. Pessoa estudada e comandava uma grande igreja da cidade. Nós chegamos e foi lá e chamou a gente. Fui. “Preto aqui nem pensar, preto aqui nem bispo nem papa nem padre se for preto, aqui não”. Falou desse jeito. Lá em

Santa Catarina. Então eu fiquei pensando, e porque eles vêm de outro país e nós aceitamos eles aqui? Eles falaram desse jeito, descemos do carro e o portão ‘paaf’ “Preto não tem vez, aqui não”.

F: Eu já assisti muita partida de futebol que ficam chamando de macaco, de preto sem dinheiro... A gente tem que viver com isso neh, lidar com isso. Tem que ter o ouvido embaixo do sovaco, pra não ouvir o que não queria. Porque às vezes a gente ouve coisas que não quer ouvir. A vida é isso mesmo. A gente tem que usar nossa inteligência pra passar por tudo isso aí. Fazer de conta que é só mais um no meio da multidão. Dando palpite errado. É não ouvir e ir pra frente, porque é só você e Deus. Tem pessoas que te dão palavras negativas e outras positivas.

J: Muitas das vezes eu fico pensando.. Às vezes as pessoas ficam tentando me rebaixar... se eu for em qualquer lugar eu vou por igual. As vezes eu vou no quartel e como comida lá. Então, eu fico pensando, eu não sou melhor do que ninguém e sou morador de rua, durmo em qualquer calçada. Eu vivo na rua . (diário de campo).

Não se pode falar no percurso de proibição das drogas e a criação de dispositivos reguladores sem passar pelo racismo. Penso primeiro ser necessário desenvolver sobre o papel do racismo dentro de uma biopolítica, para daí compreender como ele se encaixa nos regimes de verdade sobre as drogas.

Para Foucault (2002), o discurso racista foi um episódio do grande discurso de guerra das raças, que foi retomada no final do século XIX em termos sócio-biológicos, com finalidades essencialmente de conservadorismo social e, em certos casos, colonização. O autor mostra em que momento, no final do século XIX esse discurso de guerra vira um discurso racista, e esse discurso da guerra das raças vira uma contra história.

Como já discorrido no capítulo anterior, desde o século XVIII duas tecnologias de poder são introduzidas e sobrepostas. Uma é disciplinar, centrada no corpo, individualizante, que manipula o corpo para torna-lo dócil e útil. A outra é uma tecnologia centrada na vida, que agrupa efeitos de massa próprios de uma população, que busca controlar e eventualmente modificar eventos fortuitos que ocorrem numa população viva e compensa-los, buscando a segurança do conjunto em relação seus perigos internos (Foucault, 2002).

É nesse cenário da biopolítica, nessa tecnologia de poder que tem como finalidade a vida, que Foucault discorre sobre as guerras das raças e racismo de estado. Aparecem paradoxos no exercício do biopoder: Como vai se exercer o direito de matar e a função do assassínio que Foucault se o poder de soberania recua cada vez mais e avança o biopoder? Como o biopoder, que se trata essencialmente de aumentar a vida, pode matar? Como esse poder pode deixar morrer? Como exercer o poder de morte num sistema político centrado no biopoder? É aí que entra o racismo (Foucault, 2002).

O racismo é justamente o racismo que vai garantir o direito do Estado de matar, de exercer seu poder de soberania. O racismo não é uma invenção do século XIX, XX, porém

funcionava de outro modo. A emergência do biopoder inseriu o racismo nos mecanismos de Estado e se torna mecanismo fundamental do poder, de modo que quase não haja funcionamento do Estado moderno sem que, em algum momento, em certo limite e condições, não passe pelo racismo. (Foucault, 2002)

Para Foucault o racismo foi o que introduziu um corte entre o que deve viver e o que deve morrer. O aparecimento das raças no contínuo biológico da espécie humana, suas distinções e classificações hierárquicas como boas e outras inferiores é uma maneira de fragmentar esse campo do biológico ao qual o poder se incumbiu, é uma maneira de defasar no interior da população grupos em relação a outros. Trata-se de estabelecer uma censura biológica em um domínio biológico. Dessa forma, a primeira função do racismo é fragmentar, fazer censuras no interior desse contínuo biológico no qual se volta o biopoder.

A segunda função do racismo, conforme traz o autor, é permitir uma relação positiva, ou seja, quanto mais deixar morrer, mais você viverá. Essa relação de que para viver é preciso fazer morrer é uma relação de guerra. E é justamente essa relação guerreira que o racismo faz funcionar de uma maneira nova e compatível com o biopoder.

Em um momento inicial o racismo não vai estabelecer uma relação de guerra militar de enfrentamento, mas uma relação biológica entre o que vive e faz morrer enquanto espécie. A morte do outro não representa somente a segurança, mas, na medida em que a raça inferior morre, a espécie fica mais sadia e pura. Esse mecanismo atua não porque é necessário suprimir, no sentido político, o adversário, mas porque são perigosos. O imperativo de morte só é admissível porque é preciso eliminar o perigo biológico e, por conseguinte, o fortalecimento da espécie (Foucault, 2002).

Dessa forma, o racismo é a aceitabilidade de tirar a vida de alguém na sociedade de normalização, é o que assegura a função assassina do Estado. Se o poder de normalização quer exercer o direito do soberano de matar, ele tem que passar necessariamente pelo racismo. No entanto, o inverso também é verdadeiro, ou seja, um poder de soberania, que tem direito de vida e de morte, quer funcionar com instrumentos, tecnológicas de normalização, ele também tem que passar pelo racismo. Quando se fala em assassinio, não é necessariamente o assassinio direto, mas os indiretos também são considerados, como a exposição à morte, multiplicar o risco de morte para alguns, morte política, rejeição etc. (Foucault, 2002).

A partir de então compreende-se o vínculo imediato que se estabelece entre o discurso de poder e a teoria biológica do evolucionismo no século XIX. O conjunto de noções implícitas na teoria de Darwin, como hierarquia e seleção das espécies, luta pela vida entre as espécies, tornou-se naturalmente uma maneira de pensar as relações de colonização,

necessidades das guerras, criminalidade, fenômenos da loucura, doenças mentais, história das sociedades com suas diferentes classes, etc.

Podemos compreender também, como aponta Foucault, porque o racismo se desenvolve nas sociedades modernas baseadas no biopoder e porque ele vai irromper em certo número de pontos privilegiados em que o direito à morte é requisitado. O racismo vai se desenvolver junto com o genocídio colonizador, por meio dos temas do evolucionismo (Foucault, 2002).

Já na guerra trata-se de destruir a raça adversa, que representa o perigo biológico representado. Essa é uma extrapolação biológica do tema do inimigo político. Trata-se também de regenerar a raça, torna-la pura. Temos aí um racismo da guerra no final do século XIX, necessitado pelo biopoder quando queria fazer guerra (Foucault, 2002).

Pode-se comparar isso à criminalidade. Se a criminalidade for pensada em termos de racismo foi a partir do momento em que era preciso tornar possível a condenação à morte de um criminoso ou seu isolamento. O mesmo pode se dizer com a loucura e com as anomalias diversas. De modo geral, o racismo assegura a função de morte no biopoder, de modo que a morte de uns é o fortalecimento biológico do indivíduo na medida em que ela é parte de uma população. A especificidade do racismo moderno está ligada à técnica do poder, o que permite o biopoder se exercer, exercer seu poder de soberania. Daí pode compreender porque os Estados mais assassinos são os mais racistas (Foucault, 2002).

O filme da vez era *A vida é bela*. O longa-metragem comoveu bastante os participantes. Muitos choraram. Um usuário levantou-se chorando copiosamente, de forma que era difícil entender sua fala, mas falava de seus filhos. Outros limpavam silenciosamente as lágrimas. Surgiu uma grande curiosidade sobre o nazismo e o holocausto, por isso, continuou sendo o tema da semana seguinte. Para dar continuidade às conversas sobre o nazismo o documentário *Um dia em Auschwitz* dava início a atividade do grupo.

Na semana seguinte passamos um documentário chamado ‘Um dia em Auschwitz’. O documentário mostrava a história de uma mulher que sobreviveu ao holocausto e retornou ao campo de concentração para contar como era a vida lá e como sobreviveu. Havia rostos com expressões severas assistindo. Um dos usuários, que estava alcoolizado gritava *“Isso aí ó, aconteceu comigo. Lá no orfanato. A gente chegava desse jeito”* *“Um cachorro vale mais que a gente, na rua é desse jeito”* (a protagonista conta como chegavam aos campos de concentração e como as comidas eram distribuídas. Os cachorros do exército alemão comiam as carnes e os judeus ficavam com o resto). As falas causavam movimentação, e os usuários começavam a falar ao mesmo tempo e a concordar entre eles. (Diário de campo)

Foucault (2002) levanta que não há como falar de racismo sem falar de nazismo. O Estado nazista é demasiadamente disciplinar, e ao mesmo tempo, é o Estado nos quais as regulamentações biológicas são adotadas de maneira mais densa e insistente. Foi também na sociedade nazista em que o poder assassino do Estado se desencadeou de forma mais completa. Esse poder de matar, que perpassa todo campo social nazista se manifesta porque o poder de matar é dada a toda série de indivíduos e não apenas ao Estado. No limite, todos tem direito de vida e de morte sobre seu vizinho, ainda que fosse pela denúncia.

No nazismo, a guerra é colocada explicitamente como um objetivo político e a fase final da política. A destruição das outras raças não é o objetivo final, ea é simplesmente uma das faces do projeto nazista, sendo a outra a exposição da sua própria raça ao perigo absoluto. Essa exposição à destruição total é um dos princípios inseridos nos deveres fundamentais da obediência, pois somente mediante essa exposição a raça se constitui como superior às raças exterminadas ou sujeitadas. Temos na sociedade nazista um Estado absolutamente racista, absolutamente assassino, e absolutamente suicida. (Foucault, 2002)

Samba. Esse era o tema que ficaria em pauta por duas semanas. Na primeira o data show projetava na parede branca o documentário ‘A verdadeira história do samba’ e em seguida o vídeo ‘Samba, 100 anos de resistência’. Na segunda, ‘Cartola: musica para os ouvidos’. Outro tema se sobrepõe: racismo. *“Muito louco essa coisa ne. Eu fico vendo minha mãe, minha avó, elas são negras e não se percebem assim. Sofrem pra alisar cabelo e se mudar e tal. Eu to me redescobrimdo enquanto negro, eu sou negro”*, ecoa a voz de um usuário (diário de campo).

O papel desempenhado pelo racismo no processo de proibição de determinadas substâncias é claro. Beauchesne (2015) expõe esse papel na interdição do uso do ópio, da cocaína e da maconha. Tal como traz a autora, as ligas das temperanças são ingredientes importantes na proibição das drogas. Essas ligas, cuja religião tinha importante lugar, pregavam a proibição do álcool. Inicialmente os argumentos contra o álcool não eram sobre a saúde, mas pelo temos de um produto considerado moralmente perverso, sendo este uma ameaça para a raça-branca anglo-saxã, representada pelo protestantismo.

A expansão dessas ligas foi fortemente encorajada por indústrias na Inglaterra e na América do Norte, principalmente as que adotavam o trabalho em série, pois o uso do álcool diminuía a produção devido à baixa atenção. Essas indústrias se aliarão às mulheres dos operários, que acreditavam que o álcool era em grande parte responsável pela violência domestica que sofriam (Beauchesne, 2015).

Esses mesmos movimentos religiosos na base das ligas da temperança iniciaram um campanha contra o ópio no final do século XIX. Em muitos aspectos, os argumentos contra o ópio se assemelhavam à luta contra o álcool, porém o racismo contra os chineses ganha mais espaço na rejeição ao ópio, conhecido como droga do estrangeiro (Beauchesne, 2015).

Uma inquietação popular a respeito da possibilidade da farmacodependência do ópio começa a se alastrar e ganha grandes proporções. Médicos reafirmam essa inquietação nos debates de saúde pública, chamando a dependência do ópio de epidemia, e contra toda evidência, atribuem aos chineses o lugar de contaminadores. Muitos chineses faziam uso de ópio nessa época, seguindo um hábito iniciado na china. Eles o importavam e aproveitando da popularidade do produto, vendiam-no nas casas de fumo (Beauchesne, 2015).

