

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PSICOLOGIA

MAYLA DE AGUIAR LIMA

**Nosso mundo das drogas: a Redução de Danos como estratégia ética, clínica e política frente
ao proibicionismo**

São Luís,
2018

MAYLA DE AGUIAR LIMA

Nosso mundo das drogas: a redução de danos como estratégia ética, clínica e política frente ao proibicionismo

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão, para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia - Formação de Psicóloga.

Orientadora: Prof^a. Me. Lorena Rodrigues Guerini

São Luís,

2018

MAYLA DE AGUIAR LIMA

**Nosso mundo das drogas: a redução de danos como estratégia ética, clínica e política
frente ao proibicionismo**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da
Universidade Federal do Maranhão, para a obtenção
do grau de Bacharel em Psicologia - Formação de
Psicóloga.

Orientadora: Prof^ª. Me. Lorena Rodrigues Guerini

Aprovada em: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Me. Lorena Rodrigues Guerini (Orientadora - UFMA)

Prof^º. Dr. Ramon Luís de Santana Alcântara (UFMA)

Psic. Me. José Augusto Gomide Mochel (CAPS AD)

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Lima, Mayla de Aguiar.

Nosso mundo das drogas : a Redução de Danos como estratégia ética, clínica e política frente ao proibicionismo / Mayla de Aguiar Lima. - 2018.

49 f.

Orientador(a): Lorena Rodrigues Guerini.

Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís - MA, 2018.

1. Antiproibicionismo. 2. Drogas. 3. Psicologia. 4. Redução de Danos. I. Guerini, Lorena Rodrigues. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu irmão, Arthur, que desde seu nascimento tem me apresentado a ternura e o Amor em compartilhar a vida de maneira tão fraternal. Não há caminhada sem ti, ‘maninho’.

Aos meus pais, Sandra e Antonio, não há palavras que consigam abraçar toda a gratidão pelo Amor, apoio e cuidado dedicados a mim ao longo desses anos. Sabemos o quanto não foi fácil chegar até o final. Obrigada por, juntamente com Arthur, serem minha saudade e meu lar.

À minha tia Das Dores, pelo apoio e amor familiar e por estar sempre disponível a me ajudar.

À minha madrinha Cícera e todas as minhas tias (em especial, Sônia e Raimunda), pelo afeto e cuidado. Todas vocês são meus principais exemplos de mulheres fortes, e são por vocês e por todas as mulheres, que luto sempre.

Ao tio David e tia Angelita por terem me acolhido aqui em São Luís no início dessa jornada e por estarem presentes sempre que possível.

Aos pacientes do CAPS AD, por me mostrarem na prática a diversidade de suas histórias e ao Psicólogo Augusto Mochel por me permitir observar e aprender que o cuidado deve também compreender a multiplicidade. Com vocês entendi ainda mais que o tratamento aberto, promovendo autonomia e autocuidado, é o melhor caminho.

Às amigas e amigos de Carolina (Ruy, Zandra, Aracy, Franthesco e Rila), sou grata pela amizade que nos envolve desde a infância/adolescência e que perdura com muito amor até hoje.

Às amigas e amigos que me acolheram em São Luís, cada um com suas características, fizeram eu me sentir em casa nessa nova cidade. Em especial, agradeço pelo encontro com Neto, que esteve comigo em tantos momentos difíceis durante a maior parte da graduação.

À Francis Bonfim e Natalia Serpa, pelo apoio nessa fase final (e em outras fases também). Obrigada por serem companheiras na amizade e na luta. “Eu sozinha ando bem, mas com vocês ando melhor”.

À Jamys Alexandre pela intensidade de nosso doce encontro e pelo afeto diário. Obrigada por toda a paciência e cuidado em revisar esse trabalho.

À Professora Lorena Guerini que me orientou com tanto empenho e comprometimento, sou grata pelo aprendizado compartilhado sobre Redução de Danos e Saúde Mental. Seu trabalho é fundamental e mobilizador.

À todas e todos que contribuíram de alguma forma para a minha formação em Psicologia.

*Não me incomodo muito com o Hospício, mas o que me aborrece
é essa intromissão da polícia na minha vida. De mim para mim,
tenho certeza que não sou louco; mas devido ao álcool,
misturado com toda espécie de apreensões que as dificuldades
de minha vida material há seis anos me assoberbam,
de quando em quando dou sinais de loucura: deliro.*

Lima Barreto em Diário do Hospício

*Periferias, vielas e cortiços
Você deve tá pensando
O que você tem a ver com isso
Desde o início
Por ouro e prata
Olha quem morre
Então veja você quem mata
Recebe o mérito, a farda
Que pratica o mal
Me ver
Pobre, preso ou morto
Já é cultural*

Racionais MC'S - Negro Drama

RESUMO

O presente trabalho aborda a Redução de Danos (RD) como estratégia ética, política e clínica frente ao proibicionismo sustentado pela política de “guerra às drogas”. Analisamos como o proibicionismo reforça o racismo, a higienização social e a marginalização da população que vive nas periferias, engendrando discursos que levam a criação de estereótipos, apontando para os interesses econômicos e de controle social que estão por trás da manutenção da proibição. Demonstramos que a RD se apresenta como uma estratégia possível, permitindo a ampliação do debate de maneira transversal, desconstruindo tabus e construindo junto às pessoas e comunidades alternativas democráticas para a problemática do uso prejudicial de drogas. Enfocamos a importância da discussão sobre as políticas públicas sobre drogas de maneira ampla e que abarque a realidade dos múltiplos territórios e das pessoas que usam drogas, incluindo-os nas discussões de propostas de construção de atenção em saúde. Além disso, tecemos um panorama de como tem sido conduzida e produzida as políticas públicas sobre drogas no contexto local, em São Luís – MA. Para tanto, a cartografia é utilizada como método que auxilia na construção deste trabalho, mapeando através de notícias em meios virtuais, além de legislações federais e estaduais, a diversidade de discursos que envolvem a temática em questão.

Palavras-chave: Redução de Danos. Psicologia. Antiproibicionismo. Drogas.

ABSTRACT

This paper deals with the Harm Reduction (HR) as an ethical, political and clinical strategy against prohibitionism underpinned by the "war on drugs" policy. We analyze how prohibitionism reinforces racism, social hygiene and marginalization of the population living in the peripheries, engendering discourses that lead to the creation of stereotypes, pointing to the economic interests and social control that are behind the maintenance of the prohibition. We have shown that HR is a possible strategy, that allows the enlargement of the debate in a transversal way, deconstructing taboos and constructing with the people and communities democratic alternatives for the harmful use of drugs problem. We focus on the importance of discussing public drug policies in a comprehensive manner that encompasses the reality of multiple territories and people who use drugs, including them in discussions of proposals to build health care. In addition, we provide an overview of how drug policy has been conducted and produced in the local context, in São Luís - MA. In order to do so, cartography is used as a method that assists this study's construction, mapping the diversity of discourses that surround the theme in question from news in virtual media, besides federal and state legislations.

Keywords: Harm Reduction. Psychology. Anti-prohibitionism. Drugs.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Tipificação dos CAPS	29
Figura 2 – Quadro comparativo entre o modelo Proibicionista e a Redução de Danos.	32
Figura 3 – Notícia sobre parceria entre Governo do Estado e Comunidade Terapêuticas.	36
Figura 4 – Minicurso Administração de Comunidades Terapêuticas	37
Figura 5 – Chamada de reportagem na internet sobre ação do CAPS AD com pessoas em situação de rua.	38
Figura 6 – Recorte de jornal sobre o crack.	39
Figura 7 – Divulgação da 1ª Olimpíada Cultural Indígena dos Povos Guajajaras: Minha aldeia sem drogas.	40

LISTA DE SIGLAS

- AME – Associação de Ministros Evangélicos (AME)
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS-AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
- CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil
- CFP – Conselho Federal de Psicologia
- CT – Comunidade Terapêutica
- CONAD – Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas
- CRESS – Conselho Regional de Serviço Social do Maranhão
- EUA – Estados Unidos da América
- FETEB – Federação de Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil
- MS – Ministério da Saúde
- ONU – Organização das Nações Unidas
- RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
- RD – Redução de Danos
- REMADD – Rede Maranhense de Diálogos sobre Drogas
- SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
- SES – Secretaria do Estado de Saúde
- SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
- SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UA – Unidades de Acolhimento
- UD – Usuários(as) de Drogas
- UFMA – Universidade Federal do Maranhão
- UNODC – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 POLÍTICAS ANTIDROGAS: PROIBIÇÃO, CONTROLE, CRIMINALIZAÇÃO E RACISMO.....	14
3 ASPECTOS CLÍNICOS: A DIMENSÃO DO SUJEITO E SUAS MÚLTIPLAS RELAÇÕES COM AS DROGAS	23
4 REDUÇÃO DE DANOS E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	28
4.1 Redução de Danos e Políticas de Saúde Mental no Brasil	28
4.2 A Rede de Saúde Mental no contexto maranhense	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS	45

1 INTRODUÇÃO

A curiosidade em estudar e se debruçar sobre as tramas que enlaçam os estudos sobre drogas nasce e vem se desenvolvendo desde os meus primeiros contatos com a temática em eventos da saúde mental durante a graduação em Psicologia, passando pela prática nos estágios em Psicologia Social e a percepção cotidiana sensível à uma realidade concreta que tem sido apartada, numa tentativa de manter a marginalização dos sujeitos que usam drogas, para sustentar uma higienização social cada vez mais visível amparada por um modelo proibicionista, moral e militar de combate às drogas. Deste modo, a escolha da temática para este trabalho veio ao encontro da necessidade de se pensar sobre as consequências que acompanham a política antidrogas e em como a Redução de Danos se apresenta como estratégia ética, clínica e política frente à política hegemônica de guerra às drogas.

No atual cenário a nível mundial temos uma rede de questões interligadas macro e micropoliticamente, que se articulam em relações de poder que afetam desde o(a) usuário(a) à comunidade, uma vez que, temos uma violência extrema sendo usada no combate ao tráfico de drogas. É impossível não notar que os países da América Latina são os que mais padecem com a violência gerada pela guerra às drogas (PERDOMO AGUILERA, 2011). Por estarmos situadas(os) no Brasil, país que sofre diariamente com este combate bélico (MISSE, 2018; SMALL, 2016), tal pesquisa se sustenta em meio ao cenário de retrocesso nas políticas públicas sobre drogas, onde o governo federal avança com sua pauta conservadora, desmontando serviços públicos de assistência à população brasileira¹.

Além disso, poucas são as produções e discussões na Universidade Federal do Maranhão, a respeito do tema de maneira geral, não somente dentro do curso de Psicologia. Até então, temos uma única produção que envolve Redução de Danos como tema de cuidado ao usuário de drogas no campo da Psicologia², além disso até o ano de 2014, não contávamos com uma grade curricular que tivesse em sua estrutura disciplinas de políticas públicas e saúde mental, o que dificultava a inserção das(os) estudantes nos debates sobre a temática³. Dessa

¹ No dia 14 de novembro de 2018, o atual governo, através da **PORTARIA Nº 3.659** suspendeu o repasse de recursos financeiros destinados ao incentivo de custeio mensal de CAPS, SRTs, UAs e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da RAPS. Ver mais em: http://www.imprensa.nacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/50486628/do1-2018-11-16-portaria-n-3-659-de-14-de-n.

² Monografia defendida em 2015 pela estudante Suzanne Marcelle Martins Soares, intitulada: “Tecendo lugares de atuação: O psicólogo na perspectiva da redução de danos”, sob orientação do Prof. Francisco de Jesus Silva de Sousa.

³ Em 24 de novembro de 2014, por meio da Resolução Nº 1212/CONSEPE, foi aprovado o novo Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Psicologia, onde houve inserção de disciplinas como: “Psicologia e Políticas Públicas” e “Psicologia da Saúde”.

forma, este trabalho também se coloca como um convite para a expansão do debate e produção acerca da temática.

O objetivo geral é analisar como a Redução de Danos se apresenta como estratégia ética, política e clínica frente às políticas antidrogas e frente às tentativas de manutenção do paradigma da abstinência na Política Nacional de Saúde Mental e na Política de Saúde Mental de São Luís – Ma. Os objetivos específicos são: 1. Cartografar os discursos que atravessam e sustentam um modelo bélico e moral de combate às drogas, e como este afeta diretamente e principalmente a vida das pessoas, em sua maioria negras e pobres, que vivem nas periferias; 2. Apresentar a dimensão do Sujeito que usa drogas e suas múltiplas relações possíveis com a substância; 3. Analisar como tem se firmado as Políticas de Saúde Mental para o usuário de drogas no município de São Luís, através da legislação estadual específica (portaria 159 de 05 de março de 2018 do Governo do Estado do Maranhão) e de notícias em sites e redes sociais na internet.

