

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

RAFAELA WERNECK ARENARI MARTINS

**A VIDA DE JOVENS INFAMES: POR UM EXERCÍCIO
PARRESIÁSTICO**

Vitória 2020

RAFAELA WERNECK ARENARI MARTINS

A VIDA DE JOVENS INFAMES: POR UM EXERCÍCIO PARRESIÁSTICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências humanas e naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de mestre em Psicologia Institucional, na Linha de Pesquisa: Políticas Públicas, Trabalho e Processos Formativo-educacionais.

Orientador: Prof. Dr. Jésio Zamboni

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Jésio Zamboni

Universidade Federal do Espírito Santo
Orientador

Prof. Dra. Heliana de Barros Conde Rodrigues

Universidade Estadual do Rio de Janeiro
Membro Externo

Prof. Dra. Luana da Silveira

Universidade Federal Fluminense
Membro Convidado

Prof. Dra. Luziane de Assis Ruela Siqueira

Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Interno

Agradecimentos

Agradeço ao mar de forças plurais que possibilitaram a construção de caminhos, lutas e principalmente bons encontros.

À minha família, principalmente a minha mãe Gianni por todo apoio e amor, Ágatha, por ser minha maior fonte de alegrias, e minha avó Vera pelo amor e inspiração, saudades eternas vozinha. Ao meu tio Nem, por cada ensinamento, cada abraço-casa, sua presença ainda vive em mim, valeu tio!

Às mulheres que me antecedem e as que caminham ao meu lado com suas pesquisas, escritas, militâncias e ativismos, que inspiraram e possibilitaram as perspectivas presentes nesta dissertação. À turma 12 do PPGPSI, em especial minhas amigas bruxas, Camila, Fernanda, Gabi, Tuhany e Dry, por povoarem a experiência solitária do mestrado, por tecerem redes de afeto tornando possível minha sobrevivência nas terras capixabas.

Aos professores do PPGPSI, que contribuíram de alguma forma para a construção de um corpo de mestranda, em especial: aos investimentos de Jésio, que caminhou comigo em orientação, e foi fundamental neste processo. Obrigada por ter estado ao meu lado. E ao acolhimento e trocas da Luziane, que acompanhou de perto as turbulências deste processo, obrigada por aceitar fazer parte desta banca.

À minha amiga Luana, obrigada por tanto, eu não teria chegado até aqui sem sua ajuda, incentivo e cuidado, agradeço por ser parte desta banca. Você me inspira!

À Heliana Conde, pelas intervenções contribuíram e inspiraram a construção desta pesquisa, obrigada por aceitar ser parte desta banca.

Agradeço às minhas amigas Carolzinha, Anavi, Rafulas, Giulia, Fefa, Sharon e Jéssica, fundamentais para manter a saúde mental durante esse processo. Em especial agradeço a Elaine, Lary, Marina e Berna, por serem meus leitores, contribuírem de perto para a escrita da dissertação e principalmente por confiarem em mim. Vocês são minha rede.

Ao Guilherme por todo amor, cuidado e paciência, obrigada por compartilhar sua caminhada comigo.

Aos colegas de lutas que seguem na briga cotidiana em defesa do SUS, da Universidade Pública e das minorias neste cenário político mortal. Sigamos na luta por uma sociedade sem manicômios, sem prisões e pelo fim do proibicionismo!!

À FAPES pelo financiamento desta pesquisa.

Por fim e por início, agradeço aos usuários do CAPSi, pelos afetos e lutas que impulsionam em mim.

Tendes coragem, meus irmãos? Sois ousados? Não falo de coragem perante testemunhas, mas coragem –solitária e nobre, a que não vê nenhum deus? Tem coração quem conhece o medo, mas o medo coage; quem olha o abismo, mas com olhos de nobre- quem compreende o abismo com garras de águia: este tem coragem.

Nietzsche.

Resumo

A presente dissertação engendrou-se a partir da atuação em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), numa cidade marcada pelos manicômios, prisões, pelo proibicionismo, pelos racismos, sexismos e classismos. Nesse dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial, fruto da Reforma Psiquiátrica, foi possível o encontro com diferentes histórias de crianças e jovens. De inspiração antimanicomial, antiproibicionista e antirracista este trabalho se fortalece pelo diálogo com os autores que se relacionam a essas lutas. Tomando como eixo a coragem da verdade, esta pesquisa constrói-se a partir de uma aposta na parresia enquanto produção de conhecimento. É por meio de uma escrita parresiástica que apresento um caso de jovens infames. Racismo, proibicionismo, patologização, medicalização, criminalização, tutela, judicialização, questões de gênero e classe, dentre outras forças, marcam os corpos dessa juventude e nos convocam a repensar as políticas públicas e as práticas de cuidado. A complexidade do campo nos convoca ainda a transversalizar o pensamento. É na trama dos jogos de poder, apesar de todas as tentativas de docilização desses corpos infames, desafiam os governos da vida, insistem em resistir.

Palavras-chave: Juventude, Parresia, Infâmia

Abstract

The present dissertation engendered performing in a “Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil” (CAPSi), in a city marked by asylums, prisons, prohibition, racism, sexism and classism... In this Psychosocial Care Network’s device, which comes from the Psychiatric Reform, it was possible the encounter with different stories of children and teenagers. With inspiration in the anti-asylum, anti-prohibitionist and anti-racist this work is strengthened by dialogue with authors who related with these struggles. Taking the courage of the truth as its axis, this research builds itself betting in the parrhesia as a knowledge production. It is through a parrhesiastic writing that I present a case of infamous young people. Racism, prohibition, pathologization, medicalization, criminalization, guardianship, judicialization, gender and class issues, among other forces mark the youth body, and invite us to rethink public policies and care practices. The complexity of the field also calls us to mainstream thinking. It is in the fabric of power games, despite all attempts to docilize these infamous bodies, they challenge the governments of life, insist on resisting.