Associado a esse discurso médico-farmacêutico e ao discurso racista de certos discursos religiosos, campanhas antiópio descrevem os malefícios do ópio, referindo-se, claro, não ao comércio Britânico, mas ao paganismo chinês e sua cultura de bárbaros. Assim, os chineses foram acusados de serem os grandes responsáveis pela expansão de mercado do ópio (Beauchesne, 2015).

Beauchesne (2015) afirma que essa culpabilização racista dos imigrantes chineses permitiram o funcionamento da rede de poder: os médicos continuaram suas práticas contraditórias, onde continuavam a prescrever ópio e seus derivados enquanto lutavam contra a forma de uso fumada; os religiosos reforçaram a vitalidade do protestantismo para os anglo-saxões; os movimentos sindicais conseguiram argumentos para defesa dos direitos brancos, pois legitimou a mão-de-obra concorrente; para a indústria farmacêutica, o racismo descreditou o único concorrente no mercado.

Assim, em 1885 decretou-se o uso de ópio nas casas chinesas. Em 1887 aparece a primeira legislação nacional proibindo os chineses de importar ópio. Em 1890 cria-se um monopólio farmacêutico ao decretar que somente os americanos podem tratar o ópio e em 1901, a venda de álcool e ópio será proibida às “raças não civilizadas”. A primeira lei de aplicação a toda população será implantada em 1908 no Canadá e em 1909 nos EUA. Apesar dessas medidas, a autora traz que no período entre 1860 e 1909 a importação de ópio não para de aumentar (Beauchesne, 2015).

Se a proibição do ópio pôde ser concretizada graças ao racismo contra os chineses nos EUA, a cocaína se efetivou a custa do racismo contra os negros dos guetos americanos. À cocaína foi dada toda a culpa das revoltas negras nos guetos, já que era a principal droga utilizada por eles. Nessa época, estudos científicos começaram associar cocaínas, negros,

criminalidade e pobreza, legitimando interesses políticos na explicação da cocaína como causa dos problemas socioeconômicos (Beauchesne, 2015).

França (2016) ressalta que Assim como nos Estados Unidos, a guerra às drogas no Brasil se configura estrategicamente como guerra contra certos grupos sociais. O autor destaca a seletividade da legislação de drogas no país a partir dos estudos de Boiteux que demonstra que encarceramento pela legislação atual vigente no Brasil é de indivíduos negros e pobres.

Para o autor, um dos aspectos que desnudam o racismo como estratégia estatal para controle de determinados grupos sociais é a produção de uma identidade deteriorada daqueles que mantém alguma relação com a droga. Os discursos e práticas antidrogas se pautam no bem comum, seja pela saúde, seja pela segurança, de modo que tal ideia de efetiva em grupos sociais específicos. A maconha foi substância decisiva para o estabelecimento do proibicionismo no Brasil, uma vez que a principal população que fazia uso eram classes subalternas, principalmente os negros.

Foi no momento em que o Brasil ansiava pelos moldes europeus, que surgiu em 1915 o texto que em grande parte fundamenta o proibicionismo brasileiro: Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício, do médico Rodrigo Dória. Considerado uma doença própria das classes ignorantes, também nesse texto o uso da maconha é ligado à criminalidade e à violência. Ainda para o autor, essas linhas do discurso de Dória são utilizadas ainda hoje nos discursos contra o crack, quando se relaciona o crack com a prisão e/ou com a morte. (França, 2016)

Paiva e Costa (2017) afirmam que os efeitos das práticas moralistas e punitivas no quesito drogas legitimam e contribuem para a manutenção das relações de poder e agudizam desigualdades sociais. Para os autores, um aspecto relevante sobre a desigualdade social brasileira é expresso no fato de que entre os 10% mais pobres, 75% eram pretos ou pardos e apenas 24%, brancos.

Por fim, considerando as problematizações de Foucault (2002) acerca do racismo enquanto parte fundamental da biopolítica, para que o Estado exerça seu direito do soberano de matar, e o papel do racismo no processo de interdição de determinadas drogas, a guerra as drogas é também uma guerra contra a população negra, que tem resultado no genocídio dessa população no país.

Linha 3 O manicômio

“Mas eu to conformado agora. A vida é boa quando a gente conforma com ela. Deus perdoa o crime e o pecado, mas o homem não perdoa o crime e o pecado... Eu tenho medo de ser internado pra sempre.” Disse um usuário que havia saído recentemente de uma internação de 30 dias no hospital psiquiátrico da cidade. Além de ser dependente do crack, é diagnosticado com esquizofrenia e epilepsia. Resistia bastante à participação nas atividades do CAPS, embora passasse o dia todo no estabelecimento. Também não aderiu ao tratamento medicamentoso, acreditando que o medicamento não faz bem e é a causa de sua impotência sexual. Porém, naquele momento, afirmava repetidamente que faria o tratamento no CAPS na íntegra e tomaria a medicação, portanto não precisavam mais interná-lo. (Diário de campo)

Foucault (2006), ao falar sobre o tratamento da psiquiatria para a loucura, traz que antes de qualquer coisa trata-se de um problema de vitória. A loucura é uma força que deve ser vencida, submetida ao poder psiquiátrico. Assim, a terapêutica da loucura é a “arte de subjugar e de domar” (idem, p.11) o alienado, colocando-o na dependência de um indivíduo com qualidades físicas e morais, capaz de mudar a corrente de suas ideias.

O hospital psiquiátrico torna-se local privilegiado para o exercício desse poder, sob as justificativas de, em primeiro lugar, garantir sua segurança pessoal e da família, libertá-los da influência do exterior, vencer resistências pessoais, submete-os ao regime médico e impor novos hábitos intelectuais e morais (Foucault, 2006).

Os asilos, herança dos modelos excludentes dos grandes leprosários, no movimento de retorno das condutas regulares no século XIX, assumem primeiramente, a função de descobrir a verdade da doença mental, afasta-la de tudo, mascará-la, mas também mantê-las e revigorá-las. Em suma, o hospital psiquiátrico do século XIX tinha função de diagnóstico e classificação e ao mesmo tempo de enfrentamento, vitória e submissão do doente (Foucault, 2006).

Nesse espaço, como mostra Foucault (2006), o médico é aquele que concomitantemente diz a verdade da doença pelo saber tem dela e produz a doença em sua verdade e a submete na realidade pelo poder que tem sobre o doente. O poder do médico lhe permite produzir a realidade de uma doença mental cuja particularidade é reproduzir fenômenos acessíveis ao conhecimento.

Em O poder psiquiátrico, Foucault (2006) propõe pensar a psiquiatria, menos como saber do que como poder. Um poder dissimétrico e não recíproco, que é assegurado por multiplicidade, dispersão, sistema de hierarquia. Uma disposição tática em que diferentes indivíduos ocupam lugar determinado e cumprem funções precisas. Ele demonstra como o

saber médico psiquiátrico depende desse poder de disciplina, de ordenar. Assim como o saber, a ação terapêutica da psiquiatria, só pode ser realizada dentro dessa ordem disciplinar.

Esse poder de disciplina, como explica Foucault (2006), é capilar, concentra-se para baixo até tocar e modificar os corpos individuais. As práticas disciplinares atuam sobre os corpos que não se adaptam ao que é proposto. É um poder essencialmente preventivo, que prioriza mapear as resistências e trazê-las para o mais próximo da norma. Trata-se de uma apropriação total e exaustiva do corpo e do tempo do indivíduo. É um processo de controle contínuo, com vistas ao momento em que a vigilância não precisará ser mais que virtual e a disciplina um hábito.

No Brasil, o primeiro hospital psiquiátrico foi criado com a vinda da família real para o país, marcando o início da psiquiatria nacional. Esse nascimento só é compreendido, quando entendido a partir de um projeto de medicina que incorpora a sociedade como objeto de intervenção e se impõe como alçada de controle social (Machado, 1978).

Importante ressaltar que desde o período da criação do primeiro Hospício Pedro II, até o final do século XIX grande parte dos internos eram alcoolistas. Com a influência de Esquirol sobre a psiquiatria brasileira sendo substituída por Kraepelin, novos modelos de cuidado de alcoolistas começam a aparecer, modelos mais específicos à causa.

Conforme traz Portocarrero (2002), embora nunca concretizado, os reformatórios para alcoólatras representam a possibilidade prática da separação radical entre os “verdadeiros doentes” (idem, p.132) aos quais os asilos eram destinados, e os anormais, que partir do final do século XIX, influenciados por Kraepelin, passam a ser compreendidos como sujeitos a render-se a ordem social por meio de profilaxia específica.

Essa proposta emerge da ideia de que todo degenerado pode se recuperar desde que assistido de acordo com suas particularidades e não de forma indiferenciada, como acontecia nos asilos até então. Kraepelin defendia esse empreendimento calcando-se na concepção da assistência diferenciada e específica para todos os anormais. Juliano Moreira, nesse viés, argumenta que é preciso contrapor os remédios sociais às doenças sociais, pois para o psiquiatra brasileiro, seriam os alcoolistas mais uma das “daninhas endemias sociais” (Portocarrero, 2002, p.133). Os reformatórios para alcoolistas seriam então remédios sociais, o que reforça o caráter social da prática psiquiátrica (idem, 2002).

Linha 4 Comunidades Terapêuticas, Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos

Terminava o documentário Pedras, Plantas e Caminhos, que colocava em pauta o tema da redução de danos. Assim que o documentário terminou, um dos usuários começou a recitar os 12 passos aprendidos nas reuniões de N.A em que participou nas comunidades terapêuticas em que esteve internado. Recitava de forma automática, como um bom aluno que decorou a matéria da prova final. *“Passo 1: Admitimos que éramos impotentes perante a nossa adicção, que nossas vidas tinham se tornado incontrolláveis. 2: Viemos a acreditar que um Poder maior do que nós poderia devolver-nos à sanidade. 3: Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, da maneira como nós O compreendíamos. 4: Fizemos um profundo e destemido inventário moral de nós mesmos. 5: Admitimos a Deus, a nós mesmos e a outro ser humano a natureza exata das nossas falhas. 6: Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter. 7: Humildemente pedimos a Ele que removesse nossos defeitos. 8: Fizemos uma lista de todas as pessoas que tínhamos prejudicado, e dispusemo-nos a fazer reparações a todas elas. 9: Fizemos reparações diretas a tais pessoas, sempre que possível, exceto quando fazê-lo pudesse prejudicá-las ou a outras. 10: Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente. 11: Procuramos, através de prece e meditação, melhorar o nosso contato consciente com Deus, da maneira como nós O compreendíamos, rogando apenas o conhecimento da Sua vontade em relação a nós, e o poder de realizar essa vontade. 12: procuramos levar esta mensagem a outros adictos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades”*. Concluiu: *“Eu consegui ficar dois anos sem nenhum uso de entorpecentes. E a partir do momento que eu me desviei, tive uma recaída. Aí é onde eu falo pra você, o N.A traz que não existe redução de danos. Ou você para totalmente o uso ou você volta.*

Muitos concordaram que se deve evitar a primeira, repetindo que a história é sempre a mesma, mudam-se os atores. Outro complementa: *“No meu caso eu consegui ficar um ano e quatro meses sem usar. Mas porque eu tava seguindo a religião de Jesus”*. E a conversa seguia: *“Uma coisa que eu to tentando trabalhar pra mim. Eu já abdiquei demais. Mas hoje eu to buscando a Deus, uma religião. Porque assim, eu achava que eu era capaz de gerar o meu próprio código de conduta. Meu código de conduta, eu tenho meu raciocínio, eu sei o que eu posso e não posso. Mas é difícil, entendeu? Por exemplo, fazer o cerco de Jericó, participando da igreja, comungando, te ajuda a raciocinar. Pensar mais. ‘Nossa, não é possível, cara, não vou fazer isso’”*.

“É aquele ditado neh, Tudo posso, mas nem tudo me convém”. *“Ser policiado”* disse outro. Nesse momento perguntei se precisa ser policiado, e a resposta veio: *“Nos casos que eu fiquei mais tempo sem usar a droga, foram com os crentes... eu seguindo uma religião. Eu concordo com rapaz, mas não sei. Já vi gente parar por conta própria. Desde que tenha opinião. Meu pai mesmo. Bebia muita pinga, mas aí parou, nunca mais bebeu pinga na vida. Morreu sem beber, não tomava mais caféina e nem Coca-Cola. Mas eu preciso de uma religião, um algo pra mim seguir.”* Outro prosseguiu: *“Tem que abrir mão da vontade”* [começou a recitar um dos passos do N.A]. Encerrou outro: *“Se eu for fazer a minha vontade irmão, eu enfió o pé na jaca”* (diário de campo).