Para lidar com a complexidade de discursos emaranhados que desembocam na temática em questão, utilizaremos como método de pesquisa a cartografia, por compreendermos que há uma diversidade de processos e caminhos possíveis para desenvolver uma pesquisa, e que cada um desses caminhos pode nos levar a diferentes metas. “O desafio é o de realizar uma reversão do sentido tradicional de método – não mais um caminhar para alcançar metas prefixadas (*metá-hódos*), mas o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas” (PASSOS & BARROS, 2015, p. 17).

No Brasil, alguns pesquisadores(as) começaram a se reunir para elaborar estudos a partir do método cartográfico, principalmente no campo da psicologia e da saúde coletiva, resultando na criação do livro *Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade*, organizado por Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia, com a colaboração de outras(os) pesquisadoras(es) na autoria dos capítulos. É com tais pistas que iremos caminhar durante o processo de escrita deste trabalho. Segundo Passos, Kastrup & Escóssia (2015, p.10), o conceito de cartografia foi proposto por Félix Guattari e Gilles Deleuze na Introdução do livro *Mil Platôs*, onde os autores afirmam: “Eis, então, o sentido da cartografia: acompanhamento de percursos, implicação em processos de produção, conexão de redes ou rizomas”. O método da cartografia implica compreender a inseparabilidade de teoria e prática, visando a “(...) ampliação de nossa concepção de mundo para incluir o plano movente da realidade das coisas” (ESCÓSSIA & TEDESCO, 2015, p. 92). É dessa forma que cartografar os diferentes discursos que compõe a problemática do uso de drogas nos permite questionar o

proibicionismo, a guerra às drogas e a abstinência como pré-condição para pensar as formas de tratamento, pois faz deslocar ideias cristalizadas, experimentar o dinâmico, quebrar o estático.

Das pistas do método cartográfico queremos, neste texto, discutir a inseparabilidade entre conhecer e fazer, entre pesquisar e intervir: toda pesquisa é intervenção. Mas, se assim afirmamos, precisamos ainda dar outro passo, pois a intervenção sempre se realiza por um mergulho na experiência que agencia sujeito e objeto, teoria e prática, num mesmo plano de produção ou de coemergência – o que podemos designar como plano da experiência. A cartografia como método de pesquisa é o traçado desse plano da experiência, acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento) do próprio percurso da investigação. (PASSOS & BARROS, 2015, p.17-18).

Para mergulhar nas experiências e nos discursos que atravessam a produção e manutenção do proibicionismo e da guerra às drogas utilizaremos recortes de notícias que se apresentam na mídia, principalmente por meio de sites e redes sociais da internet, e legislações federais e estaduais. Além disso, traremos informações específicas no âmbito das políticas públicas sobre drogas no contexto maranhense, através de notícias e eventos produzidos pela Rede Maranhense de Diálogos sobre Drogas (REMADD) para discutir avanços e retrocessos na realidade local, como por exemplo, a portaria 159 de 05 de março de 2018 do Governo do Estado do Maranhão que autoriza o repasse de verbas para Comunidades Terapêuticas.

Certa de que, “(...) conhecer é, portanto, fazer, criar uma realidade de si e do mundo, o que tem consequências políticas” (PASSOS & BARROS, 2015, p. 30), o método cartográfico, quebra a noção da pesquisa como algo neutro, que não intervém, que não produz transformação.

É essa constatação que força o institucionalismo a colocar em questão os ideais de objetividade, neutralidade, imparcialidade do conhecimento. Todo conhecimento se produz em um campo de implicações cruzadas, estando necessariamente determinado neste jogo de forças: valores, interesses, expectativas, compromissos, desejos, crenças, etc. (PASSOS & BARROS, 2015, p. 19)

Dessa forma, a presente monografia se dividirá em três capítulos. No primeiro capítulo discutiremos as diversas implicações do proibicionismo e do modelo de guerra às drogas. Para tanto, avaliaremos, de modo geral, o aparecimento do proibicionismo como modelo global de política de drogas e, posteriormente, discutiremos como tal padrão de controle da produção, consumo e administração de certas substâncias está ligado a uma questão moral, racial e política. No capítulo seguinte, apresentaremos a dimensão do sujeito que usa drogas, os aspectos clínicos e psicológicos, pensando como o discurso macrossocial e político acaba por investir e produzir subjetividades, refletindo tanto no jeito como o sujeito pode se relacionar com o uso da substância, como na forma de abordar o tratamento em saúde que é oferecido para

este indivíduo. Por fim, no terceiro capítulo, nos debruçaremos sobre a estratégia de Redução de Danos, e sobre a forma como esta vai se instalando como um modelo eficaz para a atuação dos profissionais da saúde no Brasil a partir da década de 90. Traçaremos um panorama geral sobre a Política Nacional de Saúde Mental para a atenção integral ao usuário(a) de álcool e outras drogas, nos detendo no contexto maranhense e em como vem se desenvolvendo as Políticas de Saúde Mental para o usuário de drogas no município de São Luís, através da legislação estadual específica.

Diante desse cenário, refletiremos: Como então, explicar o fato da existência e manutenção de uma “guerra às drogas”? Em que momento passa a ser proibido o uso de certas substâncias? Como é vista a pessoa que escolhe usar drogas? Qual a melhor maneira de cuidado àqueles(as) que se tornam dependentes e querem reduzir os danos causados pela substância ou mesmo pretendem parar o uso? Em que a psicologia, ciência que trata do ser humano em sua singularidade e em suas múltiplas relações, pode contribuir no que diz respeito à relação desses sujeitos com a droga? Como a mudança do paradigma da abstinência para o da Redução de Danos pode servir como uma abertura e ponte para pensarmos tanto as questões sociais como as de saúde que envolvem tal temática? Como se apresenta o cenário da discussão sobre drogas em São Luís – MA?

Tendo em vista a quantidade de questões que giram em torno do tema, e reconhecendo sua amplitude, pretendemos esboçar algumas respostas possíveis, cartografando os percursos das políticas sobre drogas, sem a pretensão de esgotar a discussão. Afirmamos que é necessário e urgente a participação social – e das universidades, conseqüentemente – frente às lutas em defesa da democracia e dos direitos humanos, incluindo as políticas públicas de um modo geral e as políticas sobre drogas em particular.

2 POLÍTICAS ANTIDROGAS: PROIBIÇÃO, CONTROLE, CRIMINALIZAÇÃO E RACISMO

A proposta deste capítulo é versar sobre os múltiplos efeitos do proibicionismo e do modelo de guerra às drogas. Para tanto, analisaremos, de modo geral, o surgimento do proibicionismo como modelo universal de política de drogas e, em seguida, discutiremos como tal padrão de controle da produção, consumo e administração de certas substâncias está ligado a uma questão moral, racial e política.

Diversos são os estudos que traçam uma historiografia e genealogia das drogas, seus usos e produções, mostrando que desde que o mundo e a humanidade se definem dessa forma, o ser humano por diferentes razões e contextos – ritualístico, recreativo, experimental e outros – faz uso de substâncias que alteram o “estado psíquico” ou “estado de consciência”. No entanto, vemos que ao longo da história, a valoração e significados em torno do uso de drogas foram se modificando, estas deixando de ser vistas como substâncias de consumo para passarem a ser consideradas produtos perigosos que devem ser controlados e combatidos na atualidade. (ESCOHATADO, 1998; SOUZA, 2007, 2014; PASSOS & SOUZA, 2011; LOPES, 2016).

As políticas antidrogas, bem como a guerra às drogas, podem ser consideradas recentes na história da humanidade pois remontam ao início do século XX. O primeiro marco legal diz respeito a Comissão do Ópio de Xangai, realizada em 1909 onde diversos países se reuniram pela primeira vez para discutir o problema das drogas, na época o ópio e suas derivações (UNODC, s/d). Segundo Lopes (2016), já existia, portanto, no início do século XX, uma diversa e complexa estrutura envolvendo a temática, apontando, principalmente, para o forte interesse econômico em torno do comércio do ópio, tabaco, álcool, *cannabis* e outros produtos. Lopes (2016, p. 53) destaca ainda que:

(...) mesmo considerando este contexto complexo de múltiplos interesses, a Conferência de Xangai merece destaque não somente pelo pioneirismo, mas principalmente porque desenhou os traços básicos sobre os quais os limites do proibicionismo seriam desenvolvidos ao longo do século XX, e também porque chancelou e possibilitou o despontamento de um novo protagonismo nas relações internacionais, no que respeita à atuação dos Estados Unidos da América.

Após duas guerras mundiais e a diversificação do comércio de variadas substâncias consideradas drogas, foi realizada a Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, emendada por um protocolo em 1972, que trata de um acordo internacional das Nações Unidas (ONU) para o combate às drogas (SENADO FEDERAL, 2015). A partir de então o que assistimos é a guinada de confrontos bélicos para um suposto controle do narcotráfico, que vai ter o Estados

Unidos da América como principal incentivador de tal política, além do controle moral e religioso já existente quanto ao uso, associando o prazer ao mal, por exemplo. Segundo Souza (2014, p. 993): “A política de criminalização das drogas é um capítulo de um processo mundial de legislação internacional que, mais do que legislar valores morais mundialmente válidos, foi um processo de organização do mercado”.

Temos até aqui apontamentos gerais que nos levam a refletir sobre a junção de interesses de controle da produção, venda e uso de drogas e interesses econômicos e políticos de alguns países. Notamos que o termo droga pode possuir várias acepções, podendo se referir a fármacos com propriedades terapêuticas determinadas e/ou mais especificamente a substâncias que são capazes de causar dependência. Neste trabalho, o termo “droga” refere-se às substâncias psicoativas e, em particular, às drogas ilícitas ou àquelas lícitas cujo uso é regulado por lei, como é o caso do álcool. De acordo com o parágrafo único art.1º da Lei nº 11.343/2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas – SISNAD, a legislação define como droga “as substâncias ou produtos capazes de causar dependência” (SENADO FEDERAL, 2015).

Então, o que podemos assistir atualmente, após a proibição das drogas no século XX com a nomeada “guerra às drogas”, foi o aumento da repressão policial ao usuário, ampliação do consumo, e o crescimento principalmente do número de mortes nas periferias urbanas – não pelo uso de drogas, mas sim por uma guerra que diz ter como alvo substâncias inertes. (PASSOS & SOUZA, 2011). Tomamos a ideia de que as drogas são substâncias inertes para ilustrar seu não movimento em direção ao sujeito, ou seja, não é a droga que investe a ação, que sozinha é agente e transforma pessoas em dependentes químicos, por exemplo. A concepção da droga como substância perigosa que atua e controla a vida das pessoas, além de ser equivocada, acaba por desresponsabilizar o sujeito que desenvolve um uso prejudicial, uma vez que se cria uma falsa crença de que o mesmo não tem nenhuma implicação subjetiva diante de suas escolhas e não pode responder sobre suas ações. Diante disso entendemos que a cultura de combate às drogas faz com que o indivíduo e o meio social fiquem em segundo plano, isto porque a problemática enfoca somente a substância em si mesma, desconfigurando o complexo cenário político, econômico e subjetivo em que ela está inserida.

A discussão ao redor da temática do consumo de álcool e outras drogas está permeada de valores morais e relações de poder, a título de exemplo, a própria divisão das drogas em lícitas e ilícitas. Não pretendemos fazer um histórico de como algumas drogas se tornaram lícitas e outras ilícitas, mas é preciso enfatizar o fato da existência de drogas em que o consumo e produção são reguladas por leis (drogas lícitas) e outras em que a produção, consumo e

administração são proibidas por leis (drogas ilícitas). Veremos o quanto tal divisão é estratégica do ponto de vista econômico e, também, dos interesses de controle e poder, como bem pontua Souza (2007, p. 23):

Ao associar as drogas, sobretudo as ilícitas, à figura do mal, a guerra às drogas solapou toda uma tradição moderna que buscou excluir aspectos morais e religiosos do campo das guerras. (...) os conceitos abstratos permitem que, por um lado, toda humanidade possa unir-se contra o mal e, por outro lado, qualquer um possa ser um inimigo da humanidade. O conceito de drogas ganha um sentido estratégico uma vez que os critérios que os definem não seguem nenhuma coerência, eles são contraditórios entre si. O grau de contradição e de falta de critério lógico que distinguem as drogas lícitas das ilícitas se tornou foco de interdição moral que, em última instância, se apoia na guerra como estratégia para se eliminar o mal do planeta na medida em que encobre os interesses econômicos que se alimentam desta distinção.