Keywords: Youth, Parrhesia, Infamy.

Sumário

PRESA EM UM FURACÃO: OS ENTRAVES DE UMA ESCRITA.....	7
1 ESBOÇANDO A PAISAGEM: LINHAS QUE TRAÇAM UM CAMPO DE PESQUISA.....	13
1.1 Os “Filhos do REUNI”: Os impactos da Universidade Pública em uma Cidade manicomial.....	17
2 CENAS DE HORROR.....	20
2.1 CAPS infanto-juvenil ou Manicômio infanto-juvenil?.....	25
2.2 Os novos perigosos: adolescentes usuários de drogas no CAPSi. 30	
2.3 Apostar na Juventude é um ato político.....	34
3 PARRESIA ENQUANTO PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO	39
3.1 Dos procedimentos a não escolha do caso	49
4 JOVENS INFAMES: NOTAS DE UM CASO PERDIDO	55
4.1 O Casal drogado	57
4.2 Negra, Jovem, Mulher, Mãe e usuária de drogas.....	69
4.3 Jovem, negro, dependente químico e traficante.....	88
4.4 Traçando outros possíveis: O Acompanhamento Terapêutico como possibilidade de liberdade.....	93
4.5 Práticas de cuidado produzindo danos: os paradoxos de situações de vulnerabilidade e resistência, entre o cuidado e o controle.....	95
4.6 Essa tal Redução de danos	99
4.7 Um caso para repensar as políticas públicas:	105
4.8 Por um pensamento trans.....	108
FIM DA HISTÓRIA?.....	117
REFERÊNCIAS.....	121

PRESA EM UM FURACÃO: OS ENTRAVES DE UMA ESCRITA

Assistindo a um documentário sobre furacões, descobri que, ao contrário do que pensava, o “olho do furacão” é local de calma, praticamente desprovido de nuvens e com ventos brandos. A parte mais tormentosa de um furacão é a região que envolve o olho, chamada de *parede do olho*. Considerada a área mais mortal, é na parede do olho que são observados os ventos e chuvas mais ferozes, intensas, caóticas.

Desde o período eleitoral no final de 2018, recorro-me deste documentário recorrentemente e a sensação é de estar presa na parede do olho de um furacão, em meio a um fatigante ataque de ventos tempestuosos, que incidem como ataques políticos diretos às populações minoritárias.

Lembro-me de estar saindo da Universidade Federal do Espírito Santo, a caminho da casa onde morava, vestindo um moletom vermelho que me protegia dos ventos gelados daqueles dias, até que, parada, esperando o sinal ficar vermelho para que eu pudesse continuar meu caminho, um carro, decorado com adesivos “B17”¹, quase sobe na calçada onde eu me encontrava. Dois homens brancos buzinaaram e gritaram: “puta, comunista, maconheira, vai morrer!” Aceleraram e seguiram, o sinal abriu e eu atravessei.

Ameaças de ataques a UFES² começaram a circular, prometendo matar os comunistas. Aos *cidadãos de bem* que ali estudavam, o recado era para que não comparecessem na universidade no dia do suposto ataque. Mesmo não tendo se cumprido a ameaça, o medo estava instaurado.

Notícias como essa estavam sendo recorrentes, agressões por todos os lados, as ruas não estavam seguras para as mulheres, LGBTQI+, pessoas com pensamento político de esquerda, dentre outros grupos minoritários. Muitas pessoas foram ameaçadas e violentadas, durante o período eleitoral e depois dele.

Alguém que homenageia genocidas torturadores, diz que há mulheres que merecem o estupro, assedia jornalistas, é escancaradamente racista, dentre

¹ Adesivo referente a campanha de Jair Bolsonaro, cujo número era 17.

²<https://www.folhavoria.com.br/policia/noticia/06/2019/suposta-ameaca-de-ataque-a-ufes-e-divulgada-em-aplicativos-de-mensagens>

outros absurdos, é eleito presidente da república. A sensação é que tudo está perdido, não há como sair da parede do olho do furacão, não há lugar seguro onde se esconder e ter calma suficiente para que seja possível dar continuidade ao processo de escrita.

Dias de luto, tristeza, desânimo e mais medo. Os ventos tempestuosos continuavam fortes, e a vida não dá tempo para a recuperação. Reforma na Previdência, cortes na educação, destruição da Amazônia, ataques deliberados aos povos indígenas, aos direitos humanos, não é à toa que neste (des)governo tenhamos também retrocessos no contexto da Reforma Psiquiátrica. Vivemos uma remanicomialização do cuidado (DELGADO, 2019; GUIMARÃES, ROSA, 2019).

Em 4 de fevereiro de 2019, tivemos a emissão da Nota Técnica 11/2019 pelo então Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, Quirino Cordeiro, que inclui Hospitais Psiquiátricos e Comunidade Terapêuticas como parte da rede de atenção Psicossocial. Na mesma lógica, o governo federal sanciona o decreto que aprova a Política Nacional sobre Drogas Nº 9.761, de 11 de abril de 2019, alterando o paradigma de cuidado das pessoas com uso prejudicial de álcool e outras drogas da redução de danos para a abstinência, com internação involuntária e compulsória nas Comunidades Terapêuticas, assim como a criminalização de usuários e traficantes. A partir dessas decisões, temos uma “nova” RAPS - que de nova não tem nada - onde práticas que deveriam ser superadas a partir da Reforma Psiquiátrica ganham um lugar legítimo dentro das políticas públicas de saúde mental.

Somado a isso, um crescente corte de verbas dos programas sociais faz com que relatos de fome e extrema miséria se tornem cotidianos nos serviços de saúde. Essas têm sido algumas das angústias diárias, e é impossível que isso não compareça nesses escritos e modifique o modo de escrever. Como trabalhar nessas condições? Como não se posicionar diante disso tudo?