As comunidades terapêuticas são serviços de internação na modalidade de moradia para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Vinculadas às igrejas em sua maioria evangélicas e católicas, os usuários de substâncias psicoativas são isolados geograficamente para reabilitação, buscando a mudança do comportamento dos indivíduos através da criação de valores, pautados na premissa de que o dito diante da impossibilidade de cura do doente dependente químico é preciso retirá-lo do contexto onde acontece o uso de drogas. (Fossi & Guareschi, 2015)

Conforme Fossi e Guareschi (2015), apesar de terem seu funcionamento regulado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária desde 2001, as comunidades terapêuticas não faziam parte da RAPS, pois não eram considerados serviços de saúde. No entanto, a partir de 2011, com o aumento do investimento estatal na questão das drogas, elas começam a fazer parte da rede de atenção psicossocial.

Encontrava-me na sala de equipe quando um usuário entrou e foi conversar com até então a coordenadora do estabelecimento. Ele pedia ajuda para que ela mediasse uma internação em uma comunidade terapêutica. *“Sério? Conseguiu? Nossa, que bom hein que você conseguiu! Não vai ser bom pra mim, mas vai ser o melhor”*. Dois dias depois o usuário estava de volta no CAPS e na mesma sala de equipe, sentada no mesmo lugar, ele se aproxima e puxa conversa. Contou-me que sua internação não havia sido aceita porque ele não tinha perfil da instituição, uma vez que se recusava a participar dos rituais religiosos que exigiam o que geravam muitos conflitos entre ele e a equipe da comunidade. Perguntei o porquê de se internar novamente, e depois de alguma reflexão *“É... O mais difícil eu já fiz, que é tomar uma decisão. Porque tipo assim, eu gosto de usar drogas, mas enquanto eu usar eu não vou mudar de vida. Eu quero internar pra resolver a questão judicial. Porque enquanto... assim, o juiz decidiu que por estar em situação de rua e usar drogas eu não respondo por mim, não sou capaz de responder por mim. E tipo, tenho quatro passagens por usuário. Quero limpar meu nome. E o principal é retomar meu processo judicial”*. (Diário de campo)

As comunidades terapêuticas são o ponto de intercessão entre o jurídico, a medicina e a moral religiosa. A inserção das comunidades no SUS está diretamente ligada às políticas de segurança pública, que contrariamente às políticas de saúde, seguem a lógica proibicionista priorizando a abstinência e as internações em longo prazo. A inserção se deu através da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, vinculadas ao Ministério da Justiça. (Fossi & Guareschi, 2015)

O Decreto 7179 de 2010 marca legalmente a articulação entre SENAD e Ministério da saúde na operacionalização das políticas de drogas. Esse decreto, intitulado ‘Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas teve como principal ação e ação imediata a

ampliação de leitos para tratamento de usuários de crack. Logo após a publicação do decreto, foi lançado o edital 001/2010 para a contratação de leitos em comunidades terapêuticas. (Fossi & Guareschi, 2015)

Geralmente, as comunidades terapêuticas brasileiras adotam o modelo dos Alcoólicos Anônimos (A.A) e Narcóticos Anônimos (N.A). O programa Alcoólicos Anônimos (A.A) foi fundado por Robert Smith Holbrook, conhecido como Dr. Bob, e William Griffith Wilson, conhecido como Bill W., tem suas bases no Grupo de Oxford, movimento religioso popular no início do século XX na Europa e nos Estados Unidos. (Cardoso, 2006)

O grupo formula uma prática de auto aperfeiçoamento, a partir de um auto inventário, no qual se admite erros, se faz reparações, fazem-se orações e meditações. A partir de uma prática confessional, as conhecidas reuniões de recuperação é o momento em que seus integrantes confessam suas experiências durante o tempo ativo do alcoolismo, expõem seus conflitos e reafirmam os princípios do A.A. (Campos, 2004; Cardoso, 2006)

Desde seu nascimento em 1935 o programa mantém íntima relação com a espiritualidade, uma vez que o co-fundado Bill W, também alcoolista, relata ter deixado a bebida depois de uma repentina experiência espiritual. Por considerar o alcoolismo uma doença incurável e progressiva, busca-se então um remédio espiritual (Cardoso, 2006). Há uma interação constante com a medicina, desde seu surgimento, uma vez que um dos seus fundadores era médico (Campos, 2004), firmando assim a aliança entre medicina e moral religiosa.

ENTRADA 3: DIAGRAMA DO ANTIPROIBICIONISMO

Aproximo-me do fim da caminhada, e ainda muitas perguntas pairam. Como se deu a produção de um novo regime de verdades sobre as drogas? Em que condições o agenciamento entre as drogas e a reabilitação psicossocial foi possível? E é no rastro dos regimes de verdade, das linhas desse dispositivo que se apropria da experiência do uso de drogas que busco compreender o agenciamento entre as drogas e a reabilitação psicossocial.

Linha dos saberes e da ciência

A aliança entre psiquiatria e direito resultaram em dispositivos de segurança que interditavam uso de determinadas substâncias psicoativas, se justificando em estudos científicos que ressaltavam a toxidade das drogas e conseqüentemente degradação para o corpo, associavam o uso das drogas à pobreza e criminalidade.

O dia estava quente. Enquanto enchia a garrafa de água, dois técnicos da equipe e um policial conversavam próximo. O assunto chamou-me atenção, falavam sobre legalização das drogas. O policial e um dos técnicos se posicionavam veemente contra, alegando que a facilidade de acesso aumentaria o uso de drogas, e conseqüentemente o número de “viciados”. A mulher mexia em seu café, pensativa, por fim, disse: *‘Ah, sabe que eu não sei. Ainda estou formando minha opinião, mas estou tendendo a ser a favor viu? Andei vendo uns vídeos, e depois que assisti a uma audiência pública sobre a maconha, comecei a mudar de opinião’*. (Diário de campo)

Com o cenário pós- segunda guerra mundial, e ascensão dos direitos humanos como um tópico relevante para a avaliação de políticas públicas, iniciam-se um movimento de questionamento de efetividade das políticas proibicionistas (linhas já apresentadas), soluções encontradas para o problema das drogas criado, e do próprio saber que embasa essa percepção. Esses questionamentos vão permitindo uma abertura nos debates sobre as drogas e a produção de uma nova verdade sobre elas.

Beauchesne (2015) coloca em questão a própria validade dos estudos científicos que reafirmam a necessidade da proibição das drogas. Para ela, essas pesquisas apoiam-se em metodologias fracas e preconceitos morais. Dessa forma, o problema não é a toxidade, mas sim o pânico criado pela divulgação sensacionalista, geralmente pela mídia, dos ecos de pesquisa, ou seja, pequenos fragmentos desses estudos.

A autora elenca uma série de problemas metodológicos de diversas pesquisas que contribuíram para a construção de uma visão na qual as drogas são os grandes males que assolaram a humanidade. Alguns estudos, conforme mostra, possuem uma amostra problemática, limitando a amostra em uma clientela problemática, e generalizando suas percepções a todos os usuários das substâncias pesquisadas.

Em confronto com as conclusões dessas pesquisas, Beauchesne (2015) traz a pesquisa realizada pela equipe da doutora Lee N. Robins, a pedido e financiamento do Congresso americano, devido ao alto uso de heroína por soldados americanos no Vietnã. Pela primeira vez uma pesquisa nesse campo é realizada com uma amostra importante de pessoas que faziam uso de heroína de boa qualidade e preço relativamente baixo, o que permitiu verificar as afirmações feitas por outros estudos com uma amostra de pessoas em tratamento ou criminalizadas.

Ao contrário do que a maioria das pesquisas americanas da época constatava, Robins e sua equipe constataram que usar heroína não te torna automaticamente dependente. Mais de 60% da amostra fazia uso irregular, de acordo com o contexto, disponibilidade e humor. Nenhuma dependência física ou psicológica nesses usuários foi constatada (Beauchesne, 2015).

Outras constatações importantes foram que o uso da heroína não fez substituir o prazer de uso de outras drogas, e demonstrou que a tão divulgada dependência irreversível é uma falácia, uma vez que entre os 20% que se perceberam dependentes de heroína, poucos tiveram necessidade de longos tratamentos para cessar o consumo (Beauchesne, 2015).

Assim, a partir da pesquisa de Robins, Beauchesne (2015) questiona a efetividade das políticas proibicionistas de saúde na prevenção do uso problemático de drogas, afirmando que a proibição dificulta um real saber sobre essas substâncias e seus efeitos. Isso por diversos motivos: a clientela é difícil de contatar, dada a ilegalidade do produto, tornando-se acessível apenas quando institucionalizada e criminalizada; no mercado ilegal a qualidade dos produtos podem variar enormemente, tornando difícil a análise dos efeitos do uso das drogas; e o policonsumo e as condições de vida dos usuários são difíceis de levar em conta.

Em continuidade com a lista de problemas metodológicos com as pesquisas que embasam proíbem as drogas, Beauchesne (2015) acrescenta os estudos que verificam a toxicidade das drogas a partir das quantidades usadas, frequência de uso e ambiente, desconsiderando os hábitos gerais de quem realmente consome; a negligência dos motivos de uso; a censura de informações pelos cientistas; e os preconceitos culturais.

Outra pesquisa de grande importância para a abertura das políticas de álcool e drogas é a do Canadense Bruce Alexander, publicada em 1981. As pesquisas do Canadense vão contra pesquisas clássicas, que consideravam a caixa de Skinner uma boa metodologia para estudar a adicção. Nessas pesquisas em que os ratos eram colocados na caixa de Skinner, observava-se que sob as condições apropriadas, os ratos pressionariam a alavanca com frequência suficiente para consumir grandes quantidades de heroína, morfina, anfetamina, cocaína e [outras drogas](#) nessa situação (Alexander, 2010).

Os resultados desses experimentos deram apoio adicional a Guerra Às drogas, pois pareciam provar que as drogas são irresistivelmente viciantes. No entanto, Alexander (2010) considerando que os ratos são extremamente sociáveis e sexuais, começou a se questionar se o isolamento seria uma variável importante nos resultados apresentados.

Dessa forma, Alexander e sua equipe desenvolveram um estudo experimental denominado de Rat Park, em que ratos fêmeas e machos, logo após o desmame foram para caixas colonias ou caixas em isolamento. Após 80 dias, os ratos começaram a ter acesso contínuo a água e a sete soluções: três soluções de controle doce ou amargo-doce, e quatro soluções com concentrações diferentes de morfina em 10% de sacarose (Alexander & cols., 1981).

Como resultado, a equipe constatou que os ratos que viviam em colônia beberam menos soluções de morfina do que os ratos isolados, mas a mesma quantidade de soluções controle. Observaram também, que os ratos que inicialmente estava em isolamento e foram para a colônia bebiam mais a solução de morfina, porém a solução com menor concentração. Estes dados encontrados foram relacionados com a hipótese de que os ratos-colônia evitam a morfina porque interfere com comportamento específico da espécie, demonstrando que a maior parte do consumo de ratos isolados em uma caixa de Skinner provavelmente seria uma resposta ao próprio isolamento a que eram submetidos (Alexander & cols., 1981; Alexander, 2010).

Linha dos movimentos sociais antiproibicionista

Três grandes movimentos no cenário mundial, apontados por Beauchesne (2015) teve grande relevância para a luta nas aberturas nas políticas de álcool e outras drogas e que contaram com diversos representantes de representantes de grupos nacionais: o Movimento Europeu pela Normalização das Políticas sobre drogas (MENPD), a Liga Internacional Antiproibicionista (LIA) e a *Drug Police Foundation* (DFP).