É a partir desta ideia, da associação das drogas ao mal, que a política proibicionista, além de legitimar práticas que cerceiam a autonomia das pessoas, como a internação compulsória, onde o foco do problema é a droga – e esta passa a ser considerada como a responsável por todas as chagas que assolam a sociedade – também direciona e engendra o discurso sobre a suposta fraqueza e irresponsabilidade daquele(a) que a consome. Em outros termos, há uma eliminação do debate acerca do fundamental que é justamente o sujeito em sua singularidade, ou seja, a relação do sujeito com a droga, levando em consideração o contexto social, cultural, político e econômico que é anterior ao uso da substância, sendo esse uso prejudicial ou não.

Quando falamos de pessoas que usam drogas nos dias atuais, há uma ideia geral de que, independente do uso, se é ocasional ou não, este é um “caminho sem volta”, “(...) como se a droga por si só tivesse um *poder mágico* de provocar dependência” (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2017, p. 23, grifo do autor). Para desconstruir esse imaginário, é imprescindível destacar que cada sujeito em sua singularidade desenvolve formas de se relacionar com as drogas, por isso a necessidade de apontarmos caso a caso se há um uso prejudicial ou não.

Dessa forma, a importância de cartografar os territórios variados em que o tema das drogas se interconecta é primordial para entender que “(...) uma clínica, não é demais afirmar, se dá num contexto” (SILVA, 2014, p. 119). A pessoa que usa drogas vive e se constrói numa realidade social múltipla. Então, é fundamental dar atenção para o que de fato está por trás da guerra às drogas, ou seja, cartografar as estruturas racistas, morais, religiosas e econômicas que sustentam a proibição e legitimam intervenções superficiais e autoritárias.

O Código de Ética Profissional da(o) Psicóloga(o) sinaliza como um de seus princípios fundamentais que: “O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (CFP, 2014, p. 07). Diante disso, é necessário assumirmos uma posição ética em defesa da vida e sua diversidade, onde o compromisso ético-social-político é estar ao lado das múltiplas expressões de vida e de seus desdobramentos, buscando sempre estratégias de cuidado que visem a pessoa em sua expressão individual e social. Dessa maneira, a(o) psicóloga(o) deverá sempre atuar “com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural” (CFP, 2014, p. 07). Portanto, para uma análise e debate desse campo, é preciso afirmar sua complexidade, desconstruir tabus e ampliar o campo de reflexão, se distanciando das ideias reducionistas e simplistas que tratam o tema de maneira isolada, dando ênfase em ações exclusivamente morais e na área da segurança através da repressão.

Lancetti (2015, p. 30) propõe o conceito de “contrafissura” para dar conta da ideia de que existe um afã, uma fissura, da sociedade em geral (incluindo profissionais) em resolver de maneira rápida, simplicista e reducionista uma questão de tão grande complexidade. Assim, o frenesi em buscar a “salvação” daqueles(as) que usam drogas se torna tão intenso que se aumenta a quantidade de internações forçadas, dos estereótipos e, conseqüentemente, a não-escuta dos(as) usuários(as). Nesse sentido, vemos uma questão complexa que se enraíza em diversas outras temáticas, como saúde mental, preconceito, racismo e segurança pública, mas que é silenciada e reduzida para atender ao desejo de uma parte da sociedade em nome de uma moral, controle e segregação social-racial.

No Brasil, já teríamos, em 1830, os primeiros registros de uma política proibicionista e de sua ligação com o racismo. Esse é um dos desdobramentos desse intrincado assunto, quando a Câmara Municipal do Rio propôs a proibição do uso recreativo da maconha, na época um costume entre o povo negro. Quando começou o processo de escravização do povo africano pelos colonizadores europeus, vieram pessoas de diversas regiões da África onde a maconha era culturalmente usada de maneira ritualística e/ou recreativa (CFP, 2013; LUNARDON, 2015). “A necessidade de repressão às drogas nasce com as contradições do processo abolição da escravatura no Brasil, em 1888. Com a perda da ferramenta da escravidão há de se criar outras para que se possa controlar a cultura negra (...)” (LUNARDON, 2015, p. 06). Sobre essa discussão, Souza (2014, p. 994) traz uma contribuição essencial para fundamentar a ligação entre drogas, racismo e um regime biopolítico, conceito foucaultiano para pensar a vida enquanto objeto de controle do Estado.

O problema geral do racismo e das raças degeneradas foi o alicerce biopolítico que sustentou a associação entre drogas e ameaça à espécie humana. O Estado Moderno não inventou o racismo, mas seu uso dentro do regime biopolítico ganhou contornos inovadores. A associação entre hábito cultural (de “raças inferiores”) e ameaça geral à vida foi a matriz discursiva para que diversas tecnologias de poder fossem agregando volume e adensando uma verdade sobre as drogas. Numa sociedade em que a vida é objeto de intervenção política, o direito à morte e à restrição da vida só podem ser atribuídos a alguma coisa que ameace a própria vida, a vida da espécie humana. A noção de raça estabelece um corte no contínuo biológico da espécie humana, uma diferenciação que se hierarquiza entre as raças inferiores e as raças superiores, entre as raças que devem viver e as raças que devem morrer.

Sendo assim, para compreendermos *como* chegamos a esta cultura proibicionista cheia de convenções e leis é necessário que pensemos que interesses estavam e estão envolvidos tanto na repressão como na produção de discursos e subjetividades ao redor da temática. Para tanto, temos no Brasil pesquisadores de diversas áreas: psicologia, psiquiatria, ciências sociais e políticas, que já vêm buscando fazer uma análise macro e micropolítica de tal tema, atrelando principalmente aos conceitos relações de poder, biopoder e biopolítica do francês Michel Foucault.

Foucault (1979), em sua análise sobre o poder, afirma que este não é um elemento substancial, possuído por um grupo de indivíduos ou apenas um indivíduo, ou seja, “(...) não é um objeto natural, uma coisa; é uma prática social e, como tal, constituída historicamente” (MACHADO, 1979, p. X). O poder, desse modo, está associado a alguma forma de saber, estando espalhado em diversas instituições: família, escola, clínicas, etc. Assim, o poder se constitui nas relações multilaterais, ou melhor, de modo microfísico (MACHADO, 1979). Em meio a isso, encontramos reflexões frente as ideias sobre a normalização biológica dos seres humanos: biopolítica e biopoder.

Quando o autor propõe pensar a ideia de biopolítica, ele parte da concepção que a vida biológica passa a ser um objeto da política, ou seja, se inicia, a partir do século XVIII, a produção e o controle da vida biológica, não ficando essa somente retida aos mecanismos que a controla. Diante de algumas análises, encontramos, também, as reflexões sobre o que o autor toma por biopoder, sendo esse “(...) o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder.” (FOUCAULT, 2008, p. 3). Em outros termos, o poder sobre a vida humana se fundamenta em sua realidade biológica.

O que visamos, em meio a essas propostas do pensamento foucaultiano é que: “Vivemos em um regime que uma das finalidades da intervenção estatal é o cuidado do corpo, a saúde corporal, a relação entre as doenças e a saúde, etc.” (FOUCAULT, 1976, p. 155,

tradução nossa)⁴. O corpo, assim, torna-se público. Trazendo estas reflexões para o campo de nosso trabalho, temos uma política antidrogas que propõe condenar e controlar não somente substâncias, mas as pessoas que delas se utilizam.

Destacamos ainda o trabalho das norte-americanas Deborah Small e Judith Butler, sendo que a primeira, atualmente, tem desenvolvido importantes pesquisas que apontam para o entrelaçamento da guerra às drogas ao racismo, evidenciando como é urgente à discussão e luta pelo fim da mesma (JEHA, 2016). Enquanto Butler (2015), que não enfatiza necessariamente a temática em questão, mas nos oferece ferramentas para pensar a guerra e o valor que algumas vidas têm em detrimento de outras, faz uma pergunta fundamental para pensarmos a perspectiva ética neste trabalho e a naturalização da guerra nas favelas: “quando a vida é passível de luto?”.

Small (2001) vem desenvolvendo desde a década de 90, estudos nos Estado Unidos da América que mostram que a guerra contra às drogas é uma guerra contra a justiça racial. A pesquisadora chama a atenção em seus textos e palestras para o crescimento do encarceramento em massa da população negra e parda, e o aumento da violência à medida que as penas se tornam mais severas e direcionadas para às populações marginalizadas através de um estereótipo. Small (2001, p. 897, tradução nossa) afirma que: “(...) Essas prisões desproporcionais – e a cobertura da mídia – alimentam a suposição equivocada de que os negros usam drogas em taxas mais altas do que os brancos e servem como justificativa para a manutenção de um perfil racial”.⁵

Assim, vemos que as consequências de uma política proibicionista reverberam em diversas problemáticas e, principalmente, afetam determinadas vidas. Small (2001) sinaliza que pessoas condenadas por envolvimento com drogas nos EUA acabam por serem excluídas de todas as oportunidades de ressocialização, como educação e políticas sociais básicas, por estarem marcadas pelas drogas, ficando com o nome e imagem “sujos”. Diante disso, nos questionamos: que política é essa que tem em seu discurso a proteção da população do “mundo das drogas”, mas que não se importa em submeter algumas vidas ao encarceramento, à privação de direitos básicos, sem perspectiva de liberdade e desenvolvimento pessoal-social?

Entendemos que este paradoxo inerente à política proibicionista se assenta e se justifica em um apagamento da alteridade, não reconhecendo o discurso do Outro e nem mesmo sua humanidade, como aponta Butler (2011), por isso não se é criado um questionamento acerca

⁴ “Vivimos en un régimen en que una de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre las enfermedades y la salud, etc”.

⁵ “The disproportionate arrests – and media coverage – feed the mistaken assumption that Blacks use drugs at higher rates than Whites and serve as justification for continued racial profiling.”

das consequências de ações violentas, das privações de direito para com este Outro, uma vez que não o reconheço enquanto alguém passível de lamento. Butler (2011) nos convida a pensar o que nos vincula eticamente a alteridade. Ora, se tomamos o compromisso ético da prática psicológica como sendo o de defesa da vida, temos que lutar e afirmar ações e estratégias que acolham e compreendam o sujeito em sua integridade e singularidade, além de entender que este sujeito expressa também a história de um coletivo.

A associação do uso de álcool e outras drogas a uma classe econômica e racial que vive nas periferias não é aleatória, pois faz parte das consequências e objetivos da guerra às drogas. Atualmente, a lei que legisla sobre a produção, venda e uso de drogas no Brasil é a 11.343\2006 que define as normas, penalidades e crimes em torno do tema (SENADO FEDERAL, 2015), e que teoricamente diferencia usuário de drogas e traficantes. No entanto, a lei ainda se mostra pouco clara, mantendo a criminalização em muitos casos, uma vez que os policiais militares que combatem violentamente o tráfico de drogas serão os mesmos a fazerem a abordagem à pessoa que está usando ou portando alguma substância ilícita e que enquadrará tal sujeito como traficante ou usuário. Como ainda hoje temos a produção de discurso, imagem e subjetividade, principalmente propagado pela mídia, em que as drogas ilícitas são substâncias de alta periculosidade que fazem com que os jovens das periferias cometam crimes, a lei acaba beneficiando apenas o usuário branco que vive em bairros de classe média\alta e que não se encaixa no perfil de “potencial traficante”. Assim, encontramos um grande problema, uma vez que a abordagem feita pela polícia militar à pessoa que usa drogas tem um endereço com cor, classe social e idade, visto que os jovens negros de periferia são as principais vítimas de violência policial no Brasil (ANISTIA INTERNACIONAL, 2015).

É válido ressaltar que, se atuada\responsabilizada por tráfico de drogas, a pessoa é apreendida pela polícia para responder pelo delito e, após o processo, o Juiz é o sujeito do Direito que determinará se alguém é ou não traficante, de acordo com a situação em que foi encontrado. Passos & Souza (2011, p. 156) analisam que:

(...) ao focalizar esforços em combater a produção das drogas, as estratégias policiais e militares assumem a função de controle social das camadas pobres, pois passam a localizar geograficamente um processo de produção transnacional: responsabilizar as favelas e os países periféricos por um mercado que é movimentado por uma lógica de consumo que é acionada pelos países do primeiro mundo. No Brasil, práticas da ditadura, como a tortura, passaram a ser exercidas sobre comunidades pobres mediante uma intensificação do poder policial. Sobre a justificativa de defesa da democracia e combate às drogas, forças antidemocráticas constituíram uma complexa rede bélica no cerne da própria democracia. Mais do que um combate às drogas, esse arranjo vem garantindo um exercício de combate às próprias forças democráticas emergentes. Não estamos falando de guerra às drogas, e sim de

uma repressão generalizada à própria democracia, um “Estado de Guerra” no cerne do “Estado Democrático de Direito” que se apoia ora sobre o eixo drogas, ora sobre o eixo terrorismo.