É necessário lembrar os efeitos nefastos causados por uma atuação profissional que se propõe imparcial, que ignore suas implicações no fazer político. Coimbra (1995) nos lembra que durante a ditadura brasileira de 64, os profissionais *psi* tiveram grande participação na edificação das categorias do subversivo e do drogado, ambas vistas como perigosas e ameaçadoras da

ordem vigente, devendo ser identificadas e controladas. Sob a ficção da objetividade científica, em nome da proteção da sociedade, as práticas dos *psis* produziram verdades que contribuíram para a manutenção da ordem vigente, alimentando o poder repressivo dos militares.

Estar atento aos processos que estão ocorrendo no social e em nós, aguçar a potencialidade de nosso olho de ser afetado por aquilo que vê, Suely Rolnik (2002 p. 46) chama de vibratilidade. Aliar-se com as forças da processualidade, diz ela, depende de poder ouvir aquilo que nos incomoda, que gera um “mal-estar mobilizado pela desestabilização em nós mesmos, da capacidade de suportá-lo e de improvisar formas que deem sentido e valor àquilo que essa incômoda sensação nos sopra. ”

O projeto político gerido e idealizado pelo desgoverno de Jair Bolsonaro carrega, em sua essência, o patriarcado, o racismo e o colonialismo. Diante de tamanho retrocesso, é necessário demarcar que este trabalho faz apostas que são, antes de tudo, Antimanicomiais e Antiproibicionistas, negando, então, as modificações trazidas por essa “nova” RAPS que considera Instituições totais, mortíferas, de aprisionamento e exclusão como parte do cuidado em Saúde Mental.

Nesse contexto, torna-se fundamental reafirmar o compromisso com uma sociedade sem manicômios, nos lembrando que a desinstitucionalização da loucura deve ser sinônimo da luta por todas as liberdades possíveis, ao invés de mera reforma de cunho legislativo-parlamentar.

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (CARTA DE BAURU, 1987).

O fato é que não há calma. Estamos em um campo de batalha, no caos, nas paredes de um furacão. A vida não espera o furacão passar, então são nessas paredes que a escrita precisa acontecer. Ciente dos entraves de realizá-la neste cenário, eu, mulher, militante antimanicomial e antiproibicionista, usuária de drogas e trabalhadora da Rede de Atenção Psicossocial, lanço-me a dar continuidade a escrita desta dissertação.

Essa escrita engendrou-se a partir de um estágio, durante a graduação em Psicologia, realizado em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), em uma cidade marcada por lógicas e práticas manicomiais, e também pelas prisões, pelo proibicionismo, pelos racismos, sexismos e classismos, pelo colonialismo pós-colonial. Foi nesse espaço que se deu encontros com diferentes histórias de jovens que foram marcadas pelo choque com o poder público.

Dentro de tantas inquietações provocadas por essa experiência, elenquei um caso, dentre tantos outros, que tratam deste choque. Ao tomar a noção de caso, pensamos a partir de uma perspectiva foucaultiana, que considera o caso como aquele que não aceita ser aprisionado nos quadros interpretativos, que se impõe em uma singularidade absoluta, o que escapa à ordem e aos processos de identificação e classificação discursivo (REVEL, 2004).

Busquei aliados teóricos como Foucault, Deleuze e Guattari, Rachel Gouveia Passos, Mbembe, Cecília Coimbra, dentre outros autores que contribuíram com suas análises para a realização deste trabalho. Eles me fortaleceram através de seus escritos.

Partindo da premissa que não há neutralidade em nenhuma produção, aposto em uma concepção do dizer-verdadeiro, não como correspondência com o real, mas enquanto coerência afirmada entre modos de dizer e modos de ser, para trazer o caso de dois jovens infames, Ingrid e João, entendendo-o, na contramão das biopolíticas normalizantes e mortificantes. A história desses jovens convoca análises das práticas cotidianas. Mais do que isso, mostram a resistência de juventudes infames diante de um cenário proibicionista de guerra às drogas que os sentencia ao encarceramento, internações psiquiátricas, patologização, medicalização e morte.

Tomando como eixo de trabalho as contribuições de Michel Foucault acerca da parresia, nos últimos cursos dados antes de sua morte, aposto na coragem da verdade, que se enuncia na prática como um modo de produzir conhecimento, uma forma de trazer notícias de uma experiência viva e vibrátil encarnada nessa história infame.

Movida por um forte incômodo e indignação, causados pelas experiências de acompanhamento desses jovens infames, aposto no desafio de dar corpo a essa verdade. Verdade essa que, ao ser escrita, apresenta-se como um outro

modo de olhar para o campo de pesquisa e para as práticas manicomiais instituídas nessa cidade. Considerando que são jovens como eles, negros, pobres, usuários de drogas, moradores de rua, que, agora mais do que nunca, estão na mira de um governo que mata e produz morte: um negrogoverno.

Os entraves de habitar como acompanhante o campo da infância e juventude, que é atravessado por tantos outros como justiça, saúde, drogas, loucura, medicalização, foi o fator que mobilizou a escrita deste texto. Como o modo de vida destes jovens coloca em xeque os modos normativos de cuidado? De que maneira essas vidas nos auxiliam a nos reposicionarmos no campo das políticas públicas de saúde?

São essas questões, que surgiram a partir do encontro com João, Ingrid e outras crianças e jovens do CAPSi, que nortearam o presente trabalho. Deste modo:

Na primeira parte do texto, destaco a importância de se delinear a paisagem na qual a experiência se deu. Monto um cenário esboçando características de uma terra marcada por práticas coloniais racistas, excludentes e manicomiais. Apresento, ainda, o CAPSi, forjado como serviço substitutivo neste mesmo local, famoso por seus manicômios.

Na segunda parte, trago *cenar de horror*, que marcaram o início da experiência de um estágio, e, a partir dessas cenas, pensamos na consolidação da infância e posteriormente a juventude enquanto perigosa. Analiso, ainda a partir das cenas trazidas, as práticas que compõem a vida, e os modos de atuação profissional nesta cidade manicomial.