O MENPD foi fundado em 1986, é um movimento europeu descentralizado e tem seu secretariado em Roterdã, Holanda. Esse movimento tem por objetivo construir uma política mais humana, que não criminalize nem discrimine os usuários de drogas ilícitas; opõe-se às violações dos direitos humanos; cessar às guerras drogas e uniformizar as políticas de drogas europeias. (Beauchesne, 2015)

Germinado em 1988 em um colóquio em Bruxelas, em 1988 com o tema “Os custos do proibicionismo” e oficialmente criado em março de 1989 a liga internacional Antiproibicionista se propõe a trabalhar contra as leis repressivas em matéria de drogas. Essa liga é formada por membros que tiveram postos políticos importantes, como deputados no Parlamento europeu. (Beauchesne, 2015)

O terceiro movimento, a DFP, fundado em Washington no ano de 1987, foi a resposta a uma necessidade de especialistas, e pessoas do meio político, policiais e jurídicos que desejavam romper com o isolamento quando se posicionavam pela legalização das drogas. Os grandes objetivos dessa fundação são ser oposição aos excessos das guerras às drogas, prevenção do crime, uma vez que as leis proibitivas criam condições para a criminalidade entre toxicômanos e competição mortal no tráfico de drogas; assegurar a liberdade; proteger direitos; assegurar tratamentos aos toxicômanos e proteger a polícia que também é vítima da guerra às drogas. (Beauchesne, 2015)

Com todos esses questionamentos e movimentos começa-se a se pensar outras formas de lidar com as questões dos usuários de drogas. Novas práticas emergem mundo afora para lidar com a questão das drogas, não mais como o grande inimigo público causador de todas as mazelas sociais e individuais, mas um aspecto cultural que influencia diretamente a saúde pública.

Os preparativos para festa de carnaval continuavam. Cores, garrafas recicladas em instrumentos musicais, música e muita animação. Nas paredes, as paródias feitas na oficina de musicoterapia das marchinhas de carnaval: *“Você pensa que cachaça é água, cachaça não é água não! Cachaça causa dependência, e água causa hidratação.”* *“CAPS, uma família junto com você. Você vai crescer, aprender que a vida não é fantasia, não é ilusão (não é não). Equilíbrio é entender que a vida é bela pra viver. Por isso eu digo que a vida é bonita, é bonita e é bonita.”* *“Mamãe eu quero, mamãe eu quero tratar. Mamãe eu quero tratar. Leva eu pro CAPS, leva eu pro CAPS, Leva eu pro CAPS pra aprender me cuidar”* *“Acorda menino dessa ilusão. Toma consciência e faça a redução. O corpo a gente trata, a mente a agente entende. Venha para o CAPS e viva consciente”*. Entre uma marchinha e outra algumas dicas de redução de danos: *“Misturar drogas pode dar ruim”* *“Beba devagar, tenha compaixão pelo seu fígado”* *“Aumente a alegria reduzindo os danos”* *“Partiu rolê sem vacilo”*. (Diário de campo)

Faz-se necessário uma pausa. É preciso esclarecer que se trata aqui de pensar as drogas dentro de uma divisão binária entre o proibicionismo e a legalização, em pensar um desenvolver linear de acontecimentos que desembocaram na abertura dos debates sobre as drogas. Concordamos aqui com Alarcon (2008) quando este afirma que não se trata de negar a interdição feita às drogas, mas sim lembrar que houve também uma positividade em torno delas, uma produção.

Linha da liberdade como princípio de governo

Em *O sujeito e o Poder*, Foucault (1995) traz que o exercício do poder são ações estratégicas que objetivam conduzir condutas e ordenar probabilidades de ação. O exercício do poder é o governo de uns sobre outros. Sendo assim, o poder incide sobre sujeitos livres, que possuem diante de si um campo com múltiplas possibilidades de condutas, reações e comportamentos. Essa liberdade é condição de existência das relações de poder, por tanto, condição de governo.

Assim, as práticas anti-proibicionistas, que libertam os indivíduos da opressão técnica dos procedimentos médicos hospitalares, garantem uma melhor governabilidade do tratamento. Este dispositivo, na realidade, responde em suas ações a um tipo de relação de poder que não se opõe à liberdade, ele não é repressor, pelo contrário, é um poder instituinte da própria liberdade, entendida aqui como liberação do homo econômico, ou melhor, como aquele que cria as condições para um consumo dos prazeres.

Foucault (2008a) diz que o neoliberalismo entende a liberdade como consumo, ou seja, o homo econômico consome a própria liberdade. Excita sua criação. Neste jogo de forças a liberdade aparece primeiramente como uma necessidade e em segundo, como suporte permanente de uma relação de poder. A liberdade de que se precisa para bem governar. Para Foucault, poder e liberdade não se opõem.

Isto que dizer que elas foram inseridas em uma rede de saber e poder através da qual estimularam corpos, prazeres, desejos, reações e ações sobre ações; incitaram o conhecimento sobre suas propriedades e seus efeitos, e também reforçaram as resistências ao seu controle. Pensar na perspectiva interdição-tolerância é pensar na lógica da segurança e liberdade. A interdição, uma reação à tolerância, visa à segurança, e a tolerância, reação à interdição, prioriza a liberdade (Alarcon, 2008). Da mesma forma, pensaremos a reabilitação psicossocial

de usuário de álcool e outras drogas dentro dessa rede de poder e saber, atravessada pela lógica da segurança e liberdade.

Nessa mesma perspectiva, Rosa (2012) pontua que o constante debate sobre as o controle ou legalização das drogas intensificou os modelos de políticas repressivas, mas também proporcionaram posicionamentos mais liberais no que diz respeito à legalização, descriminalização e regulamentação das drogas.

A constante tensão entre os regimes de verdade proibicionistas e antiproibicionistas e seus efeitos é expressa inclusive na ONU criada após a Segunda Guerra Mundial, que conforme Boiteux, Chericharo e Alves (2017), cobrem ambos os tratados internacionais de direitos humanos e drogas, sendo contraditória nessa questão. Uma vez que tem em seus objetivos o zelo pelos direitos humanos e cria tratados extremamente repressivos sobre as drogas. Segundo os autores, a tensão entre as posturas repressivas criminalizantes e as posturas baseadas nos direitos humanos foi evidenciada em 2008, ano que a declaração de direitos humanos completou 60 anos, se criou um organismo de controle de drogas da ONU.

No encontro anual dessa Comissão de Estupefacientes, incluiu-se a resolução “A integração adequada do sistema de direitos humanos das Nações Unidas com a política internacional de controle de drogas”, introduzida pelo Uruguai e apoiada por Bolívia, Argentina e Suíça. A China foi fortemente contra, alegando que as discussões sobre direitos humanos não caberia em tal encontro. (Boiteux, Chericharo e Alves, 2017)

Rosa (2012) também sinaliza a disputa entre os posicionamentos políticos conservadores e progressistas no cenário mundial e brasileiro. O americano Garry Becker, ganhador do prêmio Nobel de economia de 1992 e professor da universidade de Chicago, defende que as taxas decorrentes da legalização das drogas poderiam ser investidas em saúde e educação para a prevenção dos possíveis efeitos prejudiciais das drogas. Assim como os tributos pagos pelos produtores e comerciantes, investidos em políticas preventivas, diminuiriam a corrupção policial e governamental.

No Brasil, mostra Rosa (2012), o sociólogo e ex-presidente Fernando Henrique Cardoso em entrevista no programa Cidadania da TV Senado em 2009, se posicionou a favor da descriminalização dos usuários de maconha, e propôs a disponibilização de tratamento para aqueles indivíduos pegos com pequenas quantidades de drogas, sendo presos apenas os comerciantes e produtores das drogas.

Rosa (2012) também lembra que o ex-ministro do meio ambiente Carlos Minc, em encontro com Cardoso, defende que a questões das drogas devem ser pensadas pelas políticas

de saúde e não de segurança pública, argumentando que o índice de mortes pelo tráfico de drogas é bem superior ao índice de mortes por *overdose*.

Cabe ressaltar que em 2006 publica-se a Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad, embora reafirme a repressão da produção e comercialização das drogas, instaura uma justiça restaurativa que compreende que usuários não devem ser penalizados pelo sistema judiciário com a privação de liberdade, mas através de penas alternativas alinhadas aos preceitos da saúde.

Em contrapartida, a vertente conservadora, que tem como grande empreendedor moral e um dos principais defensores o psiquiatra Ronaldo Laranjeira (1996), se empenha em demonstrar que a legalização não desapareceria com a figura do traficante, que venderia produtos mais baratos por não passarem pela fiscalização estatal. Além de aumentar a quantidade de usuários e adictos, dado a disponibilidade de mercado, resultando em prejuízos na saúde; complicações nas relações familiares, escolares, comunitárias, etc., além de potencializar a criminalidade. (Rosa, 2012)

Linha das drogas e a Reabilitação Psicossocial

Historicamente, no Brasil as drogas estavam inseridas no campo médico-jurídico ou religioso-moral, como hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. Com a questão Delegada aos dispositivos jurídicos e psiquiátricos, houve uma lacuna nas políticas públicas que versam sobre o assunto (Brasil, 2005). Com os movimentos gerados pela Reforma Psiquiátrica no país, começou-se também a se avaliar e questionar a eficácia desses dispositivos no âmbito dos usuários de drogas e uma tentativa de preenchimento dessa lacuna com a publicação da Política Integral de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD) de 2003.

A nova política propõe pensar a questão das drogas de forma interdisciplinar, com foco no indivíduo, e não na substância usada. A proposta de cuidados se alinha aos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, concretizada em 2001 com a promulgação da lei 10.216 e reafirmada na III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Com a PAIUAD, os Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas, regulamentados pela portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002, se tornam os dispositivos responsáveis por gerir os usuários de drogas em meio aberto, sendo suas ações com vistas à inclusão social e reabilitação psicossocial desses indivíduos. Esse documento marca a transição das questões de drogas do campo jurídico-médico para o campo da saúde pública.

Entrelaçam-se aqui os dispositivos das drogas e da reabilitação psicossocial, aumentando a tensão entre os regimes disciplinares e de controle.

Andava pelo CAPS distraída. Era dia de atendimento médico e como de costume, estava lotado de usuários e familiares aguardando sua vez. Observava um usuário que, também como costume, sentava-se em uma mesa localizada em um espaço reservado para a equipe, com três livros empilhados no canto duas revistas aberta à sua frente, enquanto lia concentrado um livro sobre psiquiatria e cinema retirado da biblioteca do CAPS e fazia algumas anotações. Era uma cena cotidiana, mas algo de diferente no cenário chamou-me atenção. Um livreto em amarelo fluorescente em pé em no Balcão que separava o espaço da mesa com as cadeiras da recepção, com os dizeres: *REDUÇÃO DE DANOS respeita a liberdade de escolha, não exigindo abstinência. Saúde e cidadania.*

Era um livreto chamativo, grande. Até então nunca havia observado nenhum material que fizesse alusão à redução de danos, embora o tema fosse constantemente abordado entre a equipe. Fiquei me perguntando se a introdução desse livreto no ambiente tivesse relação com a tensão entre a equipe, que estava em processo de crescimento com a modulação do serviço para CAPS ad III. Parte dos profissionais defendiam posturas mais tolerantes e pedagógicas em relação ao usuário que chegava sob efeitos de drogas ou faziam uso dentro da unidade, e parte defendia posturas mais rígidas baseadas no sistema de punição e disciplina. Pus-me a foliar e ler o material. Entre desenhos, apareciam frases curtas, de fácil leitura escritas em preto com o fundo amarelo: *‘USAR o serviço de saúde é direito de TODOS’ ‘Procure o serviço de saúde, você só vai ganhar com isso’ ‘Nenhum serviço de saúde pode recusar acolhimento à pessoa que estiver sob efeito de drogas ou álcool’ ‘É importante para sua saúde que você fale para um profissional sobre o uso de álcool e outras drogas, ele vai manter sigilo’ ‘Se você usa drogas e não quer ou não consegue parar, o profissional de saúde não deve te julgar’ ‘Faça sua parte: exija seus direitos, cuide da sua saúde’ ‘Confie no profissional de saúde: converse sobre o uso de álcool e outras drogas’.* Continha também algumas orientações para quem quisesse usar drogas: *‘Ao usar álcool e outras drogas alimente-se bem; evite misturar tipos de drogas e tipos de bebidas; evite usar sozinho; beba água antes, durante e depois; evite o uso em situações incompatíveis com o efeito, tipo dirigir, praticar esportes radicais e mergulhar’.*

Outra novidade trazida pela política de atenção aos usuários de drogas do Ministério da saúde é a Redução de danos como principal diretriz. Alinhada aos paradigmas antiproibicionistas, a Redução de Danos se caracteriza como um conjunto de políticas e práticas que visam reduzir os danos do uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de fazer o uso de drogas (Associação Brasileira de Redução de Danos, 2018).