Ora, se o combate às drogas é um combate com base em um padrão de cor, classe social e idade, não temos um combate às drogas e sim às pessoas, logo não se tem preocupação real com as vidas atingidas por tal mecanismo. “A crença de que vivemos uma “guerra às drogas” e de que matar suspeitos de envolvimento com o tráfico de drogas faz parte dessa “guerra” estrutura a narrativa e o sentido de parte significativa da política de segurança pública” (ANISTIA INTERNACIONAL, 2015). Sendo estruturante da narrativa de nossa política de segurança, a maior parte da população concorda com as ações violentas que ocorrem diariamente dentro das favelas, é o engendramento do discurso que atrela narcotráfico à favela/comunidades empobrecidas, por isso reforçamos a ideia de que se faz urgente que o debate sobre drogas saia do campo da repressão e da segurança e venha para o diálogo com a psicologia e o campo da saúde mental.

É possível perceber que temos um ciclo onde há uma antecipação “(...) à possibilidade de sofrer violência cometendo violência primeiro. No entanto, a violência que temem é aquela que engendram” (BUTLER, 2011, p. 31). Dessa maneira, pensar na teia formada entre a proibição das drogas, moral religiosa, a soberania de alguns países sobre outros e o racismo é essencial para compreender os discursos que até hoje, no ano de 2018, são legitimados e reproduzidos, fazendo com que algumas pessoas sejam criminalizadas e mantidas à margem da sociedade. Além disso, tratar as drogas como tabu, afasta e dificulta que a maior parte das pessoas que necessitam de tratamento de fato o procurem.

A exemplo desta teia que tece ligações de interesses que vai desde o macrossocial ao tratamento individual, recentemente, o Governo alterou as diretrizes de sua Política Nacional sobre Drogas, por meio da Resolução nº 1 de 2018 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), onde retira a redução de danos como estratégia principal de norteammento das práticas de cuidado ao usuário(a) de drogas. Apesar de não ter força de lei, a resolução já pode resultar em mudanças práticas, percebemos que no portal de internet sobre a saúde mental do Ministério da Saúde, já não consta a RD como direcionamento principal de cuidado.⁶

Assim sendo, veremos que afirmar a Redução de Danos como estratégia ética, clínica e política requer uma compreensão e análise do cenário que mantém até hoje esta prática como se não fosse eficaz, por isso, não há como tratarmos a temática das drogas e seus

⁶ Link do portal do MS: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental#estrutura>.

desdobramentos sociais e individuais sem, necessariamente, partirmos de um contexto. Neste ponto, concordamos com Souza (2007, p. 109) quando este assinala que “partindo da realidade dos próprios usuários de drogas, a RD insere uma proposta Ética no contemporâneo na medida em que mobiliza as coletividades para um cuidado de si a partir de práticas de gestão comum”.

Problematizar o proibicionismo é fundamental para compreender sua relação com o paradigma da abstinência para o tratamento de usuários(as) de álcool e outras drogas, uma vez que ambos estão assentados em uma visão totalitária de mundo, como meio de normalização e controle social. Esse panorama histórico-político-social é importante para situar o contexto no qual se agencia o desejo do sujeito que usa drogas, bem como para afirmar a necessidade de uma mudança de paradigma de cuidado.

3 ASPECTOS CLÍNICOS: A DIMENSÃO DO SUJEITO E SUAS MÚLTIPLAS RELAÇÕES COM AS DROGAS

A questão das drogas assumiu uma magnitude político-social que impulsionou a busca por novas formas de compreensão do fenômeno, deixando de ser analisada somente pela psiquiatria e farmacologia, se ampliando para outras áreas do conhecimento, como a psicologia, antropologia e ciência política (BIRMAN, 2017). Neste capítulo, abordaremos a dimensão do sujeito que usa drogas, os aspectos clínicos e psicológicos, pensando como o discurso macrossocial e político que explanamos até aqui, acaba por investir e produzir subjetividades. Analisaremos tanto as maneiras como o sujeito pode se relacionar com o uso da substância, como a forma do tratamento em saúde que é ofertado para este indivíduo.

Muitos são os termos usados clinicamente para categorizar o uso prejudicial de drogas, como toxicomania, dependência química, drogadição ou vício. O enquadramento de sujeitos em categorias pré-estabelecidas se apresenta como uma complicação, justamente por pressupor que é possível uma generalização, uma explicação única sobre a maneira como todas as pessoas poderão se relacionar com as drogas. A adoção de um termo para categorizar o uso de drogas enquanto uma doença passível de epidemia, por exemplo, é um tanto problemática. Masur (2004) tece uma crítica à utilização da ideia do tripé de instalação de uma doença – agente, hospedeiro e ambiente – para abordar a dependência de drogas, alertando que esta é uma visão eficaz para o tratamento médico-biológico de inúmeras enfermidades, mas que não dá conta de fatores que extrapolam as fronteiras deste modelo. No caso do uso de drogas, existe a dimensão psicológica do sujeito, que não dá para ser tratada somente com uma medicação. Há uma relação com a substância que apenas o sujeito em sua singularidade pode dar conta e falar sobre. Para tanto, a autora afirma que:

Drogas não são vírus nem bactérias, nem mosquitos transmissores que picam o homem sem que ele se aperceba disso nem deseje suas consequências. No caso de drogas, o homem é ao mesmo tempo o hospedeiro e o agente. Na medida em que tem parte ativa na procura da droga, ele compartilha com ela a função de agente. E esta procura é tão ativa, que na ausência da droga, ele as cria, recria, substitui, inventa, a tal ponto que alguém relatava que, ao não dispor de nenhum dos psicotrópicos convencionais, se valia de tomar uma “chá de fita cassete cortada” (não sei se gravada ou não). Acho que isso mostra bem a diferença entre o modelo tradicional do tripé, que por mais útil que possa ser à saúde pública não pode ser diretamente aplicado às toxicomanias. (MASUR, 2004, p. 11-12).

O que Masur (2004) delinea é a ideia de que o sujeito, enquanto ser ativo na procura por drogas, vai se deparar sempre com sua própria realidade individual e social, ou seja, proibir

a venda de substâncias ou adotar unicamente um tratamento com base na abstinência e isolamento – no caso das internações – se torna ineficaz, uma vez que existe uma relação singular do sujeito com a substância. Não haveria a eliminação do problema nem mesmo se as drogas fossem extintas da sociedade.

Até os dias atuais, o modelo médico científico impera e sustenta um lugar privilegiado no tratamento com usuários(as) de drogas. Devemos estar atentos a este discurso, uma vez que exclui a singularidade do sujeito, enfatizando as drogas e não a pessoa. Esse é o ponto de tensionamento que precisamos sustentar enquanto profissionais da psicologia: questionar tratamentos que acabam silenciando a voz do sujeito. Nesse sentido, coadunamos com Beneti (2014, p. 37):

O motor desse discurso é o discurso da ciência, vamos dizer assim, da ciência e tecnologia, e não vai ser difícil pensar que nós teremos futuras instituições, manicômios a céu fechado, para tratamento dos "crackeiros", com drogas, com substâncias, porque tudo vai ser pensado no nível do cérebro. Então, para tratar o consumo de droga, nós vamos fazer outro consumo de droga para tratar esse tipo de sujeito, excluindo de novo a dimensão da subjetividade, da singularidade, do um-a-um, do caso a caso. Evidentemente, há situações em que o sujeito está à beira da morte; há situações dramáticas, quando devemos colocá-lo numa clínica, pelo menos durante uma semana, para que ele se recupere, se alimente, se hidrate, para depois seguir um tratamento.

Importante notar o quão delicada e complexa é a clínica com o(a) usuário(a) de álcool e outras drogas, por isso temos que nos atentar às especificidades de cada caso, e isso só se torna possível com uma prática clínica comprometida com a escuta do sujeito. No trecho supracitado, Beneti (2014) sinaliza, por exemplo, a necessidade de às vezes usar o recurso da internação quando a vida da pessoa ou de outras pessoas estão em risco, esse é um dos pontos que nos fazem refletir sobre a dinâmica e movimento da clínica com usuários(as) de drogas.

Neste trabalho monográfico, abordamos a questão das múltiplas relações possíveis com o uso de drogas utilizando os termos ‘uso recreativo’ ou ‘uso prejudicial’, uma vez que entendemos que a relação com as drogas se dá para cada um, sendo possível o uso chamado recreativo – onde não há prejuízo às variadas esferas da vida do sujeito, e o que denominamos de uso prejudicial – onde a droga acaba ocupando lugar central na vida do(a) consumidor(a), causando prejuízo em suas relações sociais, interpessoais, laborais e consigo mesmo. Masur (2004, p. 52) aponta que o uso prejudicial pode acabar sendo “uma condição em essência empobrecedora, na medida em que a pessoa desconhece formas alternativas de resposta a situações de vida”.

Dessa maneira, tomamos a Psicologia enquanto ciência que pensa e se dedica aos estudos da subjetividade, levando em consideração o conceito de subjetividade proposto por

Silva (2008, p. 41) como correspondente “à criação de um determinado território existencial que não é nem fixo nem imutável, mas em constante processo de produção: estamos sempre construindo novos territórios e desmanchando aqueles que não dão mais conta da nossa experiência no mundo”. Assim, afirmamos que, além da riqueza e singularidade de cada subjetividade – deste território existencial próprio de cada sujeito –, esta também é produzida se relacionando com os múltiplos territórios que são os contextos sociais-históricos.

Partindo então da perspectiva de que o uso de drogas é singular para cada sujeito e que existem múltiplas relações possíveis para vivenciar este uso é que destacamos que no campo dos estudos da psicologia no Brasil, assistimos nos anos oitenta a difusão da psicanálise como responsável por uma nova proposta de compreensão em relação ao uso prejudicial das drogas, ou seja, além da dimensão da produção de subjetividades investidas pelo social, temos algo que é da esfera mais profunda, o sujeito e seu desejo. Neste sentido, o Conselho Federal de Psicologia (2013, p. 62) destaca que:

Ao proclamar que as Drogas são, efetivamente, constituídas por “substâncias inertes” que são encontradas no mundo, [a psicanálise] propõe que as mesmas não deveriam merecer o foco das atenções. Desta forma, este paradigma propõe fixar-se no sujeito que delas se serve, oferecendo explicação para o caráter diferenciado dos modos como distintos sujeitos delas se aproximam e com ela se relacionam, fazendo radicar aí a chave para o tratamento daqueles para os quais este uso se revela como problemático e nas razões pelas quais isso se dá dessa maneira.

Diante disso, verificamos que a psicanálise há muito vem se posicionando de forma crítica quanto às propostas de tratamento para o uso de drogas fundamentadas no imperativo da abstinência. Então, consideramos possível afirmar a existência de certa aproximação entre as propostas de tratamento da psicanálise e a da RD, à medida que ambas problematizam o modelo de abstinência como única meta do tratamento, afirmando que existe uma dimensão singular do sujeito que usa drogas, considerando suas múltiplas relações com as mesmas.

A partir da teoria psicanalítica de Freud – no decorrer de sua obra – podemos situar o sujeito como sujeito do inconsciente. Dessa forma, compreende-se que o uso de substâncias – e uma posterior manutenção de um uso prejudicial – surge por diferentes razões, sendo estas perpassadas por relações desejantes através das quais cada sujeito irá atribuir um significado ao prazer derivado do uso das drogas, assim, singularizando sua relação com o gozo que será extraído delas. Desse modo, as relações, prazeres e razões inconscientes são excluídas quando a proposta do tratamento passa exclusivamente pela abstinência.

A condução clínica orientadora da direção do tratamento na psicanálise propõe escutar o sujeito do inconsciente. Uma possibilidade de compreensão da relação singular do sujeito

com as drogas é através do conceito de pulsão que Freud (1915/1996) define como toda a energia que vai movimentar o aparelho psíquico e que advém do próprio organismo. “Um instinto [pulsão] (...) jamais atua como uma força que imprime um impacto momentâneo, mas sempre como um impacto constante. Além disso, visto que ele incide não a partir de fora mas de dentro do organismo, não há como fugir dele” (FREUD, 1915/1996, p. 124).

Visto não ter características objetiváveis e mensuráveis, Freud sinaliza que é necessário compreendermos o conceito de pulsão a partir de certa abstração, uma vez que esta se apresenta como resposta a um estímulo que não vem de fora, mas de dentro, de um ponto não localizável organicamente (FREUD, 1915/1996). Para exemplificar, se nos incomodamos com o mau cheiro de um ambiente, podemos mudar de local; se estamos com fome, nos alimentamos; mas como lidamos com “uma sensação que surge sem origem identificável e que se instala no corpo?” (ALENCAR, 2016, p. 77). No caso deste trabalho, como compreender o uso de drogas enquanto uma necessidade que parece incontrolável?