No terceiro momento, destaco a metodologia que lançará mão de uma interpelação trazida por João, jovem que acompanhei no CAPSi, para pensar na parresia enquanto um exercício de produção de conhecimento. Destacamos, ainda neste bloco, como se deram os procedimentos de (não) escolha deste caso.

No capítulo quatro, apresentamos, finalmente, João e Ingrid, para colocarmos em análise os jogos de forças que compõem a vida de jovens negros, lançando mão de estudos interseccionais para pensar os efeitos do proibicionismo, guerra às drogas, que se configuram na criminalização, patologização e conseqüente medicalização desses corpos. Pensamos, ainda,

políticas públicas a partir da história dos dois, que, por ser atravessada por tantas forças, nos convocam a transversalizar o pensamento.

1 ESBOÇANDO A PAISAGEM: LINHAS QUE TRAÇAM UM CAMPO DE PESQUISA

Em uma terra desprovida de montanhas, onde tudo era confortavelmente reto, sem morros nem ladeiras, existe uma cidade, abraçada por um rio. Nem grande nem pequena, com pessoas não muito acolhedoras, sempre desconfiadas, mal-humoradas e com pressa.

Aqui me dedico a desenhar uma paisagem, traçar os planos intensivos e narrar acontecimentos vivenciados ao longo do percurso de estágio em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) durante a graduação de Psicologia. Procuro rascunhar análises das forças que constituem uma cidade, que é tela viva pintada com suor e sangue do povo que nela habita.

Falo aqui de um município do interior, que era originalmente povoado por um povo guerreiro, grandes nadadores, corredores e caçadores (FALCÃO, TEIXEIRA, 2010), exterminados pelas mãos brancas colonizadoras, as mesmas que transformaram a planície em província e as matas em terra para plantio da cana-de açúcar. O local ficou conhecido, então, por seus grandes engenhos de açúcar, construídos e mantidos pelos povos negros escravizados (LIFSCHITZ, 2008).

A cidade é um cemitério, assim como quase todas as outras deste país. Ruas, prédios, pontes, tudo isso erguido em terras indígenas roubadas, em um solo regado pelo sangue dos povos aqui exterminados. É nessa necrópole que, eu, forasteira, faço morada.

Do extermínio à escravidão, a cidade vai se consolidando a partir de uma lógica de exclusão. Nesta cidade, as práticas de extermínio ecoam e se traduzem em gestos de institucionalização dos corpos. Internar em instituições totais, principalmente nos manicômios, aqueles que desviam da norma instituída, começa a ser uma prática comum. Por isso, o local passa a ser referência na região por possuir dois manicômios e internar não apenas os que aqui residem, mas também pessoas dos municípios vizinhos (GONDIN, 2001).

Os manicômios são estabelecimentos de importância central para o entendimento da história dessa cidade e das pessoas que ali vivem. Basaglia (2005) define o manicômio como uma instituição da violência: “A violência e a exclusão justificam-se no plano da necessidade, como consequências da finalidade educativa, no caso das primeiras, e da ‘culpa’ e da ‘doença’, no das outras” (p. 94). Outra contribuição importante acerca desses estabelecimentos nos é dada por Goffman (1974), ao destacar que

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. (p.11)

Lembro-me nitidamente da primeira vez que fui a um dos manicômios da cidade, era uma tarefa obrigatória de uma disciplina de psicopatologia. Enquanto escrevo essas palavras, são evocadas as imagens de corpos caídos no chão, jalecos brancos, seringas. Em silêncio, ainda ouço gritos de dor, gargalhadas de desespero. O odor de urina e fezes se mistura ao aroma do medo e da angústia. O manicômio tem o cheiro da morte. Passando pelas alas, celas e cadeados, vejo uma menina que tinha, na época, 15 anos de idade; ela tinha os olhos fixados na parede, imóvel, da sua boca escorria uma baba típica de quem estava com o corpo tomado pelo Haldol³. O rosto dela nunca saiu de mim.

Os manicômios são instituições ontologicamente excludentes e produtoras de sofrimento e morte. No Brasil, um dos casos mais cruéis e terríveis é o do maior hospício do país, o Hospital Colônia, situado em Barbacena, Minas Gerais, palco de um genocídio de pelo menos 60 mil pessoas. A maioria dos internos havia sido internada à força, destacando que, em sua maioria, cerca de 70% não possuíam nenhum diagnóstico de doença mental, eram epiléticos,

³ O haldol é uma droga utilizada pelos médicos para psicoses crônicas, no tratamento de delírios, desconfiança, alucinações, confusão, agitação, temperamento agressivo, alterações do comportamento geral e no tratamento de movimentos incontrolados como tiques. Seus efeitos colaterais englobam dificuldades de coordenação, movimentos involuntários dos músculos, movimentação excessiva do corpo e membros, dor de cabeça, agitação, dificuldade em adormecer, sentimento de tristeza ou depressão, contração da língua, face, boca ou maxila, tontura, sono excessivo, problemas de visão, dificuldade na movimentação intestinal, náusea, vômito, aumento na produção de saliva, boca seca, diminuição da pressão sanguínea, alterações nos exames de sangue, urticária na pele, dificuldade em urinar, impotência ou disfunção erétil ou aumento ou perda de peso. Disponível em: <https://www.bulas.med.br/p/bulas-de-medicamentos/bula/2810/haldol+comprimido.htm>

prostitutas, homossexuais, pessoas negras, meninas grávidas violadas por patrões, pessoas sem documentação, pessoas tímidas e crianças (ARBEX, 2013).

A história do Hospital Colônia ficou conhecida como o Holocausto Brasileiro. Rachel Gouveia Passos (2018) nos convoca a pensar, contudo, que, na realidade, os manicômios brasileiros são retratos dos navios negreiros, já que esses locais servem para conter as vidas negras e pobres que compõe a grande maioria dos internos.