É na onda das epidemias das doenças sexualmente transmissíveis que a Redução de Danos chega ao Brasil como uma possível solução para os crescentes casos de HIV. A cidade de Santos, tendo em vista esse quadro, buscou experiências internacionais, principalmente

europeias para minorar a transmissão do HIV, sendo pioneira na adoção da redução de danos como estratégia. (Lindner & Siqueira, 2016; Santos & Yassui, 2016)

Nesse período as “rodas de picos”, em que pessoas injetavam principalmente a cocaína diluída em água sem as menores condições de higiene, propiciavam a proliferação do HIV. Assim, visando à prevenção da contaminação pelas agulhas, a prefeitura fornecia seringa para essas pessoas a fim de evitar o compartilhamento e a conseqüentemente diminuir o risco de infecção. (Santos & Yassui, 2016)

Com as evidências positivas dessa experiência, expandiu-se o programa para outros lugares do país e em 1995, em Salvador, é criado o primeiro programa de redução de danos. Dois anos depois é fundada em São Paulo a Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA). No final da década de 90 aprova-se a Lei 9.758, em São Paulo, que autorizava a distribuição de seringa como medida de promoção à saúde. A legislação foi copiada por outros estados. Até que com a publicação da PAIUAD formaliza-se a aliança entre o Ministério da saúde e os programas de redução de danos. (Santos & Yassui, 2016)

O relógio marcava 14:00 e o filme *Cidade de Deus* começava. Era um dia quente e a sala estava lotada. O filme causou um grande alvoroço. Os usuários, a maioria embriagada, agitavam-se com as cenas do filme, gritavam, gesticulavam, encenavam. *‘Eu vivi isso, a vida é isso aí’*. Mal se ouvia o filme. Sala pequena. Muitos participantes. Pessoas alcoolizadas. Calor. Fedor. Irritação. Som de baixa qualidade. Outros usuários reclamavam, pediam silêncio, se irritavam. A decisão do grupo foi parar o filme e estabelecer um acordo de convivência. Após alguns debates cola-se na parede um cartaz com o contrato: 1) *Saber ouvir* 2) *Respeitar a ideia\saber\espaço do outro* 3) *Diálogo e reflexão* 4) *Respeitar o horário do grupo-15 minutos de tolerância* 5) *Manter sigilo* 6) *Educação para falar com o colega* 7) *Não julgar* 8) *Não consumir drogas durante os encontros* 9) *Falar de si: falar na primeira pessoa.* *‘Eu acho que ao invés de ter colocado não consumir drogas durante os encontros, poderíamos ter colocado praticar a redução de danos’*, dizia uma das psicólogas que coordenava o grupo após o seu término. Continuou: *‘Porque não se trata de não consumir drogas, mas aprender que existem lugares em que o consumo é inadequado e prejudicial. “Aprender a se organizar, assim, se eu quero participar do grupo aquele dia, eu não posso beber até aquele horário’.* (Diário de campo)

A Redução de Danos postula que o foco das ações nesse âmbito não deve ser na prevenção do uso das drogas, mas sim no indivíduo e na prevenção dos possíveis danos à saúde que essas substâncias causam. Além disso, propõe a construção de uma nova verdade sobre o indivíduo que faz uso dessas substâncias, principalmente daqueles que fazem uso de drogas ilícitas.

Para Rosa (2012), as políticas de redução de danos, sob os argumentos da necessidade da vida saudável e fundamentadas na busca pela qualidade de vida, proporciona a emergência de saberes que tem pressupostos atuam no Brasil por meio de certa governamentalidade neoliberal, e se fundamenta não apenas em uma nova tecnologia política, mas em uma nova maneira de pensar. O autor pontua que essa nova tecnologia incide sobre os indivíduos através de sujeições e assujeitamentos que visam arrebanhar tanto os “bêbados”, “drogados” e “sarados” quanto àqueles que estão à procura da “normalização do normal”.

Mesmo reconhecendo a importância da Redução de Danos como uma estratégia progressista fundamentada nos direitos humanos, Rosa (2012) atenta-se para a atuação dessa política na captura de indivíduos por meio de tecnologias de poder limitadas nas áreas da saúde e da segurança pública, podendo ser pensada a partir das transformações da Biopolítica.

Para o autor, a redução de danos, com a proposta de desestigmatização e descriminalização dos usuários de drogas, é uma das três políticas possíveis cujo objetivo é disciplinar, normatizar e controlar a população. As outras duas são a redução da oferta, que se caracteriza por ações que visem à diminuição da produção de drogas ilegais, e a segunda é a redução da demanda, que se baseia em estratégias e ações para desestimular ou diminuir o consumo dessas substâncias.

Mesmo propondo a minimização dos problemas provocados pelo consumo das drogas psicoativas tanto lícitas quanto ilícitas, a política da redução de danos atua por meio da governamentalização do controle de si e dos outros. O controle de si, enunciado por Passetti (2007 citado por Rosa, 2012) foi elaborado a partir da constatação de que entramos numa era de fiscalização moral, exercida por meio de variadas ações embasadas na convocação à delação em prol da minimização da impunidade e dos comportamentos tidos como criminalizados. Isso faz com que cada indivíduo incorpore o controle de si e dos outros na tentativa de diminuir a ameaça de penalidades e encarceramento, inclusive aqueles cumpridos a céu aberto. (Rosa, 2012)

Rosa (2012) ressalta que a redução de danos enquanto política e suas estratégias de controle de si e dos outros conseguiu ter o amplo alcance que se têm hoje graças à governamentalização neoliberal perpassada pela Teoria do Capital Humano, que promoveu uma alteração da atuação política de certos indivíduos passaram a vislumbrar possibilidades de ganhos particulares em decorrência da quantificação de suas ações.

Em um dos encontros do grupo de convivência o tema escolhido foi o amor e para tratar desse filme foi escolhido o filme *As vantagens de ser invisível*. A sala de

convivência estava cheia. O filme conseguiu chamar atenção dos usuários. Começamos o bate papo falando do personagem principal, do seu passado, de seus relacionamentos afetivos, cada um dando sua opinião sobre o filme: *“O que eu entendi desse filme nele, é que ele não toca muito nele, mas nas pessoas que estão ao redor”*, disse um. Continua outro: *“O que eu achei interessante foi a questão da loucura. Cada um tem sua loucura, bicho. Tem vários tipos de loucura, e a loucura que a gente promove, com o uso de uma substancia, por exemplo, tem a loucura que é a deficiência mental mesmo. Mas também acredito que dentro da gente existe uma loucura que é assim, que várias pessoas cometeram, em acreditar em si, acreditar que pode ser uma pessoa melhor. Marthin Luther king, Nelson Mandela, Jesus Cristo... Cara, o cara era louco, corria contra a maré. Acho que a gente tem que pegar essa loucura que a gente tem de tentar ser honesto, de tentar correr pelo certo no mundo errado”*. Complementa ainda outro usuário: *“O namoro.. Ele queria tipo assim, o namoro com alguém que ele goste. Mas ele percebeu que ele viu que mesmo eles sendo parecidos é o oposto. Aquela outra menina, mesmo não sendo a que ele gostava, poderia ser melhor pra ele. Mas a questão é assim, todo mundo acha o que é certo e o que é errado. Mas ninguém ta nem aí pra isso mais não. Todo mundo quer é curtir quer viver e quer sentir prazer e quer os trem que era pra ontem. Tá ligado? A realidade é essa, mas ninguém tem coragem de falar. Saber o que é certo e o que é errado você sabe desde que você é criança. Vai ficar batendo na mesma tecla? Você quer a e b, vai ficar batendo só a? Todo mundo quer vida fácil, quer conforto, quer festar, quer namorar, quer usar drogas, enfim, tudo que é de bom. Mas e o que você vai fazer pra conseguir isso? Vai dar trabalho. (...) Todo mundo fala mal do sistema. O sistema é corrupto e tal, mas o sistema, ele tipo assim, quer que você trabalhe, mas você ganha o dinheiro ali, e quando você ganha, você é livre pra gastar do jeito que você quiser. Te da opção de você ir na churrascaria, cinema, shopping, você pode ir a qualquer lugar. O povo só critica, mas não vê que nem tudo é só coisa ruim. (Diário de campo)*

Reed (2013) afirma que no que diz respeito às drogas houve um processo análogo ao que houve com a sexualidade, que desde o século XVIII existem múltiplas formações discursivas sobre essas substâncias. O autor aponta que houve uma colocação das drogas em discurso, como um objeto de saber a ser controlado, semelhante ao que Foucault constatou sobre a sexualidade. Apesar das diferenças colocadas pelo autor entre os temas drogas e sexo, Reed (2013) alega que em ambos os casos, mantém-se a injunção poder-prazer.

Linha do Prazer- Poder: drogas e sexo no neoliberalismo

No primeiro livro da série História da sexualidade, Foucault (1999) traz que o século XVII seria o início de uma época de repressão própria da sociedade burguesa, na qual, de certa forma perdura até os tempos atuais. Para dominar o sexo no plano real foi necessário,

primeiro, reduzi-lo ao nível da linguagem, controlar sua livre circulação no discurso, bani-lo das coisas ditas e extinguir as palavras que o tornam presente de maneira demasiado sensível.

Houve uma depuração bastante rígida do vocabulário autorizado, novas regras enunciativas. Definiu-se onde e quando se podia ou não falar sobre ele, em quais relações sociais, acompanhando as redistribuições sociais da época. No entanto, apesar de tais interdições, no âmbito discursivo e seus domínios o que se observa é uma explosão a propósito do sexo. (Foucault, 1999)

Retomando a evolução da pastoral católica e do sacramento da confissão, Foucault (1999) afirma que o sexo não deve mais ser enunciado sem prudência, mas seus aspectos, correlações e efeitos devem ser rastreados até a mais fina ramificação e tudo deve ser dito. Para ele, é possivelmente nesse momento que se se impõe essa tarefa de dizer tudo sobre seu sexo, que houve uma crescente valorização do discurso sobre o sexo e a esperança dos efeitos desse discurso sobre o próprio desejo. Construiu-se uma aparelhagem para produzir discursos sobre o sexo susceptíveis de funcionar e de serem efeito de sua própria economia.

Foucault (1999) sublinha que com o nascimento da Biopolítica, nasce também uma incitação política, econômica e técnica a falar sobre o sexo, sob a forma de análise, de contabilidade, classificação e especificação, por meio de pesquisas quantitativas ou causais. O falar sobre o sexo não deve se ordenar em função da distinção entre lícito e ilícito, mas sim como algo que se deve gerir, inserir em sistemas de utilidade, regula-lo, fazer funcionar segundo padrão ótimo. O sexo não deve mais ser julgado, mas administrado, e se torna questão de “polícia do sexo”, ou seja, necessidade de regulação do sexo por meio de discursos úteis e públicos, e não mais pela proibição.

Essa forma de poder que toma a seu cargo a sexualidade, aumenta a eficácia e a extensão do domínio sob controle, mas também sensualiza o poder e beneficia o prazer, produzindo um duplo efeito. Ao mesmo tempo o poder se impulsiona pelo seu próprio exercício e o controle é compensado por uma emoção que o reforça; e a intensidade da confissão relança a curiosidade e o prazer descoberto refluí em direção ao poder que o cerca. (Foucault, 1999)

O prazer, que funciona como um mecanismo de dupla incitação de prazer e poder, se difunde através do poder e este poder fixa o prazer que acaba de desvendar. É por um lado um prazer em exercer esse poder que questiona, fiscaliza, investiga e revela, e por outro, prazer na transgressão desse poder. Não se trata de organizar os mecanismos de poder em torno dos sexos e dos corpos e suas interdições, mas sim nas perpétuas espirais de poder e prazer. (Foucault, 1999)

Trata-se aqui, como mostra Foucault (1999) de um poder que se exerceu sobre o corpo e o sexo e que não tem a forma da lei nem os efeitos da interdição. Ao contrário, é um poder que procede mediante a redução das sexualidades singulares, não fixa fronteiras para a sexualidade, mas provoca suas diversas formas, seguindo-as. Também não a exclui, mas inclui o corpo à guisa de modo de especificação dos indivíduos, atraindo suas variedades com essas espirais de reforço entre poder e prazer.