Dessa forma, entendemos que é a força da pulsão que atua como motor da atividade psíquica. A pulsão busca satisfazer sua meta através de objetos que pode ser uma pessoa, um objeto real ou fantasístico. Não nos atermos em um estudo profundo sobre os variados conceitos de objeto em Freud, pois o que pretendemos aqui é demonstrar como o trabalho clínico individual permite perceber o lugar e a função que o objeto “droga” está ocupando na economia psíquica do sujeito, em outros termos, que vazão a droga pode estar preenchendo. É neste sentido que Beneti (2014, p. 32) enfatiza a necessidade de:

Dar a palavra ao sujeito para que ele venha a nos dizer o que ele, inconscientemente, quer com o consumo de drogas. O que ele quer com esse objeto e não o porquê do uso de drogas. Qual a importância desse objeto, qual o lugar desse objeto, qual a função desse objeto droga. Nós introduzimos o sujeito, introduzimos a singularidade do sujeito, as particularidades das estruturas clínicas.

Ao possibilitar que os(as) usuários(as) falem por e a partir de si mesmo, tanto a Redução de Danos como a Psicanálise tornam legítimas as experiências singulares de cada um. “O que os usuários de drogas dizem, pensam e sentem em relação ao uso de drogas? E o que dizem, pensam, sentem e fazem quando desejam continuar a usá-las?” (SOUZA, 2013, p. 18). Questões como estas permitem construção de novos caminhos de análise sobre o fenômeno das drogas.

O tratamento pelo viés psicanalítico possibilita que o sujeito fale livremente, deixando que o inconsciente se mostre. Logo, não cabe nesta condução clínica a proposta de um padrão, uma meta a ser seguida pelo(a) usuário(a), afinal, estaria aí implicado o desejo do sujeito,

considerando que muitos indivíduos não queiram parar de usar drogas (RIBEIRO, 2012). O processo da análise poderá fazer com que o sujeito, a partir do momento que fala e se escuta, se dê conta da sua responsabilidade ante o uso. Este processo pode colocar o sujeito em outro posicionamento diante do gozo proporcionado pela droga, havendo um deslocamento da função e lugar que a droga ocupa na vida dessa pessoa. “RD e Psicanálise transitam entre o respeito ao desejo do outro, singularidade do usuário de droga e ressignificação pela fala” (JACOBI & FRICHEMBRUDER, 2017, p. 4). Portanto, ambas as abordagens podem se articular, fortalecendo a escuta singular de cada sujeito e oferecendo condições para afirmação da diferença, no caso a caso.

Entendemos também que a Psicologia proporciona diversas abordagens possíveis para a compreensão da questão das drogas, não apenas a perspectiva psicanalítica. O que deve ser marcado, independentemente da abordagem que será utilizada, é o lugar da(o) psicóloga(o) enquanto profissional comprometida(o) ético-politicamente com sua prática, nesse sentido, a RD é uma estratégia que tem seus princípios básicos em consonância com a prática da psicologia. Desse modo, concordamos com a reflexão proposta pelo CFP (2013, p. 42-43):

(...) não cabe aos profissionais da Psicologia, envolvidos na equipe profissional, nenhuma forma de julgamento ou censura moral aos comportamentos dos indivíduos, seja com relação ao uso de substâncias psicoativas ilícitas ou a condutas antagônicas à moral e costumes tidos como aceitáveis. O papel dos profissionais é exatamente o de acessar um segmento que muitas vezes está à margem da rede de saúde e social por temer o estigma e a rejeição. A aceitação de cada um destes usuários enquanto sujeitos e o respeito ao lugar que ocupam na escala social confere às abordagens de redução de danos a possibilidade de construção de um vínculo de confiança, base sobre a qual se desenvolverá o trabalho.

O trabalho de escuta realizado pelos profissionais de psicologia, e também como destacamos aqui a escuta psicanalítica, permite uma elaboração, junto com o(a) usuário(a), de uma relação menos danosa com as drogas, uma ressignificação de suas experiências de vida e fortalecimento do autocuidado, contribuindo para a construção de novas subjetividades e para o processo de transformação social.

Nesse sentido, a visibilidade conquistada pelos modelos de cuidado com base em uma perspectiva comunitária-social, como a Redução de Danos, bem como a escuta clínica proposta pela Psicologia e Psicanálise, colocam em debate questões fundamentais, como: liberdade de escolha; responsabilidade individual, familiar e social; direito do usuário à universalidade e integralidade de ações; dever do Estado de criar condições de acesso à serviços de saúde que promovam o exercício do autocuidado; redes sociais de apoio e sua conexão com as redes informais dos usuários, dentre outras (BRASIL, 2003).

4 REDUÇÃO DE DANOS E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

4.1 Redução de Danos e Políticas de Saúde Mental no Brasil

Neste capítulo nos debruçaremos sobre o conceito e a proposta da Redução de Danos, e em como esta vai se instalando como um modelo eficaz para a atuação dos profissionais da saúde no Brasil a partir da década de 90. Para isso, neste primeiro tópico, traçaremos um panorama geral sobre a Política Nacional de Saúde Mental para a atenção integral ao usuário(a) de álcool e outras drogas e, no tópico posterior, abordaremos algumas questões sobre como vem se desenvolvendo as Políticas de Saúde Mental para o usuário de drogas no contexto maranhense, mais especificamente na cidade de São Luís. Dessa maneira, entendemos que conhecer e articular as ideias e contextos que estão involucrados na temática das drogas nos auxilia e orienta, de maneira mais clara, na discussão sobre a Redução de Danos e seus desdobramentos no Brasil.

No Brasil, a Redução de Danos é germinada como proposta para prevenção ao HIV entre os usuários de drogas injetáveis com o Programa de Troca de Seringas (PTSs) na cidade de Santos, estado de São Paulo, em 1989. Com o passar dos anos, as experiências com RD se mostraram exitosas para além da prevenção ao HIV, se consolidando como estratégia de cuidado e promoção de saúde e autonomia para as pessoas que fazem uso de drogas (PASSOS & SOUZA, 2011; CFP, 2013). Até se firmar como proposta oficial do Ministério da Saúde Brasileiro (MS) para atuação com usuários(as) de álcool e outras drogas, a RD passou por muitas fases e muitas lutas.

Devemos nos atentar para o fato que a luta pela Reforma Psiquiátrica se deu concomitante à luta pela Reforma Sanitária no período de redemocratização do país, culminando com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) instituído pela Constituição de 1988 e regulamentado pela lei 8080/90, que instaura um conjunto de serviços de saúde que visa ser acessível de maneira equânime, integral e universal. A Reforma Psiquiátrica teve seu marco legal com a lei 10.216/2001 que objetiva garantir o cuidado e assistência integral aos usuários de serviços de saúde mental, incluindo os usuários de álcool e outras drogas que necessitem de atenção.

É através da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 do Ministério da Saúde que se institui oficialmente locais substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) se tornam o serviço de referência para o acolhimento e tratamento de pessoas com transtorno mental e para transtorno decorrentes do uso prejudicial de álcool e

outras drogas. No entanto, é somente no ano posterior, em 2003 que se estabelece, oficialmente, um plano de ações baseado na estratégia de Redução de Danos com a publicação da “Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de álcool e outras drogas” (BRASIL/MS, 2003). Neste documento, o Ministério da Saúde delinea o conceito de Redução de Danos, que pode ser entendido como:

Estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autorregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social – nas ações de tratamento, como um método clínico político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada. (BRASIL/MS, 2003, p. 27)

Portanto, com a implantação da Política do Ministério da Saúde, afirma-se a responsabilidade do SUS em garantir atenção especializada aos usuários de álcool e outras drogas. As diretrizes da política preveem a construção de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, se valendo de dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-ad), que exercem papel estratégico na rede, de maneira territorial e ampliada, promovendo a articulação intersetorial necessária entre os diversos dispositivos comunitários, de saúde, educação, assistência social, trabalho e geração de renda, cultura, esporte, lazer, entre outros para garantir a integralidade da atenção aos usuários(as) e familiares acompanhados. Os CAPS possuem diferentes modalidades como mostra a tabela a seguir:

CAPS I	CAPS II	CAPS i	CAPS ad	CAPS III	CAPS ad III Álcool e Drogas
Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.	Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.	Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.	Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.	Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de subst. psicoativas, atende cidades e/ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.	Atendimento de 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Figura 1 – Tipificação dos CAPS. Fonte: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental#estrutura>

Outro marco importante de ressaltar é a criação, em 2011, através da Portaria do MS nº 3.088/2011, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta amplia e organiza as ações em saúde mental, uma vez que transversaliza e conecta os serviços da rede assistencial do SUS – firmando ainda mais uma articulação em rede –, em especial: os serviços de saúde mental (como os CAPS) e os serviços de atenção primária à saúde (como a Estratégia Saúde da Família - ESF). Assim, temos uma Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas que é orientada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Lei nº 10.216/01, que se alicerça e se fundamenta na superação do modelo asilar e na garantia dos direitos de cidadania da pessoa com transtornos mentais. Nessa perspectiva são prioridades as iniciativas que objetivam garantir o cuidado integral do indivíduo, centrando-se na particularidade dos territórios e nas suas relações, buscando a promoção de autonomia e desenvolvimento individual e social.

Por isso, visualizar e analisar as políticas públicas de drogas através da lente da RD nos permite perceber que a Redução de Danos é uma estratégia não somente de cuidado ao usuário(a), mas comparece como ferramenta de luta, resistência e de ruptura de pensamentos estigmatizantes. Nesse sentido, Flávia Silva (2014, p. 119) sustenta que:

Tecer uma clínica com pessoas que usam drogas em nossos tempos é, decerto, sustentar uma resistência. Certa concepção de cidade higienizada, pacificada, ordenada, consonante à “Guerra às Drogas”, em seus efeitos de criminalização e exclusão, atravessa as linhas duras das políticas para usuários de álcool e outras drogas.

A redução de danos é, por excelência, territorial, pois permite ultrapassar o âmbito tradicional do consultório para criar novas linhas no mapa dos recursos existenciais e sociais, ou seja, ao trabalhar com o autocuidado, partindo da perspectiva da autonomia, ativa recursos não somente da pessoa que está vivendo uma relação danosa com a droga, mas também da própria comunidade em que esta está inserida. Neste ponto, podemos articular a RD com a ideia de *clínica peripatética* de Lancetti (2008) que, segundo o autor, é a clínica que acontece em movimento, em territórios múltiplos, experiências que acontecem fora do consultório e que possibilitam a ampliação da clínica para aquelas pessoas que não se encaixam nos protocolos de uma clínica tradicional.

Em entrevista com Domiciano Siqueira, Lancetti (2008, p. 68) pontua:

Por isso, redução de danos é tratamento, é tratamento para o HIV; é tratamento para aids; é tratamento para a dependência química; é tratamento para a delinquência; é tratamento para a violência; é tratamento para todos esses itens que compõem o tal do mundo das drogas. Só que as pessoas não partem do princípio que vão fracassar. A maioria não vai conseguir eliminar, sair desse mundo das drogas, e ir para um outro mundo, a não ser que vá realmente para um outro mundo, e não esse.

É afirmando a radicalidade de tal proposta que nasce o título desse trabalho: *Nosso mundo das drogas*, para marcar que não existe um mundo das drogas apartado de um mundo sem drogas. A ideia vendida pela mídia, principalmente com o *crack*, é de que existem submundos específicos para o uso de drogas, estigmatizando pessoas que vivem em situação de rua e em comunidades pobres. Além disso, muitas clínicas de reabilitação e as Comunidades Terapêuticas (CTs) de base religiosa, se aproveitam do discurso “se liberte do mundo das drogas” para propor tratamentos fechados e autoritários que unicamente usam a abstinência como “meta de cura”, afirmando ainda que de nada servem os arranjos que o sujeito pode construir para lidar com sua realidade, sua comunidade.

No caso do álcool, uma droga lícita e altamente lucrativa para as grandes indústrias do ramo, a RD tem papel fundamental na prevenção e diagnóstico precoce, por exemplo. “O uso do álcool impõe às sociedades de todos os países, uma carga global de agravos indesejáveis e extremamente dispendiosos, que acometem os indivíduos em todos os domínios de sua vida” (BRASIL/MS, 2003, p. 17). Nesse panorama, a RD se mostra muito efetiva na atenção primária: segundo o Ministério da Saúde (2003, p. 17) cerca de “20% dos pacientes tratados na rede primária bebem em um nível considerado de alto risco”. Assim, ao ser detectado o uso precoce ainda na rede primária, os pacientes podem ser devidamente acolhidos através de uma articulação entre a rede de saúde e os demais setores, promovendo bem-estar através de informação e cuidado, o que tanto é preconizado pelas estratégias de RD.