O que aconteceu no manicômio mineiro não é muito diferente do que ocorreu nos dois manicômios erigidos na cidade que tomamos como campo de pesquisa. A mais antiga destas instituições totais surge como lugar privado para asilar aqueles que incomodavam as famílias ricas, que custeavam as internações, mas logo o público alvo se expande e começa a trancafiar a população mais pobre. Esta instituição sustentava a lógica da internação como única possibilidade de cuidado e de lidar com as vulnerabilidades sociais. Neste mesmo lastro, mais um hospital psiquiátrico surge, desta vez de cunho filantrópico e mantido pelos princípios da caridade cristã como modo de intervenção e de assistência psiquiátrica às camadas mais carentes da população, tornando-se, assim, mais um grande responsável pela exclusão da pobreza na cidade (GONDIM, 2001).

Na cidade a forma de lidar com a pobreza, assim como o cuidado em saúde mental, é tradicionalmente relacionada à internação e exclusão em instituições totais, instituições de violência, como os dois manicômios citados.

Passos (2018) destaca que esses estabelecimentos são funcionais para a reprodução das desigualdades e opressões, além de realizarem o controle dos corpos, comportamentos e subjetividades. Esses espaços, que apenas recentemente começam a fechar as portas, são constitutivos da cidade e dos modos de vida que nela se produzem.

Assim, entendemos que a cidade não é apenas o palco para acontecimentos sociais, políticos e culturais ou encontro dos que ali vivem, mas um lugar de experimentação da alteridade no interior do qual subjetividades são produzidas (SODRÉ, 2006). Quais processos de subjetivação estão em andamento nesta cidade profundamente marcada pela exclusão racista e classista?

Nogueira (2008) afirma que os lugares e os cotidianos na cidade adquirem grande importância, pois não é apenas o tempo que se passa sobre seus cidadãos que produz subjetividade, mas muito mais a experiência nos espaços. Os lugares da cidade podem trazer para o cotidiano, através do espaço, territórios e modos de subjetivação.

Verifica-se que no contemporâneo, a construção de si e do outro, por intermédio do encontro nas cidades e potência de relações do tecido social tende a ser superficial e protegido em relação à diferença. A cidade nesse sentido produz exclusão, nega a diferença, vigia e organiza os corpos que por ela circulam. Na aldeia global do capitalismo pós-industrial, os corpos são cada vez mais inscritos em sua circulação pela cidade por certa assepsia e impermeabilidade à diferença (p.96).

Cidades são espaços de contradição onde vida e morte se encontram (HISSA, 2006). Quando pensamos no exemplo desta terra, podemos afirmar que acaba destinando os espaços de encontros de cultura e lazer a classes sociais com maior poder aquisitivo, e criando espaços de exclusão para certa parcela mais pobre da população. É disso que se trata o espaço urbano: um local produtor de morte e resistências.

Foi *pelo rosto da menina de 15 anos, que nunca saiu de mim*, que fui contaminada pelo vírus da luta antimanicomial e me dediquei a pensar, desde então, os desafios e empasses desta luta no que tange o público de crianças e jovens, que são excluídos da cidade, e a quem se destina o manicômio.

Nas ruas centrais desta cidade, entre prédios e hospitais, encontramos, em uma casinha pequena, um serviço substitutivo dos manicômios, que promete cuidar de crianças e jovens, na cidade, longe dos muros do hospital, criado a partir da Reforma Psiquiátrica. A construção deste serviço chega às terras planas desta cidade tardia e lentamente, muito mais como imposição legal do que pela defesa dos ideais antimanicomiais e antiproibicionistas que vigoram no movimento de reforma psiquiátrica.

Foi no CAPSi que a pesquisa teve início, mas certamente as nossas inquietações extrapolam as paredes da instituição, se espalhando também em outros serviços da rede pública, mas, principalmente, nas ruas da cidade, debaixo da ponte, nas andanças com os jovens usuários deste serviço.

A cidade vai sofrendo modificações e modificando a vida de seus habitantes, num jogo complexo da realidade. Destacaremos um dos pontos que produziram impactos neste local, a expansão da universidade pública e a consequente criação de coletivos e espaço de diálogo entre rede, sociedade, universidade e usuários da rede de saúde mental.

1.1 Os “Filhos do REUNI”: Os impactos da Universidade Pública em uma Cidade manicomial

Realizei minha graduação numa Universidade Pública, em um campus do interior da Universidade Federal Fluminense (UFF), que na época era recentemente expandida pelo projeto Programa de Apoio aos Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), que teve como precursor o Presidente Luís Inácio Lula da Silva e o então Ministro da Educação Professor Doutor Fernando Haddad. Com a política de cotas e a reformulação do ENEM⁴, além de estudantes de classes sociais de menor poder aquisitivo, oriundos de escolas públicas vindos de todos os cantos do país, a Universidade Pública também contava, naquele momento, com um número maior de estudantes negros.

As mudanças trazidas pela expansão da Universidade causaram grande impacto nas estruturas manicomiais da cidade. Tamanhas modificações não foram bem aceitas, pois trouxeram para as regiões centrais da cidade o que era colocado para as regiões periféricas: negros, pobres e migrantes. Até para conseguir um lugar para viver era difícil para aqueles que iam morar na cidade para estudar, já que os proprietários de imóveis não queriam alugar para estudantes, muito menos para aqueles que iriam constituir repúblicas. A Universidade Pública vai ganhando status de local onde estudavam “drogados e mal vestidos”.

⁴O Exame Nacional do Ensino Médio (Enem), criado em 1998 pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), do Ministério da Educação, é um exame individual e de caráter voluntário, oferecido anualmente aos concluintes e egressos do ensino médio (BRASIL, 2005). O programa foi reformulado pelo então Ministro Fernando Haddad, onde o mesmo seria utilizado como forma de seleção unificada nas universidades públicas federais (BEZERRA, GURGEL, 2012).