Processo semelhante se deu com as drogas. Apesar da delimitação do vocabulário autorizado, observa-se que houve uma produção em torno das drogas, novas codificações, retóricas e metáforas. Criaram-se espaços, contextos e relações específicas que permitem a expressão sobre o tema das drogas, enquanto em outros contextos exigem silêncio, vigilância e descrição (Reed, 2013).

Nas páginas seguintes apareciam dicas sobre como usar drogas específicas, como a o cigarro, drogas aspiradas, injetadas e o crack, de maneira mais saudável. Os sinais de uma overdose e o que fazer caso estivesse com alguém passando mal por conta do uso de drogas também eram abordados no livreto. O último assunto levantado era sobre relações sexuais: *‘O álcool e outras drogas podem fazer você esquecer da camisinha. Não vacile. CAMISINHA SEMPRE’*. Seguiu-se assim uma série de páginas abordando educação sexual, ensinando sobre o uso da camisinha feminina e masculina, redução de danos e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. (Diário de campo)

As drogas, assim como o sexo, foram inseridas nos jogos de poder/saber, de modo a modular as subjetividades e seus prazeres. Nesse sentido, a redução de danos, também inscrita nos jogos de poder, pode ser pensada como uma estratégia de sujeição dos indivíduos a essa rede de poder, ampliação do controle sobre seus corpos e gestão das suas fragilidades.

Linha da Reabilitação psicossocial e proibicionismo

Um usuário contava-me o porquê queria se internar novamente em uma comunidade terapêutica: *“Porque quero parar de usar, e enquanto eu tiver na rua, em contato com pessoas que usam, não vou parar. Aí depois quero retomar minha vida”*. Perguntei o que pensava em fazer após internação, como iria retomar a vida. Pensou um pouco e respondeu: *“Vou procurar me afastar, fazer curso no SENAC ou sei lá, voltar a trabalhar. Porque eu não tenho nada pra fazer”*.

Como vimos, os paradigmas proibicionistas coexistem com os da nova política de álcool e outras drogas, que de forma pragmática advogam a favor de políticas mais tolerantes para que se possa fazer melhor gestão do consumo, prevenindo os abusos. Apesar de a

reabilitação psicossocial emergir como uma proposta de cuidado dessas políticas de saúde tolerante existe linhas em que paradigmas proibicionistas direcionam essas práticas.

Bonadio (2010), uma das poucas autoras que pesquisaram sobre a reabilitação psicossocial especificamente com usuários de álcool e outras drogas, sublinha que é importante considerar que o caráter crônico, do que na visão da autora é uma doença, remete à necessidade um suporte terapêutico de longo prazo, voltado não apenas à aquisição ou manutenção da abstinência, mas ao fortalecimento do indivíduo nas diversas esferas prejudicadas.

Os setores prejudicados na dependência química aos quais a autora se refere envolvem aspectos da vida cotidiana (trabalho, lazer, rede social, família, problemas com o sistema judiciário, etc) e vivências de natureza subjetiva como identidades estabelecidas, senso de auto eficácia e autoestima. É esse processo de suporte terapêutico que Bonadio (2010) chama de reabilitação psicossocial. A autora considera que o corpo livre da droga, em geral, pode constituir um primeiro passo para a reabilitação psicossocial.

Duailibi e Ribeiro (2010) também defendem que só após a interrupção do uso da substância que começam as ações de reabilitação psicossocial, que visam à construção de um novo estilo de vida que seja incompatível com o consumo de drogas e mais adaptável ao objetivo da abstinência.

Assim, o objetivo fundamental da reabilitação psicossocial para esses usuários é o desenvolvimento de habilidades que resultem em maior autonomia nas atividades da vida cotidiana, como atividades ocupacionais, lazer, saúde, autocuidado, uso de transporte, etc (Minkoff, 2001 conforme citado por Duailibi; Ribeiro, 2010).

Vejam que para esses autores a abstinência é fundamental para que o processo de reabilitação psicossocial se dê. Tal concepção parte da ideia de que o uso de drogas é uma doença crônica, uma dependência química. Dessa forma, o protagonismo na abstinência e o embasamento principalmente no saber médico os atravessamentos do proibicionismo na reabilitação psicossocial.

Linha de Fuga: liberdade como uma ética da existência

O carnaval se aproximava, e com ele a data de lançamento da terceira edição do jornal com a Redução de Danos em destaque. Profissionais e usuários se mobilizavam para produção de textos, poemas e fotos. Uma solicitação inusitada. O hippie, como ele mesmo se chamava, pediu que lhe entrevistassem, queria contar sua história para o jornal. *‘Então, minha experiência começa cedo, começa na escola. Eu*

cheguei aqui através do artesanato, dessa cultura hippie. Sempre gostei muito, fugia da escola para ficar com os hippies na praça’. Contava sua história com olhos brilhantes e sorriso nos lábios enquanto fazia um pequeno filtro dos sonhos. Contava como sua trajetória de vida cruzou com a arte. ‘Arte pra mim é o equilíbrio, é a válvula de escape para aguentar todo esse sistema capitalista. É um remédio, é um equilíbrio. Mas para chegar na arte eu demorei um pouquinho, porque indo para um outro caminho... Por isso que eu falo, tem coisas que no momento é ruim, mas se não fosse aquela coisa não ia acontecer uma boa lá na frente. Acabou dando tudo certo’. Lembrava-se da sua época de dançarino, como o acidente de moto e a consequente paralisia no braço direito o impediu de continuar dançando: ‘Eu falo que foi foda. Mas foi foda boa. Daí eu conheci minha companheira, mãe da minha filha, e virei hippie. Só que a parada já tava lá trás. Tem gente que vai pro alternativo porque é moda, mas não segura a onda. A galera Danoninho, não segura a onda. Acho que tem algo a ver com cigano. Enfim, conheci essa figura e viajei por mais de dez anos, fui para o litoral’.

Quando questionado qual a sensação que essas lembranças evocavam, respondeu enfaticamente: *‘Liberdade! É massa’*. O que era a liberdade para esse Hippie, que hoje estava ali no CAPS há três meses diariamente fazendo seus artesanatos? Ele deixou bem claro: *‘Cara, liberdade é a liberdade. Hippie mesmo não aguenta ficar parado numa cidade. Eu to aqui há três meses porque depois da maturidade, to tentando ver esse outro lado. A gente não consegue ficar preso a um sistema. Não que eu esteja trabalhando, mas é um sistema você sair oito horas da manha nem que seja pra ir pra praça abrir um painel de artesanato, você acaba dentro do sistema. Então a liberdade pra mim é isso, é você olhar aquelas linhas da estrada, olha a estrada sem final assim, só vai... parar numa praia, fica dois três dias e já vaza. Liberdade mesmo. Você falar de liberdade e continuar morando em uma cidade grande pra mim é meio hipocrisia. Não é liberdade. E a arte é meu equilíbrio. Sem a arte, se eu parar de fazer artesanato, talvez eu precise tomar alguma coisa, algum remédio’*. Continuou a falar, mas agora falava como se via dentro do CAPS: *‘Um aprendiz. Ao mesmo tempo tentando ensinar o pouco que eu já sei, e aprendendo muito. Aprendi a observar agora. Saí do lugar de ser observado e começar a observar mesmo as coisas. E nesse lance de observar eu to aprendendo muito. Esse lance dos direitos humanos, é um lance que eu sempre gostei ne, achei massa e to aprendendo. Eu acho legal quando chega um usuário assim e fala ‘Eu quero conversar é com o hippie’, acho massa! É massa, é massa saber que você consegue falar a língua da galera estando fora da bolha. De coração mesmo. Isso que acho legal, eu poderia estar em qualquer outro lugar, na engrenagem do dinheiro. Mas eu não estou. Eu gosto mesmo disso. Aprendi a viver com o mínimo do necessário. Não quero essa engrenagem. Eu tenho capacidade, saca? Mas eu não quero, eu quero ficar de boa e viver com o mínimo do necessário e é isso aí’*.

Do lugar de aprendiz e mestre, o Hippie do CAPS ad ensina sobre saúde mental: *‘A terra, o artesanato, a pintura. Isso pra mim é o equilíbrio, é o espiritual, tá tudo aí. Você poder plantar, poder colocar o pé na terra, tirar um pouco a sandália porque ela bloqueia o fluxo da energia eletromagnética e viver uma vida de boa (...).Acha que o sistema é esse aí. Isso pra mim tudo louco, na minha loucura saca? Se você vive muito de aparência, você não enxerga (...).E a gente, como é diferente e não tá nesse sistema, no caso assim ser alternativo, não estar na onda do consumismo... pra sociedade nós somos os loucos, só por não estarmos no padrão que o sistema quer. Foda isso. Se meu chinelo quebra, por exemplo, eu vou lá e remendo ele. Não é nem por falta de dinheiro, mas é por consciência do reutilizar, reciclar. Sabendo que*

isso não vai resolver para o planeta, mas pra mim vai fazer a diferença. Aí olha, o passarinho passou fazendo uma orquestra muito louca, pra mim é normal, pra outra pessoa não é. Tipo, se eu olhar pra uma planta e falar que a planta tá dançando contemporâneo.. algumas coisas assim. Eu gosto de acordar cedo e olhar pra uma flor, ficar viajando na flor. Eu acho que tudo é uma mandala. Mas infelizmente se eu parar na praça e ficar viajando em uma florzinha vão vir: 'Iih olha o cara, o cara é louco', saca? Mas não é, cada um com a sua viagem. Assim, com simplicidade encerra seu pensamento 'É isso!'. (Diário de campo)

Nas emaranhadas linhas de um dispositivo, em sua pluralidade de cores, forças e movimentos, também se iluminam aquelas linhas que resistiram e fugiram às linhas de poder e saber, que quando confrontadas com tais segmentos, os dobraram sobre si e os fizeram causa de si próprio. Linhas processuais, de subjetivação, que estão a se criar, de modo que de maneira alguma preexistem e se encontram acabadas. (Deleuze, 1996)

Deleuze (1996) frisa que não é certo que todo dispositivo disponha dos processos de subjetivação, entendendo-o aqui como produção de singularidade, e que esse é um processo realizado na medida em que o dispositivo o torne possível. A reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas permite que semelhante processo se dê? Há possibilidade de fruição da vida criativa, de singularização?

É preciso apostar! E apostamos. Na trilha deixada por Pinho (2009) em sua tese de tema equivalente, ousamos investir na reabilitação psicossocial aliada à postura ético-política da redução de danos. A autora, que entende que a reabilitação psicossocial surge como uma resposta às diversas necessidades do usuário, respeitando sua singularidade, especifica a redução de danos como importante estratégia no processo de reabilitação psicossocial de usuários de substâncias psicoativas, uma vez que esta respeita o direito de escolha dos indivíduos e suas singularidades.

Um riso de canto de boca se formava nos lábios do Hippie do CAPS. Disse ele: *“Eu fiz essa poesia depois de ter tomado uma bala. Eu tava num bar. Fiquei viajando numa flor rosa, fiquei vendo as mandalas nas pétalas. Viajando. Toda mulher é uma flor/ E todo homem que se conscientizou é um fulôr de maracujá/ É pra já/ Vamos quebrar essa anticultura que nos colocou na mente, nos injetou/ Seja um fulôr de maracujá/ Agora é só dançar que naturalmente não deu, mas na(tora)lmente vai dar/ Se na sua cabeça entrar, quando o homem acordar, despertar”.* (Diário de campo)

Em entrevista, Foucault (2004) manifesta a frustração sobre os temas das drogas sempre serem debatidos em termos de liberdade e proibição. Conforme traz, as drogas são elementos culturais, inclusive enquanto fonte de prazer. Para ele, elas devem ser estudadas,

experimentadas e fabricadas boas drogas. Segundo suas palavras, “Da mesma forma que há boa música e má música, há boas e más drogas. E, então, da mesma forma que não podemos dizer somos “contra” a música, não podemos dizer que somos “contra” as drogas”. (Foucault, 2004, p. 265)

Lancetti (2014) ao traduzir o pensamento de Deleuze (1991 citado por Lancetti, 2014) sobre a adicção, diz que os drogados não são aqueles que usam alguma substancia, mas aqueles que estão em eterna abstinência, que nunca param de parar. Aqueles indivíduos presos no buraco da droga são aqueles em abstinência, e não aqueles que conseguem fazer uso de todo tipo de droga, sem ficar dependente de nenhuma. Afinal, para o autor, as drogas também propiciam um enriquecimento da existência, abrindo a subjetividade para novas conexões.