É através das experiências com a prática em Redução de Danos, no decorrer dos anos de implantação da política, que a estratégia vai também se atualizando e se construindo, ou seja, a RD se apresenta como múltipla ou mesmo como um plano em movimento, não sendo, desse modo, uma fórmula e não podendo ser reduzida a uma técnica. É a partir desta visão que Fonseca (2012, p. 29-30) propõe algumas dimensões importantes e fundamentais para caracterizar e sustentar a prática com a RD, como: 1. Sigilo dos atendimentos individuais; 2. Promoção de um clima acolhedor para a pessoa que procura ajuda; 3. Estar disponível ao outro; 4. Ser flexível, centrando o cuidado na pessoa; 5. Não exigir ações ou decisões rápidas; 6. Reconhecer os esforços de enfrentamento e superação da pessoa; 7. Criar alternativas em conjunto, levando em consideração a vontade da pessoa; 8. Desconstruir os estigmas, junto aos próprios usuários e sociedade.

Algumas estratégias de RD muito habituais e que foram apontadas por Fonseca (2012, p. 31) seriam:

(...) terapias de substituição (de drogas “pesadas” por drogas “leves”); terapias de redução do consumo; aconselhamento sobre os riscos presentes no uso;

mudança na via de administração; compartilhamento (o usuário e seus familiares tomados enquanto parceiros no tratamento); resgate da cidadania e da autoestima; estabelecimento de parcerias (farmácias, igrejas, centros comunitários, entre outros); ações desenvolvidas especificamente com grupos considerados de risco (travestis e prostitutas; usuários de drogas injetáveis; moradores de rua – crianças e adultos etc”) (...).

Todas essas estratégias se tornam viáveis a partir do momento em que o foco do cuidado passa a ser o sujeito, e não a doença ou a droga em si. Estabelecer uma relação de escuta e atenção integral, reconhecendo diferentes relações de uso e vivências, abre portas para a criação, promoção de autocuidado e desenvolvimento da autonomia.

Na tabela a seguir, proposta pela pesquisadora Reale (1997), conseguimos visualizar as principais diferenças entre o cuidado e direção do tratamento ofertado pelo paradigma da Abstinência de um lado, e pelo paradigma da Redução de Danos de outro.

MODELOS	PROIBICIONISTA	REDUÇÃO DE DANOS
Problema enfocado	o uso de droga em si	Danos/ usos de drogas
Política de drogas	"guerra às drogas"	Tolerante/ pragmática
Prioridade	Repressão ao uso de drogas ilícitas e tráfico	Redução de danos à saúde individual e coletiva
Postura em relação droga	Moralismo: estigmatização UD:	Realística/ pragmática*
Papel/posição do Estado	Controle abusivo do cidadão	- Provê serviços p/ UDs - Apóia organizações UD - Prega direitos dos Uds
Prevenção de drogas	"sociedade livre de drogas"	Dano/risco assoc. abuso
Sistema atenção à saúde	Atendimento médico individual	vários tipos de serviços
Serviços	"alta exigência" Objetivo: abstinência	"baixa exigência" ** "busca ativa" #
Prevenção AIDS entre Uds/UDIs	dificultada por restrições legais	articulada como prioridade de saúde pública

Figura 2- Quando comparativo entre o modelo Proibicionista e a Redução de Danos. Fonte: REALE, 1997, O caminho da redução de danos associados ao uso de drogas: do estigma à solidariedade.

A tabela resume o que já viemos trabalhando e discutindo até aqui. É válido sempre ressaltar que a Redução de Danos, enquanto estratégia aberta para a escuta e singularidade, não exclui a abstinência se assim for o desejo da pessoa. Também é necessário destacar que apesar das conquistas e avanços com a criação de serviços públicos que acolhessem integralmente as demandas de saúde mental da população, houve por um tempo um vácuo de discussões e propostas concretas para a temática do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Foi neste período de tempo, entre a luta, regulamentação e oficialização da Reforma Psiquiátrica, bem

como da Redução de Danos enquanto estratégia de tratamento para transtornos decorrentes do uso prejudicial de substâncias psicoativas que as Comunidades Terapêuticas (CTs) e as clínicas privadas de reabilitação se fortaleceram.

No Brasil, as CTs surgem como equipamentos baseados nos modelos de internação, como escusa de preencher as lacunas nas políticas de assistência e saúde para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. As CTs se configuram e respaldam seu trabalho através de uma “sociologia do desvio, com o ranço disciplinador que marca as práticas de reclusão adotadas por instituições religiosas neopentecostais para a chamada reabilitação de usuários de drogas” (GALINDO, PIMENTÉL-MÉLLO & MOURA, 2017, p. 229).

Apesar da luta e movimento antimanicomial, as CTs passaram a se solidificar enquanto locais apropriados para o tratamento de usuários de drogas, e começaram um movimento de articulações políticas fundamentadas em argumentos jurídicos de proteção social, para alcançar e receber repasses destinados ao tratamento de usuários de drogas no âmbito do SUS. A Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012 do Ministério da Saúde (MS), por exemplo, marca e institui oficialmente “incentivo financeiro de custeio destinado” a Serviços de Atenção em Regime Residencial, que abarcam as CTs (BRASIL/MS, 2012).

Observamos, então, que até os dias de hoje tais propostas de tratamento baseadas em modelos asilares, moralizantes e em sua maioria de cunho religioso, se apresentam com muita força, se aproveitando da precarização das políticas públicas que tem sido efetivada pelo atual contexto político de retirada de direitos em que o país se encontra. Atualmente, no Brasil, temos acompanhado muitos ataques às políticas públicas de maneira geral. No plano das políticas de drogas, o deputado Osmar Terra cria o Projeto de Lei da Câmara nº 37, de 2013 e o Projeto de Lei 7663/2010, propondo a reformulação do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dando ênfase no tratamento exclusivamente com base na abstinência e internações compulsórias, além de ampliar a repressão e condenação por crime que envolvam o tráfico de drogas (RODRIGUES, 2018).

Encarando esse problema como um retrocesso nas políticas sobre drogas, o Conselho Federal de Psicologia elaborou um parecer contra o Projeto de Lei 7663/2010, fundamentado em uma análise crítica e social, além de apontar evidências científicas que demonstram a ineficácia de medidas repressoras quando se trata da temática.

O projeto de Lei nº 7663/2010, de autoria do deputado Osmar Terra (PMDB/RS), possui pelo menos um mérito: ele reúne em um mesmo texto todos os equívocos e todas as ilusões de nossa história no que diz respeito às políticas públicas para drogas. A eventual aprovação desta proposição, por consequência, potencializará os efeitos perversos das abordagens tradicionais

e conservadoras na área, aumentando o número de prisões e o tempo de privação da liberdade, aumentando as possibilidades de condenações de usuários como se traficantes fossem, degradando ainda mais as condições já inaceitáveis de execução penal no Brasil, criando uma indústria de interações compulsórias, regredindo nas iniciativas de redução de danos, aumentando de forma exponencial a despesa pública e violando os direitos elementares de pessoas em situação de fragilidade social. (CFP, 2013, p. 08)

O parecer do CFP demonstra um posicionamento ético e político da prática profissional em defesa da vida e dos direitos humanos, se comprometendo socialmente e enquanto ciência. Para tanto, o parecer informa não somente os profissionais sobre os riscos dos retrocessos nas políticas de drogas, mas também a comunidade em geral. Os dados e pesquisas levantados durante o texto delineiam que o recrudescimento das leis de segurança para coerção aos traficantes e aos usuários de drogas, e a afirmação da abstinência como único meio de tratamento não demonstrou qualquer implicação positiva, ou seja, não houve diminuição do consumo, da oferta e nem do tráfico (CFP, 2013).

Neste cenário, veremos em seguida que, localmente, no nosso Estado do Maranhão, foi aprovada a portaria 159 de 5 de março de 2018 da Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado. Tal legislação permite repasses de verba pública para as Comunidades Terapêuticas – instituições que têm tido muita influência nas deliberações das políticas de nosso estado – com a escusa de que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS não abarca a demanda.

4.2 A Rede de Saúde Mental no contexto maranhense

Segundo dados disponibilizados pelo DataSUS, até outubro de 2018 a Rede de Saúde Mental no Maranhão contava com 101 (cento e um) Centros de Atenção Psicossocial – incluindo todas as modalidades: Álcool e outras drogas, Infanto-juvenil e I, II e III –, distribuídos em todo o território maranhense de acordo com a demanda de cada município. Ainda segundo o DataSUS, a ilha de São Luís possui 9 (nove) destes dispositivos distribuídos em seus 4 municípios, sendo: 6 (seis) CAPS no município de São Luís, 1 (um) em São José de Ribamar, 1 (um) na cidade de Raposa e 1 (um) em Paço do Lumiar⁷ (DATASUS, 2018).

No entanto, atualmente, o município de São Luís conta efetivamente com 5 (cinco) CAPS sendo: 2 (dois) CAPS AD (um gerido pelo governo do município e outro pelo estado), 1 (um) CAPSi municipal, 1 (um) CAPS II municipal e 1 (um) CAPS III estadual. Além disso, a

⁷ Os dados disponibilizados pelo DataSUS não apresentam os números separados por modalidades de CAPS que estão presentes em cada município.

rede municipal conta com dois Ambulatórios de Saúde Mental e a rede estadual com um Hospital Psiquiátrico para Emergências Psiquiátricas (o único do Estado) e uma Unidade de Acolhimento (UA)⁸ integrada ao CAPS AD estadual (CRESS/MA, 2018). Além disso, é importante ressaltar a existência de um Consultório na Rua, que atua na região central de São Luís e o Hospital de Custódia (Manicômio Judicial) que integra as dependências do Hospital Psiquiátrico.

Não há registros de movimento da Luta Antimanicomial no Maranhão e ainda pouco se fala sobre RD e Reforma Psiquiátrica nos cursos de graduação. Como consequência há escassos trabalhos acadêmicos produzidos na área e a universidade ainda se mantém distante na atuação e luta por políticas públicas de saúde mental. Ainda hoje, muitos profissionais do Estado são formados com a crença de que Saúde Mental se resume a Hospital Psiquiátrico. Dessa forma, o vácuo na formação, no fomento e luta por políticas públicas de saúde mental – e também nas políticas sobre drogas – se mostra ainda maior em estados do país onde os movimentos sociais na área são inexistentes ou pouco representativos. No Maranhão isso reflete por meio de uma RAPS pouco articulada e com poucos serviços ofertados, como apresentamos os dados acima, dando margem para a proliferação de CTs e Clínicas de Reabilitação no setor privado.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 130, de 26 de janeiro de 2012⁹ que redefine e oficializa as funções do CAPS AD III, fica definido que estes dispositivos devem ser implantados em cidades que possuam acima de 200 mil habitantes. O município de São Luís possui cerca de 1.094.667 habitantes¹⁰, porém não é contemplado com CAPS AD III, sendo que os dois únicos CAPS AD II servem também como referência para usuários(as) dos outros três municípios que fazem parte da grande ilha.

Em contraposição a estes dados, a grande ilha possui 45 (quarenta e cinco) Comunidades Terapêuticas¹¹. Ora, o que justifica a ausência em nossa RAPS de CAPS AD III, mesmo que nosso município tenha o contingente populacional em que o ideal era ter ao menos 5 (cinco) CAPS dessa modalidade – um para cada 200 mil habitantes? Na contramão, em meio

⁸ Uma UA é um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), de caráter transitório, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo (BRASIL, 2003).

⁹ A portaria que institui a modalidade CAPS AD III foi a nº 2.841, de 20 de setembro de 2010 que posteriormente foi revogada pela atualização de 2012 mencionada no texto.

¹⁰ Dados do último levantamento do IBGE. Ver mais em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/sao-luis/panorama>

¹¹ Dado não formalizado encontrado em entrevista do então presidente da REMADD (Rede maranhense de diálogos sobre drogas), Erisson Sousa, cedida ao portal do Governo do Estado do Maranhão. Ver em: <https://www.ma.gov.br/governo-inicia-parceria-com-comunidades-terapeuticas-de-usuarios-de-alcool-e-drogas/>.

a “ausência de recursos”, surge como aprovada no início deste ano a já citada portaria SES/MA 159/2018. A Portaria determina os procedimentos necessários para a celebração de convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde - SES e as Comunidades Terapêuticas – CTs, autorizando repasses público no âmbito da RAPS.



Figura 3 – Notícia sobre parceria entre Governo do Estado e Comunidades Terapêuticas. Fonte: <https://www.ma.gov.br/governo-inicia-parceria-com-comunidades-terapeuticas-de-usuarios-de-alcool-e-drogas/>

A imagem acima ilustra uma das tantas reportagens em que se celebra o início da parceria entre Governo do Estado e as CTs. Para tanto, a Rede Maranhense de Diálogos Sobre Drogas (REMADD) cumpre papel fundamental na articulação de interesses entre os gestores/empresários das CTs e o Governo do Estado. A REMADD (antiga Rede Antidrogas do Maranhão) se apresenta como uma rede de informações sobre prevenção, tratamento e combate às drogas na ilha, que compreende os municípios de São Luís, São José de Ribamar, Paço do Lumiar e Raposa¹².