Aos poucos, o curso de psicologia foi se inserindo em diversos espaços da sociedade local e contribuindo/intervindo em setores como serviços da rede pública de saúde do município e do programa municipal de Saúde Mental. Nesse contexto, em meio aos movimentos e afetações gerados pela Universidade Pública, surge, em março de 2015, um importante instrumento de intervenção social, cultural e de luta antimanicomial na cidade: o Coletivo Antimanicomial Estamira.

Contaminados pelos ideais antimanicomiais, um grupo de pessoas se reuniu, em 2015, com objetivo de pensar atividades em comemoração do dia 18 de Maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial. O que seria um único dia de atividades se tornou a I Semana da Luta Antimanicomial da cidade, realizada de 18 a 22 de maio de 2015. A partir das reverberações da organização deste evento, nasceu o Coletivo Antimanicomial Estamira, carregando o nome de Estamira, mulher negra, catadora de lixo, estigmatizada como louca, com uma história de vida marcada por inúmeras violências, que se tornou símbolo da motivação da existência desse coletivo.

Com a potência trazida por Estamira, o coletivo antimanicomial ativou muitos movimentos na cidade, tecendo iniciativas como a realização de grandes eventos. Além disso, o coletivo dedicou-se à ativação da rede de Saúde Mental através de atividades e parcerias com os serviços, intervenções sociais como aula pública sobre saúde mental na rodoviária da cidade e atividades com instituições de educação, cultura e lazer da cidade.

Tem-se, portanto, um enlace entre uma cidade tradicionalmente manicomial, proibicionista, classista e racista, a Universidade Pública, um coletivo antimanicomial e uma Rede de Atenção Psicossocial ainda em processo de constituição.

A experiência do estágio era pura intensidade, não se restringia ao CAPSi, já que acompanhar crianças e jovens é se lançar a experiências diversas que se compõem pelos aromas enquadrados e transbordados em alguns estabelecimentos: CAPSi, Conselho Tutelar, DEGASE⁵, Unidade de Acolhimento Infantil, Abrigos, Hospital Psiquiátrico e também as ruas daquela

⁵ Departamento Geral de Ações Socioeducativas é um órgão vinculado à Secretaria de Estado de Educação, que tem a responsabilidade de promover socioeducação no Estado do Rio de Janeiro.

cidade. Todos esses lugares se entrelaçavam, formavam redes e também institucionalizavam a infância e a juventude daquela terra.

Ao tentar fazer a transmissão desses acontecimentos, tomo emprestadas algumas ideias de Larrosa (2004): “Transmissão é uma comunicação que explode (p. 25)”, o que é dito só se transmite transformando-se. Transmitir não é comunicar fatos inertes, estáticos, imóveis, mas o abrir-se da possibilidade de invenção e renovação do acontecimento.

Ao transmitir cenas vividas, trarei comigo diferentes vozes, vidas, que aqui se transformam em personagens, numa polifonia de sentidos. Tentaremos traçar os percursos pela cidade, pelos serviços, pelas pessoas que acolhem, decidem vidas e também aqueles acolhidos. Nesse rabisco complexo, questões e análises vão se compondo com o vivido, confeccionando esse grande desenho do cotidiano. Entendendo como cotidiano aquilo que Certeau (1996) define como o que nos é dado a cada dia. Também é aquilo que nos pressiona, pois existe uma opressão que se dá no presente:

O cotidiano é aquilo que nos é dado cada dia (ou que nos cabe em partilha), nos pressiona dia após dia, nos oprime, pois existe uma opressão do presente. Todo dia, pela manhã, aquilo que assumimos, ao despertar, é o peso da vida, a dificuldade de viver, ou de viver nesta ou noutra condição, com esta fadiga, com este desejo. O cotidiano é aquilo que nos prende intimamente, a partir do interior. É uma história a meio-caminho de nós mesmos, quase em retirada, às vezes velada (CERTEAU, 1996, p. 31).

A paisagem foi esboçada, e é possível perceber que este esboço não é, de forma alguma, apenas um palco onde a vida acontece, mas um emaranhado de forças que atravessam e compõem algumas histórias que me proponho a contar. Este é um desafio que convoca a pensar na complexidade desse campo ainda tão pouco discutido que é a saúde mental no que tange o público infanto-juvenil, apostando que esse campo não é, de maneira alguma, isolado, mas atravessado e composto por outros campos diversos, como as políticas públicas, a judicialização da vida, a guerra às drogas, a medicalização, a socioeducação e tantos outros.

A cidade sem montanhas, agora se apresenta com relevo próprio, solo cheio de fissuras.

2 CENAS DE HORROR

“Agressão de Funcionários Públicos é crime!” Essa premissa constava em um cartaz fixado logo na chegada de um serviço de saúde. Ao entrar, a realidade era ainda mais bizarra: na parte dos fundos da casa, trancados a cadeados, para que não pudessem fugir, crianças amarradas com os braços para trás. Algumas delas sendo derrubadas no chão, por meio de rasteiras dadas por uma trabalhadora, enquanto ouviam ofensas dos próprios familiares. Os trabalhadores justificavam a necessidade destas intervenções e davam a ela o nome de contenção mecânica, respaldados por diretrizes técnicas e resoluções de conselhos de enfermagem⁶ e medicina⁷ para afirmar sua terapêutica.

Os Familiares não raramente assistiam e participavam desse tipo de prática violenta aplaudindo e pedindo pela internação da criança no hospital psiquiátrico. As crianças e jovens gritavam e se debatiam. **Agressão a funcionários públicos era crime, às crianças, nem tanto.** Cenas de horror como essas, marcas de manicômio, permaneciam nos serviços substitutivos desta cidade.