Nesse sentido, Apostar na reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas associada à política de redução de danos é apostar na produção de vida inventiva, em estratégias que valorizam possibilidades de vitória a partir das potencialidades do individuo (Lancetti, 2014). É proporcionar práticas de cuidados de si, tal como traz Foucault (1985), nas quais o sujeito deixa sua passividade frente aos saberes e poderes e faz de si medida da própria vida, uma ética da existência.

Foucault (1985) traz que nos dois primeiros séculos existe uma severidade no pensamento filosófico e médico no que diz respeito aos prazeres, assim como insistência sobre os efeitos de seu abuso para o corpo, e o que deve ser feito com eles. Conforme o autor, o marcante nos textos desse período é a insistência sobre a atenção que convém ter consigo mesmo, é a amplitude, a permanência e exatidão da vigilância; é a importância de evitar os distúrbios do corpo e da alma por meio de um regime severo, de respeitar seu ser racional, suportando as privações dos prazeres.

No entanto, como nos mostra Foucault (1985), a majoração da austeridade sexual na reflexão moral desses primeiros séculos não se materializa em códigos que definem atos proibidos, mas sim de uma intensificação da relação consigo pela qual o sujeito se constitui enquanto sujeito de seus atos. O cuidado de si amplamente divulgado apareceu bem cedo na cultura grega, ainda com Sócrates.

Desligado de suas origens filosóficas, essa arte da existência adquiriu paulatinamente uma cultura de si, tornou-se um imperativo de diferentes doutrinas e tomando também a forma de atitude, maneira de se comportar. Ela desenvolveu-se em procedimentos, práticas e em receitas, constituindo-se em uma prática social e propiciando certo tipo de conhecimento e elaboração de um saber. (Foucault, 1985)

O homem, por ser um ser racional e livre, é encarregado de cuidar de si. Para Epicteto, o cuidado de si é um privilégio-dever, um dom-liberdade que nos assegura a liberdade obrigando-nos a tomar-nos nós como próprios como objeto de nossa aplicação. Esse cuidado de si é um princípio válido para todos e o tempo todo, durante toda a vida. É um exercício permanente que convida a transformar a existência. (Foucault, 1985)

Essa aplicação a si, como ressalta Foucault (1985), implica um labor e a reserva de um tempo para voltar a si mesmo. Esse tempo, longe de ser vazio, é recheado com tarefas práticas e exercícios diversos. Há o cuidado com o corpo, os regimes de saúde, os exercícios físicos sem excesso, e a satisfação das necessidades, na medida do possível, meditações, leituras, entre outros. Esse cuidado deve ser feito de acordo com as preferências de cada um.

Há também um aspecto fundamental do cuidado de si, é que este não é um processo solitário, mas sim uma prática, ao mesmo tempo em que individual, é social, de comunicação com o outro. Prática cujo conhecimento de si ocupa lugar considerável, que implica a constituição do indivíduo em face de si próprio, sendo autor do próprio cuidado, não como um ser a ser corrigido, mas que sofre de certos males e que deve se cuidar, seja por ele mesmo, seja por outrem que tenha competência. (Foucault, 1985)

Assim, considerando que o processo de reabilitação psicossocial, junto com a política de redução de danos, é um dispositivo com linhas flexíveis, possibilita uma ética da existência, na qual a pessoa escolhe quais regras ela deseja se submeter, construindo uma moral singular de conduta, não mais através de códigos morais que interditam o indivíduo e seus prazeres, mas intensifique a relação do indivíduo com ele mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tempo cronológico aperta e me diz que é hora de parar. Chegou a hora de dar contorno ao caos de forças, afetos, agitações e intensidades, não de modo que traga conclusões definitivas para as problematizações levantadas, estagnando o conhecimento, mas possibilite múltiplas saídas para as três entradas, criando fissuras dentro a própria linguagem do texto que permita que essa gagueira invente novos territórios, novas linguagens. (Barros & Zamboni, 2015).

Terminando o tempo de pesquisa e me revira entre a memória todo meu processo enquanto pesquisadora. Leio a primeira edição do jornal do CAPS, lançado em maio de 2018. Nas páginas de entrevista, entre uma fala um tanto caótica de um usuário entrevistado, meus afetos ganham uma expressão: *“Cara, todo dia é como se fosse aqui. Todo dia pessoas diferentes chegam, saem. Uma convivência diferente. Você aprende uma coisa aqui com um, às vezes vê outra coisa com outro. É aquele negócio, é só mais ato de responsabilidade que tem todo dia (...). Como se fosse pegar um livro com diversos capítulos, tudo é diferente. Essas perguntas que você fez, vou fazer desse jeito, fazer que eu acho ne? Não é pensar que é melhor que o outro. Ninguém é melhor do que ninguém. Se a pergunta for certa a resposta errada. Ah não é!. (...)Minha vida ta sendo isso ne? É o CAPS, é o albergue. Um dia eu vou ter que ir embora. Não dá pra ficar a vida toda. Nossa eu tenho que fazer.”* (Diário de campo)

Percorremos um longo trajeto no emaranhado de linhas da reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas e dentre tantos encontros, já não termino essa caminhada a mesma, assim como meu objeto. É importante ressaltar que o mapa traçado, por ser dinâmico, só é pertinente em determinado tempo e local. O movimento continua, mudam-se as configurações, mudam-se seus efeitos.

Engajei-me nessa pesquisa-experiência com intensidade, numa operação de desmantelamento do objeto de pesquisa, para que pudesse acompanhá-lo em sua constituição histórica, seus movimentos, suas linhas. Em um recorte histórico mais amplo, a reabilitação psicossocial ganha relevância nos movimentos de reformas psiquiátricas que eclodiram no mundo, quando os portões dos asilos psiquiátricos se abriram e os asilados precisaram conviver nas comunidades. É também nos embalos da reforma psiquiátrica que a reabilitação psicossocial se agencia às drogas, emergindo meu objeto de estudo: reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas.

Já as drogas, embora sempre presentes na nossa história enquanto sociedade, foram inseridas em jogos de saber/poder, resultando em interdições no consumo de algumas substâncias. Embora a reabilitação psicossocial aparecesse em um contexto de abertura dos

debates sobre as drogas, e a formação de um novo regime de verdade sobre elas calcado no discurso da saúde pública e da redução de danos, as verdades proibicionistas, pautadas nos saberes psiquiátricos-jurídicos coexistem e também compõem esse dispositivo.

As práticas reabilitativas dentro de um discurso neoliberal, assumem o modelo de empreendedorismo econômico, intervindo diretamente nos indivíduos para produção de habilidades necessárias, assim como inteligência emocional para o mercado, generalizando o modelo de análise econômica para todos os aspectos de sua vida. É também por meio desse dispositivo que há uma apropriação das práticas de consumo de drogas, modulando condutas e modos de sentir prazer.

Mas rastreamos também as linhas de subjetivação, das linhas criadoras que escapam ao poder. Existem também nesse dispositivo, linhas que permitem a reconstrução da relação desse indivíduo consigo mesmo perpassada pelo cuidado de si como uma prática de liberdade se libertando dos códigos de condutas morais. É possível nesse dispositivo que se ultrapassem as linhas de força e afete a si mesmo, produzindo uma ética da existência.

Referencias Bibliográficas

- Adiala, J. C. (2011). *Drogas, medicina e civilização na primeira república*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz, Rio de Janeiro
- Alarcon, S. *O diagrama das drogas: Cartografia das drogas como dispositivo de poder na sociedade brasileira contemporânea*. (2008). Tese de Doutorado em Ciências (Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Alexander, B. Adicção: a visão do parque do rato. (2010). Recuperado de: <http://www.brucealexander.com/articles-speeches/rat-park/148-addiction-the-view-from-rat-park>
- Alexander, B.; Beyerstein, B. L.; Hadaway, P. F. & Coombs, R. B. Effect of Early and Later Colony Housing on Oral Ingestion of Morphine in Rats *Pharmacolog, Biochemistry & Behavior*, Vol. 15. pp. 571-576, 1981.
- Alvarez, J. & Passos, E. (2015). Cartografar é habitar um território existencial. In Passos, E; Kastrup, V. & Escóssia, L (Orgs.). *Pistas do método cartográfico*. Porto Alegre: Sulina.
- Amador, F & Fonseca, T.M.G. (2009). Da intuição como método filosófico à cartografia como método de pesquisa – considerações sobre o exercício cognitivo do cartógrafo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(1).
- Amarante, P. (2003). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (org). (2015). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Anthony, W. A., & Farkas, M. D. (2009). *Primer on the psychiatric rehabilitation process*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Associação Brasileira de Redução de Danos. O que é Redução de Danos? (2018). Recuperado de: <http://abordabrasil.blogspot.com/p/o-que-e-reducao-de-danos.html>
- Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial. (2019). Nossa história. Recuperado de <http://www.wapr.org/about-us/>
- Barros, L. P de & Kastrup, V. Cartografar é acompanhar processos. In Passos, E; Kastrup, V. & Escóssia, L (Orgs.). (2015). *Pistas do método cartográfico*. Porto Alegre: Sulina.
- Barros, M. E. B de & Morschel. (2015). Conhecer. In Fonseca, T.M.G; Nascimento, M.L do & Maraschin (Orgs.), *Pesquisar na diferença: um abecedário*. São Paulo, SP: Sulina.
- Barros, M. E. B de. & Zamboni, J. (2015). Gaguejar. In: Fonseca, T.M.G; Nascimento, M.L do & Maraschin (Orgs.), *Pesquisar na diferença: um abecedário*. São Paulo, SP: Sulina.
- Barros, R. B. (2007) Grupo: a afirmação de um simulacro. 3 ed. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS.
- Barros, R. B. de & Passos, E. Diário de bordo de uma viagem-intervenção. In Passos, E; Kastrup, V. & Escóssia, L (Orgs.). (2015). *Pistas do método cartográfico*. Porto Alegre: Sulina.
- Bayer & cols. A gestão das condutas na reforma psiquiátrica: a reabilitação psicossocial como dispositivo do vir-a-ser cidadão. Apresentação oral em GT. *16º Encontro Nacional ABRAPSO*, 2011.
- Beauchesne, L. *Legalizar as drogas para melhor prevenir os abusos*. (2015). Rio de Janeiro: Editora UFRJ.

Boiteux, L.; Chericharo, L. P.; Alves, C. S. Direitos humanos e convenções internacionais de drogas: em busca de uma razão humanitária nas leis de drogas. In: Vecchia, M. & Cols. (2017). *Drogas e direitos humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas*. Porto Alegre: Rede UNIDA.

Bonadio, A. N. & Silveira, C. (2013). Economia solidária e reabilitação vocacional no campo da drogadição: possibilidades e limites das práticas atuais. *Saúde Soc. São Paulo*, 22(1) p.99-108

Bonadio, A. N. (2010). *Reabilitação Psicossocial de dependentes químicos: estudo qualitativo em uma residência terapêutica*. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria. São Paulo

Bordin, S. & cols. (2015) *Sistemas de Diagnósticos em Dependência Química- Conceitos Básicos e classificação geral*. In Figlie, N.B; Bordin,S. & Laranjeira,R. *Aconselhamento em dependência química*. 3 ed. São Paulo: Rocca

Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Decreto nº 4.249, de 6 de julho de 1921.

Brasil. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002

Brasil. Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006

Brasil. Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Brasil. Ministério da saúde. Portaria GM/MS nº 336, 2002

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2009). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

Brito, M. dos R. (2013). Notas sobre a ideia de intercessores como um conceito na filosofia de gilles deleuze: por um teatro filosófico. *Alegar* (n.11).

Campos, E. A de. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. (2004). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1379-1387, set-out, 2004.