A problemática encontrada por meio de reportagens em sites de jornais e portais de notícias do governo é que apesar de se apresentar como uma rede de diálogos sobre drogas, a REMADD atua em consonância com muitas lideranças evangélicas, lutando pela manutenção das CTs e não pela ampliação e melhoria de dispositivos que atuam de acordo com a Reforma Psiquiátrica, como os CAPS. A exemplo, trazemos a imagem a seguir em que a REMADD promove um minicurso de administração de CTs com o apoio de entidades como a Associação

¹² Informação encontrada nos blogs da rede: <https://redeantidrogasma.blogspot.com/> e <http://remadd-ma.blogspot.com/>.

de Ministros Evangélicos (AME) e Federação de Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB).

Administração de Comunidades Terapêuticas
Minicurso Sexta e Sábado **3 e 4 de Nov**
Igreja Presbiteriana do Centenário
Av. Norte Sul, 36 - Cohatrac IV, São Luís - MA

Pacientes com multimorbidades; Classificação de riscos nas Cts.
 Drº Marcos Pacheco: Médico sanitarista, doutor em políticas públicas.

Dependência Química e saúde integrativa; Redes de Atenção.
 Drº Marcelo Soares: Fisiologista, diretor do CAPs AD Estadual.

Gestão de CT Feminina.
 Vanessa Piorsky: Diretora de CT feminina, Coach Sistêmico (FEBRACIS).

Elaboração de Projetos para CTs.
 Carlos Coelho: Auditor líder da qualidade ISO 9001, diretor da REMADD.

Metodologia das atividades diárias de uma CT; Instrumentais.
 Erisson Sousa: Ex-diretor de CT, fundador da REMADD.

A importância do cuidado com a família.
 Arivaldo Júnior: Especialista em codependência, diretor da REMADD.

Apresentação de resultados exitosos de CTs

Inscrições: (98) 98194-3555/ 98827-7431

Investimento: R\$ 20,00
 Promoção para estudantes e Cts

Certificado 12h

realização: REMADD, FETEB
 apoio: AME, Associação das Empresas

Figura 4 – Minicurso Administração de Comunidades Terapêuticas. Fonte: <https://cironolasco.com.br/remadd-promove-minicurso-de-administracao-de-comunidades-terapeuticas/>

Quando em 2012, o Ministério da Saúde através da aludida portaria 131 estabelece incentivo financeiro para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as CTs, voltada para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da RAPS, fica também delimitado que para receber tais incentivos as CTs deveriam respeitar a orientação religiosa de seus pacientes e também a opção de não ter nenhuma religião, sem impor qualquer tipo de atividade religiosa durante a permanência dos mesmos na instituição, além de contar com equipe multiprofissional, entre outras exigências. Entretanto, a portaria SES/MA 159/2018 não deixa claro a respeito de como devem ser tais instituições, apenas que estas devem seguir normas de vigilância e saúde já existentes.¹³

¹³ O que percebemos durante leituras das diversas reportagens que divulgam as benesses de tal convênio é que a maior parte das CTs são administradas por pessoas que se apresentam formalmente como pastores e pastoras, colocando em questão a laicidade destes locais. Ver mais em: <https://redeantidrogasma.blogspot.com/2017/01/governo-e-justica-iniciam-vistas-as-cts.html>.

Como já mencionado, o vão deixado pela demora na implementação de políticas públicas de saúde mental ou posteriormente, a má gestão das mesmas, acabou por ceder espaço aos interesses de instituições que veem nos repasses públicos uma maneira de se manterem e propagarem um tratamento disciplinador, casando interesses médicos, religiosos e econômicos.

O CFP tem realizado importante trabalho conjuntamente a órgãos de justiça e de defesa de Direitos Humanos, produzindo relatórios de inspeção a locais de internação para usuários(as) de drogas, incluindo as CTs, e também um relatório exclusivo apenas com CTs. Os relatórios apontam inúmeras irregularidades e violações de direitos humanos nessas instituições – muitas dessas recebendo repasses do SUS –, como punições moralizantes, trabalho forçado e imposição de práticas religiosas (CFP, 2011; 2018).

Durante realização dos Estágios Curriculares em Psicologia Social foi possível escutar inúmeros relatos de usuários(as) de drogas que tiveram seus direitos violados em CTs de todo o país e também em algumas clínicas particulares de São Luís, onde há leitos conveniados com o SUS. Trabalho forçado, imposição de uma religião, maus tratos físicos, estupro, privação de contato com os familiares e amigos, todas essas violações atravessam a vida de muitas pessoas que precisaram recorrer a um tratamento para o uso prejudicial de drogas e acabaram por chegar a locais como esses.

Queremos com isso enfatizar para os riscos de convênios com instituições que têm, desde seu surgimento no país, um histórico de tratamento baseado somente na dimensão da religiosidade e com punições violentas. Como já desbravado até aqui, existem muitas relações de poder em jogo, onde podemos pensar na possibilidade de que muitas dessas instituições possui um anseio de produzir subjetividades disciplinadas que não questionam sobre a maneira de como se dá o tratamento, naturalizando abusos.

Assim, também podemos notar que ainda hoje é muito forte o ideal de salvação cristã sendo legitimado e praticado também por profissionais de saúde, justamente pensando na ideia da contrafissura, muitas ações guiadas pelo ideal de “salvação” são colocadas em prática de forma simplista, sem uma reflexão crítica sobre consequências posteriores. Como exemplo, são realizadas frequentes ações de resgate de usuários(as) de drogas em situação de rua realizadas conjuntamente pelo CAPS AD (estadual) e a polícia, como apresentada na chamada de reportagem a seguir:

CAPS AD Maranhão e 1º Distrito Policial (DP) realizam ação na Praça Benedito Leite

Por Márcio Henrique • terça-feira, 19 de junho de 2018 às 18:53

Figura 5 – Chamada de reportagem na internet sobre ação do CAPS AD com pessoas em situação de rua.

Fonte: <https://www.blogsoestado.com/marciohenrique/2018/06/19/caps-ad-maranhao-e-1-distrito-policial-dp-realizam-acao-na-praca-benedito-leite/>

Atuações como essas reafirmam o imaginário social de que os(as) usuários(as) de drogas devem estar ligados necessariamente ao sistema de segurança pública e ainda reforçam um caráter tutelar e higienista de que as pessoas em situação de rua são necessariamente usuários(as) e precisam urgentemente de um tratamento, apagando as singularidades e especificidades de cada sujeito que se encontra nesta situação.

Encontramos ainda em um jornal impresso (Figura 6), uma divulgação alarmista sobre o crack como sendo “o mal que assola a humanidade” e que “rouba o direito de crianças e o futuro de adultos”. Nesse caso, temos outra reafirmação de um imaginário estereotipado pelas grandes mídias, colocando o crack como um agente capaz de destruir vidas, agregando o valor de droga mais viciante, e ainda associando tudo isso a uma imagem simbólica da morte, tais ideias apenas geram desinformação e mantém preconceitos. Não bastasse, tal divulgação recebe o apoio de uma Clínica de Reabilitação Privada de São Luís e da Liga Acadêmica de Psiquiatria da UFMA.



Figura 6 – Recorte de jornal sobre o crack. Fonte: Jornal Pequeno, jul/2018.

Nos dois exemplos acima temos instituições, profissionais e estudantes que seguem colaborando para a conservação de visões fechadas e estereotipadas sobre a temática, onde, na verdade, não se fala, nem se discute sobre drogas e os sujeitos envolvidos, apenas é aceito a norma do “Diga não às drogas!”. Tal inflexibilidade, como já apontamos, reflete paradoxalmente na continuidade do aumento do tráfico, oferta e consumo de drogas. Importante ressaltar que não devemos pensar que é indiferente o aumento da disponibilidade de drogas em seus variados tipos, como sinaliza Masur (2004, p. 12): “negar qualquer papel de agente às drogas seria tão inadequado quanto caracterizá-las como sendo a única razão do problema, uma vez que são os seus efeitos que são procurados e desejados”. Por isso, sempre retomamos a ideia da complexidade do assunto e da necessidade de debates crítico acerca da temática.

Dessa maneira, outro exemplo de ação desenvolvida em conjunto pela REMADD, Governo do Estado e outros parceiros, no âmbito das políticas de drogas foi a 1ª Olimpíada Cultural dos Povos Guajajaras com o tema “Minha aldeia sem drogas”. Apesar de, nas descrições das reportagens, estas demonstrarem adesão da ação pelo povo guajajara, o próprio tema “Minha aldeia sem drogas”, nos leva a questionar, o que foi levado em consideração como droga neste contexto indígena. Sabemos que muitos povos indígenas fazem uso ritualísticos de plantas que alteram o estado psíquico, o que então considerar como droga neste contexto? Acreditamos que é necessário sempre priorizar a realidade de cada grupo e indivíduo, pensando a partir de um trabalho crítico e que se fundamente na autonomia do sujeito e comunidade, trabalhando junto a população indígena, de maneira a respeitar sua cosmovisão.

quarta-feira, 14 de março de 2018

REMADD realiza Olimpíada Cultural Sobre Drogas em Aldeias Guajajara do Maranhão



Figura 7 – Divulgação da 1ª Olimpíada Cultural Indígena dos Povos Guajajaras: Minha aldeia sem drogas.
Fonte: <http://remadd-ma.blogspot.com/2018/03/remadd-realiza-olimpiada-cultural-sobre.html>

Assim, destacamos ainda que, não estamos questionando que não devam existir ações em saúde junto a comunidade indígena ou que esta população não tenha problemas reais com o uso de drogas, principalmente o álcool. Mas, sinalizamos que estas ações devem ser realizadas sempre dentro de um contexto, pensando os aspectos sociais e históricos que acompanham estas pessoas.

Diante deste cenário, constatamos que ainda prossegue, em São Luís, certa resistência por parte de gestores, políticos e profissionais para a adoção da RD como estratégia de cuidado, sendo esta estratégia quase inexistente na RAPS local, excetuando-se alguns profissionais que inserem em seu cotidiano práticas mais libertadoras, informativas, incluindo ações de RD (como foi possível observar nos estágios em Psicologia Social). A ausência de discussões mais críticas no âmbito das drogas acaba por legitimar todas as ações que ilustramos acima, por isso não devemos perder de vista o comprometimento ético e social de nossa atuação enquanto profissional.

Tantos temas complexos e realidades únicas se apresentam quando tratamos de drogas, que reafirmamos que analisar as políticas públicas de drogas através da ótica de RD, implica olhar abertamente e pensar no emaranhado de construções de discursos que fomentam práticas proibicionistas. É necessário romper com pensamentos estigmatizantes, lutando contra toda forma de propagação de informações equivocadas, se afirmando enquanto profissional compromissada(o) eticamente, lembrando sempre que a melhor forma de tratar é em liberdade, acreditando que as pessoas podem construir estratégias para lidar com sua realidade e sua comunidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste processo, que tomou como direção de investigação a avaliação de como a Redução de Danos se apresenta como estratégia ética, política e clínica frente às políticas antidrogas e frente às tentativas de manutenção do paradigma da abstinência na Política Nacional de Saúde Mental e na Política de Saúde Mental de São Luís – MA, constatamos que ainda persiste, nos dias atuais, certa resistência por parte de gestores, políticos e profissionais para a adoção da RD como estratégia de cuidado.

A produção dessa pesquisa encontrou alguns percalços, dentre eles: encontrar dados atualizados sobre a RAPS e seus dispositivos no Maranhão, em especial em São Luís, e a escassa produção acadêmica no Estado a respeito do tema. Assim, esperamos que as reflexões apresentadas até aqui e no decorrer dessas considerações, contribuam para dar visibilidade à discussão sobre as políticas de drogas e as políticas de saúde mental para usuários(as) de drogas.

No primeiro capítulo discutimos e avaliamos, de modo geral, como o discurso proibicionista instaurado como modelo universal de política de drogas está ligado a uma questão moral, racial, econômica e política, causando inúmeras injustiças, produzindo e mantendo estereótipos. Posteriormente, apresentamos a dimensão do sujeito que usa drogas articulando a ideia de que o discurso macrossocial e político pode incidir tanto na maneira como o sujeito se relaciona com o uso da substância, como na forma de abordar o tratamento em saúde que é ofertado para esta pessoa, ou seja, entendemos que mudar de paradigma de atuação é mudar atitudes e posturas diante da temática. Por fim, compreendemos que a Redução de Danos, apesar de ser a estratégia oficial de cuidado dentro da Política Nacional de Saúde Mental¹⁴ para a atenção integral ao usuário(a) de álcool e outras drogas, ainda não é amplamente aplicada e discutida, principalmente nos Estados onde não existiram movimentos sociais organizados na luta pela Reforma Psiquiátrica, como é o caso do Maranhão.