Pensamos, a partir dessa cena, três atores principais que irão compor conosco esta parte do texto: a trabalhadora, que dava rasteiras em crianças, que traz em sua intervenção técnica práticas manicomialis de violência; os Familiares não raramente assistiam e participavam desse tipo de prática violenta aplaudindo e pedindo pela internação da criança no hospital psiquiátrico surgindo na cena como cúmplices da violência; e as crianças e adolescentes, que, ao serem violentados, não paralisavam, gritavam e se debatiam.

Memórias como essa marcam o início do meu estágio há aproximadamente cinco anos. Essas práticas de violência tinham como

⁶ A resolução Nº 427/2012 do COFEN (2012), normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes, autorizando sua prática em último recurso para “controlar condutas violentas” (SCHWIDERSKI, TCHAIKOVSKI, 2013).

⁷ O conselho de medicina por sua vez, afirma que a contenção mecânica, ou física “é ato médico”, o artigo 15, parágrafo 3º afirma que: “É admissível a contenção física de paciente, à semelhança da contenção efetuada em leitos de UTI, nos serviços que prestem assistência psiquiátrica, desde que prescrita por médico, registrada em prontuário e quando for o meio mais adequado para prevenir dano imediato ou iminente ao próprio paciente ou a terceiro”(CFM, 2013).

justificativa a proteção da equipe e da criança contra ela mesma, já que se tratavam de “*Crianças perigosas, Crianças deficientes, Crianças loucas, doentes mentais*”.

Esses modos de compreender uma certa infância nos lembram daquilo que Donzelot (1980) destacou em seu trabalho e que se atualiza quando analisamos cenas como essa descrita acima. O autor trabalha com o paradoxo de uma infância em perigo e, por isso, governada como estratégia de defesa da sociedade contra possíveis danos futuros, e é ao mesmo tempo perigosa. Esta ambiguidade na defesa da criança e da sociedade guarda relação com uma certa percepção de infância associada a determinados estratos sociais, sendo a noção de periculosidade invariavelmente atrelada à infância das classes populares.

Essa concepção não é apenas a vigente entre os *trabalhadores que davam rasteira nas crianças e jovens*, mas também perpassa os moradores da cidade, que, ao passarem nas redondezas do CAPSi, deixavam escapar afirmações que definiam aquele espaço como lugar que “*cuida de criança maluquinha, lugar das crianças com doença mental, agressivas e perigosas*”. Essa também é a visão dos familiares que *assistiam e participavam desse tipo de prática violenta aplaudindo*. A criança louca é naturalizada como doente mental, nas cenas do cotidiano, dentro e fora do serviço de saúde.

Esses diagnósticos e compreensões naturalizadas consideram a loucura e doença mental como sinônimas. Isso não é trivial e gera como consequência a produção de práticas de medicalização e contenção do corpo de crianças, como as que encontrei no CAPSi, respaldadas por resoluções biomédicas. Contudo, é importante não perder de vista que loucura e doença nem sempre foram sinônimas.

A doença mental é produto do discurso médico que veio em resposta ao medo do insano em oposição à razão e à ordem. O próprio medo do insano e do inesperado foi produzido, na forma de uma cisão, de uma prática divisória, ao mesmo tempo que o racional e ordenado, recebendo este último, com exclusividade, o sinal positivo. A doença mental é então inventada pela modernidade, fruto da separação entre mente e corpo, uma separação inusitada e recente na História da Medicina. A loucura, por sua vez, é um fenômeno global. Ainda que aquilo que é considerado desvio mude de sociedade para outra.

Os loucos já foram, na antiguidade, os mestres da verdade, e a sua figura já foi glorificada, considerada divina. Capturada pela concepção cristã, na Idade Média, ela passa a ser considerada possessão demoníaca. Destinados ao “mar de mil caminhos” (FOUCAULT, 1978, p. 16), e posteriormente concebida como desarrazoada, os discursos e práticas em torno da loucura vão se modificando com o tempo (PELBART; 1989; SILVEIRA, 2008).

Foi com a fundação do Hospital Geral na França no século XVII que a loucura começa, então, a ser retirada da sociedade. Esse hospital não é um estabelecimento médico, mas sim uma estrutura “semi-jurídica”, conexas ao poder real, uma entidade administrativa. Assim, tratava-se de uma instância da ordem monárquica e burguesa que começa a se organizar na França. Há, também, uma estrutura religiosa, moral, que se desenvolve paralelamente. Esses dispensários do reino desempenhavam um papel ao mesmo tempo de assistência e de repressão, se destinando a socorrer tanto os pobres, como também hospedar criminosos, desempregados, vagabundos e loucos (FOUCAULT, 1978).

O autor ainda destaca que essa prática de internação designa que o pobre, o desocupado e o louco são aqueles incapazes de responder por sua existência e, por isso, devem ser reclusos do convívio social. Durante esse período, a internação era utilizada como uma forma de *limpar* as cidades, enclausurando dentro dos muros toda sorte de “desviantes” e, mais do que uma função repressora, a instituição tem o intuito de dar obrigatoriamente trabalho a todos aprisionados, tentando, dessa forma, resolver o problema do desemprego e da ociosidade, além de poder contar com uma mão de obra disponível e barata. É a partir daí que se inicia o aprisionamento da loucura, junto aos pobres e vagabundos. Assim o hospital se conserva, até o princípio do século XVIII, sem o aparecimento da função médica, em uma miscelânea de loucos, doentes, devassos, prostitutas, enquanto ferramenta de exclusão e assistência. (FOUCAULT, 1978).

Após grandes críticas feitas pela população às internações, esses espaços passam por reformas, que resultaram na criação de um lugar exclusivo para o tratamento médico dos loucos, o manicômio, onde a loucura passa a ser sequestrada sob o status de doença. Neste, o privilégio é do Tratamento Moral, em um enlace entre espaço institucional, nosografia das doenças e imposição

de relações de poder entre médico e doente. A loucura é, então, submetida a uma ordem asilar, que combinando a tecnologia médica a um modelo disciplinar marca o nascimento da psiquiatria (CASTEL, 1978).