Campos, Gastão Wagner de Sousa, & Amaral, Márcia Aparecida do. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 849-859.

Caponi, S. (2012). *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada* [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Cardoso, R. M. M. Só por hoje: um estudo sobre narcóticos anônimos, estigma social e sociedade contemporânea. (2006). Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal Fluminense, Departamento de História.

Cassoli, T. Do Perigo das Ruas ao Risco do Picadeiro: Circo Social e Práticas Educacionais Não Governamentais. (2006). Dissertação (Mestrado). Universidade Federal Fluminense.

Castel, R. (1987). A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. O que é a abordagem de *recovery* em saúde mental? 2016. Folder.

Correia, P.R.; Torrenté, M. O. de. (2016). Efeitos terapêuticos da produção artística para a reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais: uma revisão sistemática de literatura. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 24 (4): 487-495

Curvo & cols. (2018). Integralidade e clínica ampliada na promoção do direito à saúde das pessoas em situação de rua. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, 10(25), p.58-82

Deleuze, G. (1976). Nietzsche e a filosofia. Rio de Janeiro: Editora Rio.

Deleuze, G. (1992). Os intercessores. In: _____. Conversações. São Paulo: Editora34.

Deleuze, G. (1996). O que é um dispositivo. In: _____. O mistério de Ariana. Lisboa/Portugal: Editora Vega.

Deleuze, G. Guattari, F. (1996). Mil Platôs (2ª. Ed, v.1) São Paulo: Editora34.

Duailibi, L. & Ribeiro, M. (2010). Reabilitação psicossocial e gerenciamento de caso. In: Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (orgs). (2010). O tratamento do usuário de crack. São Paulo: Casa Leitura Médica.

Duarte, P. C. A. V. & Dalbosco, C. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: Formigoni, M. L. O. S. (org). Efeitos das substâncias psicoativas módulo 2. – 10. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Farkas, M. (1999). International practice in psychosocial/psychiatric rehabilitation.

Flores, E. T. L., & Souza, D. Onofre G. de. (2014). O uso do diário como dispositivo cartográfico na formação em Odontologia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(48), 197-210.

Fonseca, T. M. G., & Jaeger, R. L. (2012). A psiquiatrização da vida: Arranjos da loucura, hoje. *Revista Polis e Psique*, 2(3), 188-207.

Fonseca, T.M.G; Nascimento, M.L do.; Maraschin, C. (orgs). (2015). Pesquisar na diferença: um abecedário. Porto Alegre: Sulina.

Formigoni & cols. (2016). Neurobiologia: mecanismos de reforço e recompensa e os efeitos biológicos comuns às drogas de abuso. In: Formigoni, M. L. O. S. (org). Efeitos das

substâncias psicoativas módulo 2. – 10. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Fossi, Luciana Barcellos, & Guareschi, Neuza Maria de Fátima. (2015). O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(1), 94-115.

Foucault, M. (1985). *História da sexualidade 3: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Foucault, M. (1999). *A história da sexualidade: a vontade de saber*. 13 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal

Foucault, M. (2001). *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2001). *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2002). *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes

Foucault, M. (2004). Michel Foucault, uma entrevista: sexo, poder e a política da identidade. Traduzido por Wanderson Flor do Nascimento. *Verve*, 5: 260-277.

Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2008a). *O nascimento da bipolaridade: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2008b). *Segurança, Território, População*. Trad. Eduardo Brandão. SP: Martins Fontes.

Foucault, M. (2009). O pensamento do exterior In _____. *Estética: literatura e pintura, música e cinema*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (2010). “Omnes et Singulatim”: uma crítica da razão política. In _____. *Ditos e escritos: estratégia, poder-saber* (2ª. ed.) Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. O nascimento da medicina social. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Foucault, M. O que é a crítica? (2000). *Cadernos da FFC*, 9(1)

Foucault, M. Sobre a história da sexualidade. (1979). In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Foucault, M. O sujeito e o poder. (1995). In: Dreyfus; Rabinow. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

França, R. (2016). Liberalismo, biopoder e racismo na guerra às drogas: notas em torno de uma política. *Olhares Plurais*, 1(14), 134-152.

Fuganti, L. (2009). Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo? *Interface – Comunic., Saude, Educ.*, 13, p.667-79.

Gagne, C. & cols. (2007). Recovery: a common vision for the fields of mental health and addictions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 31(1). p. 32-37

Grigolo & cols. (2017). Plano pessoal de ação para bem-estar e recovery: experimentando o "wrap" no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, 9(21), p. 300-320

Guerra, A. M. C. (2004). *Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas*. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. 3(2), p. 83-96.

Hur, D. U. (2018). Deleuze e a constituição do diagrama de controle . *Fractal: Revista de Psicologia*, 30(2), p. 173-179

Kastrup, V. (2015). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In Passos, E; Kastrup, V. & Escóssia, L (Orgs.). *Pistas do método cartográfico*. Porto Alegre: Sulina.

Lancetti, A. (2014). Redução de danos como ampliação da vida. In: _____. *Clínica peripatética*. 9 ed. São Paulo: Hucitec.

LARANJEIRA, R. Dependência química. (2011). Drauziovarella: entrevista. Entrevista concedida à Drauzio Varella. Disponível em: <<https://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/dependencia-quimica/>>. Acesso em 25 dez. 2017.

Lazzaroto, G.D.R & Carvalho, J.D de. (2015). Afetar. In: Fonseca, T.M.G; Nascimento, M.L do & Maraschin (Orgs.), *Pesquisar na diferença: um abecedário*. São Paulo, SP: Sulina.

Lemos, F.C.S & Cardoso Junior, H.R. (2015). Problematizar. In Fonseca, T.M.G; Nascimento, M.L do & Maraschin (Orgs.), *Pesquisar na diferença: um abecedário*. São Paulo, SP: Sulina.

Lindner, L.; Siqueira, D. (2016). Redução de Danos: Como foi? O que é possível? O que é preciso? In: Souza, A.C de & cols. (orgs). (2016). *Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil*. São Paulo: Hucitec editora.

Lobo, L. F. Pesquisar: A genealogia de Michel Foucault. In Fonseca, T.M.G; Nascimento, M.L do & Maraschin (Orgs.), *Pesquisar na diferença: um abecedário*. São Paulo, SP: Sulina.

Machado, L.D.; Lavrador, M.C.C. For a clinic to expand life. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, supl.1, p.515-21, 2009.

Machado, R. (1978). *Danação da ordem: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Marques, A. C. P. R. (2001). O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. *Revista IMESC* (n.3).

Motta, M.B. (2009). Apresentação. In: Foucault, M. (2009). *Estética: literatura e pintura, música e cinema*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Neves, A. S. (2015). Genealogia das políticas proibicionistas sobre drogas no Brasil, 1970-1990. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa Maria, Centro de ciências sociais e humanas, Programa de pós-graduação em ciências sociais, Rio Grande do Sul

Nietzsche, F. *Genealogia da moral uma polemica*. (1998). São Paulo: Companhia das letras.

Oliveira, J.; conceição, H. (2009). A voz dos pacientes - Um jornal Normal: Uma oficina terapêutica no CAPS. In: 5o CONGRESSO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA UNESP. Assis.

Organização Mundial da Saúde. (2002). *Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: OMS.

Organização Mundial da Saúde. (2006). *Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas*. Organização Mundial da Saúde. São Paulo: Roca, 2006

Organização Mundial da Saúde. (2007). *Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas*. São Paulo: Roca.

Organização Mundial de Saúde. *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*, 2001.

Paiva, S. F de; Costa, P. H. A. (2017). da. Desigualdade social, políticas sobre drogas e direitos humanos: uma reflexão sobre a realidade brasileira. In: Vecchia, M. & Cols. *Drogas e*

direitos humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas. (2017). Porto Alegre: Rede UNIDA.

Passos, E. & Barros, R.B. (2015). Por uma política da narratividade. In: Passos, E; Kastrup, V. & Escóssia, L (Orgs.). *Pistas do método cartográfico*. Porto Alegre: Sulina.

Passos, E.; Kastrup, V. & Escóssia, L (Orgs.). (2015). Apresentação. In Passos, E; Kastrup, V. & Escóssia, L (Orgs.). (2015). *Pistas do método cartográfico*. Porto Alegre: Sulina.

Pelbart, P. P. (2016). Os avessos do niilismo. São Paulo: N-1 edições

Pereira, Mário Eduardo Costa. (2008). Morel e a questão da degenerescência. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11 (3), 490-496

Pinho, P. H. (2009). Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e reabilitação psicossocial. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo.

Pinto & cols. (2018). O desobjeto reformista: a reabilitação psicossocial no âmbito da reforma psiquiátrica. In: Lima, A. F (org). (2018). (Re)Pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização: histórias, intervenções e desafios éticos-políticos. Curitiba: Appris

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: _____. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

Portocarrero, V. (2002). *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Reed, A. M. (2013). Foucault e os discursos sobre “drogas”: da definição do objeto à incorporação dos desvios. In: *Revista Intratextos*, 4(1), p. 162-179.

Reinarz, J. & Wynter, R. (2014). The spirit of medicine: The use of alcohol in nineteenth century medical practice. In Schmidt-Haberkamp, B. & Schmid, S. (2014). *Drink in the Eighteenth and Nineteenth Centuries*, New York: Routledge.

Rinaldi, D. L. & Bursztyn, D. C. (2008). O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2).

Rodrigues, J.; Brognoli, F.F. & Spricigo, J.S. (2006). Associação de usuários de um centro de atenção psicossocial: desvelando sua significação. *Contexto Enferm.*, 15(2).

Rolnick, S. (1989). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação liberdade.

Romagnoli, R.C. (2009). A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia e Sociedade*. 21 (2)

Rosa, P. O. (2012). Drogas e biopolítica: uma genealogia da redução de danos. Tese (Doutorado)-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Rosa, P. O. Drogas e liberdade: ponderações sobre a redução de danos e suas governamentalidades. (2003). *Inter-Legere*. Natal-RN, n.15, jul./dez., p. 39-60.

Rosa, P. O. Outra história do consumo de drogas na modernidade. (2014). *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 185-196

Rotelli, F. (1994). Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Sales, E. (2010). Aspectos da história do álcool e do alcoolismo no século XIX. Em Escritos sobre a saúde, doenças e sociedade. UFPE. *Cadernos de História*, 1(7).

Santos, C. E. dos; Yassui, S. (2016). Muito além do CAPS AD: o cuidado no território e na vida. In: Souza, A.C de & cols. (orgs). (2016). Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil. São Paulo: Hucitec editora.

Santos, F. S. D. dos. (1995). Alcoolismo: invenção de uma doença. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, SP.

Saraceno, B. (2011). Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. Ed. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/TeCorá

Silveira & cols. (2017). *Recovery* e experiência brasileira na atenção psicossocial: diálogos e aproximações. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, 9(21), p.17-30

Sistema único de saúde. Conselho nacional de saúde. (2002). Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde

Sistema único de saúde. Conselho nacional de saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

Souza, S. S. de. (2009). Memória, cotidianidade e implicações: construindo o diário de itinerância na pesquisa. *Entrelugares: Revista de Sociopoética e Abordagens Afins*, 1(1).

Torrezan, G. H. (2017). Entre Gilles Deleuze e Michel Foucault, o diagrama como ferramenta parapensar o jogo de forças na exposição de artes. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Artes, Campinas, SP.

Tykanori, R. K. (2016). Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta, A. M F. (2016) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 4 ed. São Paulo: Hucitec

Valentini Jr., W. A. H & Vicente, C. M. (2016). A reabilitação psicossocial em Campinas. In: Pitta, A. M F. (2016) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 4 ed. São Paulo: Hucitec

Vasconcelos, E. M. (2013). A partir da própria vivência sofrida de crise mental, surgem novos caminhos coletivos de cuidado. In: Vasconcelos & cols. (orgs). (2013). *Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental*. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde

Zanella, A. V. (2015). Escrever. In Fonseca, T.M.G; Nascimento, M.L do & Maraschin (Orgs.), *Pesquisar na diferença: um abecedário*. São Paulo, SP: Sulina.

Zanotti SV, Oliveira AAS, Bastos JA, Silva WVN. *Jornal do CAPS: Construção de histórias em Oficinas Terapêuticas*. *Psico* 2010; 41(2):278-284.