Percebemos, então, no processo de escrita desta monografia que as tramas envolvidas na temática das drogas são complexas e não se esgotam com essa pesquisa. Problematizar as políticas públicas de saúde mental, o discurso proibicionista/antidrogas e as ações totalitárias no tratamento aos usuários de drogas é fundamental para a mudança de discursos e práticas cristalizadas.

¹⁴ Recentemente, como apontamos no capítulo 1, o Governo alterou as diretrizes de sua Política Nacional sobre Drogas, por meio da Resolução nº 1 de 2018 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), onde retira a redução de danos como estratégia principal de norteamo das práticas de cuidado ao usuário(a) de drogas.

Através dos vários registros e reportagens que pudemos ler e apresentar acerca do cenário da Política de Saúde Mental e o trabalho com Redução de Danos no Maranhão, enfatizando a cidade de São Luís, notamos que ainda há pouca presença dessa estratégia nas discussões e programas de saúde mental implantados pelo governo estadual e municipal. O discurso mais notório é o da manutenção de CTs, as colocando como equipamentos necessários para o cuidado de usuários(as) de drogas, havendo um apagamento da luta por melhorias nos dispositivos propostos e implantados pela RAPS. A Universidade, por exemplo, por ser um espaço de produção de pesquisa e também de movimentos em prol da implantação e criação de políticas públicas, ainda tem estado muito aquém dessa discussão especificamente, e quando a faz é em articulação com o discurso que coaduna com a ampliação das CTs.¹⁵

É importante salientar que no que se refere à formação, percebemos a necessidade de reformulações na estrutura curricular dos cursos de Psicologia, através de ofertas de disciplinas que abordem a temática, oferecendo aos futuros(as) profissionais elementos teóricos e metodológicos para atuar na atenção e cuidado ao usuário(a) de drogas.

Constatamos ainda que, pelo fato de ser uma temática que envolve inúmeros fatores é necessário que o(a) profissional tenha uma visão crítica de mundo, pensando a partir do contexto macrossocial e político, a fim de fomentar o exercício da profissão em relação com a redução de danos, contribuindo para a afirmação de práticas criativas e libertadoras. Adotar a RD como direção ética, clínica e política de atuação faz com que a(o) profissional repense a própria atitude diante da temática, possibilitando mudanças de posturas de cuidado e de discurso. Por isso, ao utilizar a RD como referencial de atuação, as(os) profissionais ajudam a desnaturalizar pré-conceitos enraizados sobre as drogas, sobre o sujeito que consome e sobre como pode ser a maneira de tratamento.

Lima Barreto (1988), em seu livro intitulado *Diário do Hospício*, tece uma crítica lúcida ao modelo manicomial e higienista de sua época, o qual foi condenado a vivenciar por conta de seu uso prejudicial de álcool. Através da literatura, Barreto consegue criar uma tessitura a respeito de como os ideais racistas e higienistas caminhavam juntos com a ideia manicomial de aprisionar corpos errantes que saem da curva da normalidade, seja por uso de substâncias psicoativas, seja por outras questões psíquicas. São inúmeros os relatos, estudos e críticas no decorrer dos anos de nossa história a respeito do uso de drogas, alguns silenciando

¹⁵ Ver matéria intitulada **UFMA firma parceria com a Rede Maranhense de Diálogos Sobre Drogas (REMADD)** no link: <http://portais.ufma.br/PortalUfma/paginas/noticias/noticia.jsf?id=49120>. Matéria publicada em 20/01/2017.

a voz e a multiplicidade de vivências dos(as) usuários(as), outros buscando libertar essas vozes, construindo novos percursos de cuidado.

Entendemos que o paradigma da proibição na esfera da segurança e o paradigma da abstinência para o tratamento em saúde dos(as) usuários(as) de drogas estão em constante articulação, fazendo com que pareça que a repressão é a única maneira de abordar a questão. Por isso, é necessário que desarticulemos essa conexão, transformando discursos e quebrando tabus através de políticas de drogas regulamentadoras e não violentas, e de perspectivas inovadoras de tratamento em saúde, onde o(a) usuário(a) não seja duplamente condenado – no caso do uso de substâncias ilícitas, a pessoa que usa droga além de ser vista como criminosa é apontada também como fracassada, por exemplo.

Uma clínica de resistência – é dessa maneira que a RD se coloca como estratégia ética, política e clínica, uma vez que respeita o lugar e o desejo do outro – permite pensar para além da substância, quebrando tabus e trabalhando em movimento junto às pessoas que usam e à comunidade, com ações de prevenção, educação e promoção de saúde e autonomia. Por isso, a RD enquanto abordagem intersetorial precisa ser intensificada, adentrando o campo da educação, cultura, justiça, de modo a garantir amparo e cuidado continuados ao usuário(a) de drogas, família e comunidade. Sendo assim, é que se faz tão necessário a continuação e ampliação de tal política, uma vez que trabalha de maneira inventiva, construindo sempre trilhas singulares para cada situação.

Em meio a tantas forças que tentam engendrar discursos proibicionistas, afastando profissionais de todas as áreas que lidam direta e indiretamente com o tema, é que se faz cada vez mais necessário uma clínica pautada na liberdade, contestando a guerra às drogas. Então, a Psicologia pode e deve ser uma das muitas áreas de conhecimento que caminha por estes espaços, desmontando imaginários higienistas e moralizantes.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Rodrigo. **A fome da alma**: psicanálise, drogas e pulsão na modernidade. São Paulo, 2016, 160 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

ANISTIA INTERNACIONAL. **Você matou meu filho!**: Homicídios Cometidos pela polícia militar na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Anistia Internacional, 2015.

BARRETO, Afonso H. de Lima. **Diário do hospício/O cemitério dos vivos**. Rio de Janeiro: Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Cultura, Departamento Geral de Documentação Cultural, 1988.

BENETI, Antônio. A toxicomania não é mais o que era. In: **Tratamento possível das toxicomanias**. (Orgs.) Márcia Mezêncio, Márcia Rosa, Maria Wilma: Belo Horizonte: Scriptum, 2014.

BIRMAN, Joel. **O mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 12ª ed, 2017.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES**. DATASUS, Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabMA.def>. Acesso em: 1 dez. 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 29 out. 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 29 out. 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 24 out. 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 24 out. 2018.

BUTLER, Judith. Vida precária. **Contemporânea - Revista de Sociologia da UFSCar**. n. 1, p. 13-33, Jan. – Jun. 2011. (Dossiê Diferenças e (Des)Igualdades) Disponível em:

<http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/18/3> Acesso em: 28 out. 2018

_____. **Quadros de Guerra:** quando a vida é passível de luto. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo.** Brasília: CFP, 2005.

_____. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas.** Brasília: CFP, 2013.

_____. **Parecer do Conselho Federal de Psicologia (CFP) sobre o Projeto de Lei nº 7663/2010.** Brasília, DF. 2003. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Parecer-Conselho-Federal-de-Psicologia-PL-7663-2010.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos:** locais de internação para usuários de drogas. Brasília: CFP, 2011.

_____; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017.** Brasília DF: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2018.

GRESS – CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO MARANHÃO. **Rede de atenção à saúde mental.** Disponível em: <http://www.cressma.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Rede-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-Sa%C3%BAde-Mental.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas.** Madri: Espasa Calpe, 2005.

ESCÓSSIA, Liliانا; TEDESCO, Silvia. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V., & ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia:** pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015, p. 92-108.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIMES – UNODC. **Drogas: marco legal.** (Equipe do UNODC no Escritório de Ligação e Parceria no Brasil). Disponível em: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html>. Acesso em: 20 jul. 2018.

FONSÊCA, Cícero José Barbosa de. **Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética.** Revista *Psicologia & Saberes*, Vol. 1, nº 1, 2012, p. 11-36.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **Segurança, território, população:** curso dado no Collège de France (1977-1978).

Trad. Eduadro Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. Educación médica y salud.** Vol. 10, Nº. 2, 1976, p. 152-170. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4451.pdf>. Acesso em 30 nov. 2018.

FREUD, Sigmund. Os instintos e suas vicissitudes (1915). In: FREUD, Sigmund. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIV, p. 115-144.

GALINDO, Dolores; MOURA, Morgana; PIMENTÉL-MÉLLO, Ricardo. **Comunidades terapêuticas para pessoas que fazem uso de drogas:** uma política de confinamento. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 50, p. 226-244. jul./dez, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.11239>

JACOBI, Evelaine Aparecida da Silva; FRICHEMBRUDER, Simone Chandler. As possibilidades de um diálogo entre a redução de danos e a psicanálise na abordagem com usuários de álcool e de outras drogas. **Democracia, Saúde Mental e Violações de Direitos:** consequências humanas. Centro de Cultura e Eventos/UFSC. Florianópolis – SC. (3º Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental). Disponível em: http://www.direitoshumanos2017.abrasme.org.br/resources/anais/8/1490667140_ARQUIVO_ForumFloripa.pdf. Acesso em: 1 dez. 2018.

JEHA, Susana. **Racismo, Guerra às Drogas e o vício da opressão.** Um passeio com Deborah Small. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=x107NfiiH7M>. Acesso em: 16 set. 2018.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética.** 3ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008.

LOPES, Fábio J. O. **Drogas, sujeito e proibicionismo:** uma discussão sobre os modelos de atenção aos usuários de drogas. Assis, 2016. Tese de Doutorado em Psicologia - Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.

LUNARDON, Jonas A. **"Ei, polícia, maconha é uma delícia!":** o proibicionismo das drogas como uma política de criminalização social. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/129000>. Acesso em: 9 jun. 2018.

MACHADO, Roberto. Por uma Genealogia do Poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p. X.

MASUR, Jandira. **O que toxionomia.** São Paulo: Editora Brasiliense, 2005. (Coleção Primeiros Passos Volume 149).

MISSE, Michel. **Como o Brasil se tornou mais letal que Síria e Afeganistão.** O Jornal de Todos os Países (GGN), 25 maio, 2018. Disponível em: <https://jornalggm.com.br/noticia/como-o-brasil-se-tornou-mais-letal-que-siria-e-afeganistao>. Acesso em: 3 nov. 2018.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V., & ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia:** pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015, p. 17-31.

_____; KASTRUP, V., & ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

_____; SOUZA, Tadeu P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, Abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 maio 2018.

PERDOMO AGUILERA, Alejandro L. Latinoamérica entre el “narcotráfico” y la dominación. Instituto Galego de Análise e Documentación Internacional (IGADI), 2011. Disponível em: http://www.igadi.org/web/analiseopinion/latinoamerica-entre-el-narcotrafico-y-la-dominacion#_ftn2. Acesso em: 1 out. 2018.

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, Rossana C. **Da pessoa que recai à pessoa que se levanta: a recursividade dos que usam crack**. São Paulo, 2017. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

REALE, D. **O caminho da redução de danos associados ao uso de drogas: do estigma à solidariedade**. São Paulo, 216p. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 1997.

RIBEIRO, Cynara Teixeira. **O Tratamento para Usuários de Drogas em uma Instituição Orientada pela Redução de Danos: Perspectivas a partir da Psicanálise**. Salvador: UFBA, 2012. Tese (Doutorado em Psicologia); Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia, 2012. Disponível em: http://www.pospsi.ufba.br/Cynara_Ribeiro.pdf. Acesso em: 29 set 2018.

RODRIGUES, Alex. **Conad aprova resolução que pode mudar políticas de combate às drogas**. Agência Brasil. Brasília, 1 de março de 2018. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-03/conad-aprova-resolucao-que-pode-mudar-politicas-de-combate-drogas>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SENADO FEDERAL. **Drogas**. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2015.

SILVA, Flávia F. L. Afirmar a clínica com pessoas que usam drogas desde um lugar de resistência. In: RAMMINGER, Tatiana & SILVA, Martinho (org). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**, 1.ed., Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014, p. 119-132.

SMALL, Deborah. The War on Drugs Is a War on Racial Justice. **Social Research**. Vol. 68, N. 3, *Altered States of Consciousness*, p. 896-903, 2001.

_____. **Para Deborah Small, guerra às drogas é mais violenta no Brasil**. Entrevista concedida a Pedro Borges. Alma Preta, 26 julho 2016. Disponível em: <https://almapreta.com/editorias/realidade/deborah-small-guerras-drogas-violenta-brasil>. Acesso em: 10 ag. 2018.

SOUZA, Tadeu de Paula. O nascimento da biopolítica das drogas e a arte liberal de governar. **Fractal, Rev. Psicol.** Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 979-997, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198402922014000300979&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 maio 2018.

_____. **Redução de danos no Brasil:** a clínica e a política em movimento. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2007.

_____. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”:** direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). Tese de Doutorado. UNICAMP. Campinas, SP: 2013.