A loucura passa a ser vista por um olhar individualizante, onde passa a existir o problema da interioridade psicológica. Nasce, assim, a Psicologia do Indivíduo e a Psicopatologia. Surgem os discursos da Psicologia em geral, que tendem a infantilizar, culpabilizar e moralizar o louco. O discurso psicopatológico é fruto da condição asilar do louco. Se o castigo físico não era suficiente, a descrição psicopatológica causa outra violência, a de caracterizar o louco, de descrevê-lo pelos seus aspectos negativos, seja infantilizando ou moralizando suas condutas (FOUCAULT, 1975).

No Brasil, a loucura só começa a ser objeto de intervenção do Estado com o advento da chegada da Família Real Portuguesa. Os primeiros hospitais psiquiátricos do Brasil eram de responsabilidade da Igreja Católica. É apenas com a chegada da República que os asilos passam a ser considerados símbolos do poder real que precisam ser atualizados. O Estado brasileiro utilizou da medicina para intervir junto ao grande número de pobres, usuários de drogas, loucos e mendigos nos espaços urbanos. Para os adultos, a solução foi o trabalho, pois segundo a medicina, os comportamentos desviantes estariam diretamente relacionados ao ócio. Entretanto, não só a eles o manicômio foi destinado. Surge, então, o Hospital Nacional dos Alienados. Esse hospital era superlotado de loucos, usuários de drogas, mendigos e crianças, e todos compartilhavam o mesmo espaço físico (AMARANTE, 1994; LOBO, 2015).

Foi a partir de um encontro com os escritos de Foucault (2006) que pude compreender como se deu, dentro das amarras dos jogos de poder, este processo histórico nada linear de internação de crianças que me atravessa desde então. Foucault destaca que um dos motivadores que levou ao processo crescente de internação de crianças foi a necessidade de possibilitar a liberação dos pais, a fim de que eles pudessem trabalhar nas estruturas urbanas e industriais que surgiam neste período.

Diante desta necessidade, as anormalidades na infância garantiam a inserção destes nas instituições manicomiais. Há, então, um processo histórico que submete pobres, indigentes e desviantes em geral às medidas de controle e coerção, objetivando sua modificação e normatização; eis o motivo da menina

estar no manicômio. Eis também o motivo para que a psiquiatria se tenha espalhado para muito além do hospício, nas famílias, nas escolas, nos meios de comunicação, nos abrigos, nos CAPSi.

Por resistirem a essas premissas cotidianas, isto é, por não serem dóceis e nem utilizáveis econômica e politicamente, como destaca Foucault (2010), esses divergentes vão ser culpados por implantar o medo e o caos. “Os “anormais”, desviantes da dita normalidade, são sempre postos como a ameaça constante ao utópico e fantástico mundo sem violência para o qual qualquer de aparatos violentos é constantemente usada e atualizada” (p. 53).

É através da figura do vagabundo, daquele corpo incapaz de gerar de lucro e se submeter ao trabalho, que a criança se torna objeto da intervenção psiquiátrica. É no intuito de prevenção da ociosidade que a psiquiatria começa a atuar na infância (DONZELOT, 1980).

Lília Lobo (2007), em parte do seu trabalho, se propõe a fazer uma análise dos processos históricos que envolveram as crianças, deficientes e pobres no Brasil. Ela destaca o caso do Hospital dos Alienados no Rio de Janeiro, consolidado como a primeira instituição de saúde pública no Brasil República, que se encontrava superlotado: loucos, bêbados, mendigos e crianças se encontravam todos no mesmo espaço físico, submetidos às mesmas práticas de tortura e exclusão. Com o nível alarmante da precariedade da situação, a imprensa carioca realizou uma denúncia enfatizando o cenário promíscuo que envolvia crianças e adultos. A partir daí, foram tomadas providências, dentre elas a transferência das crianças e a criação da primeira ala dedicada à infância no país, o Pavilhão Escola Bourneville.

Com apenas dois anos de sua fundação, esse pavilhão já estava com superlotação, o que acarretou a criação de novas alas e promoveu o surgimento de outros estabelecimentos com a finalidade de um suposto tratamento de *crianças anormais*. Como exemplo temos o pavilhão dentro do hospital de Juquery em São Paulo, para aquelas que eram encaminhadas pelo Estado, assim como a Escola dentro das instalações do hospital destinadas àqueles anormais que poderiam ser educáveis. “Instalada à caçada aos anormais, a população infantil do hospício só tenderia a aumentar” (LOBO, 2007, p. 408).

Ao analisar o tratamento de enclausuramento ao qual essas crianças ditas anormais foram submetidas por séculos dentro dos hospitais psiquiátricos, é

importante destacar que, em nome de um suposto tratamento, elas foram entregues a toda sorte de experiências que incluem inúmeras formas de violação de direitos humanos, de violência física, subjetiva e institucional.

Dentro desse contexto, a cena narrada no início deste capítulo poderia ser considerada pertinente aos modos de tratamento aplicados, onde os *trabalhadores davam rasteiras nas crianças*. Entretanto, desde então, os paradigmas de cuidado foram modificados. Práticas como essa deveriam estar em um passado distante, mas se atualizam no presente. Nesse ponto, é essencial entender quais foram as mudanças que efetivamente ocorreram, para traçar a conjuntura dessa cena.

A esses loucos passa ser destinada a intervenção estatal, médica, jurídica, que apostam na exclusão em manicômios, e a conseqüente terapêutica violenta como modo de cuidado. É legalizado que *trabalhadores derrubem crianças no chão com rasteiras*, ou realizem a chamada *contenção mecânica*, a partir do momento que aos corpos loucos é destinado aos manicômios, e isso continua a acontecer mesmo nos dias atuais, nos serviços substitutivos.

*Os Trabalhadores que derrubam as crianças no chão com rasteiras*⁸, assim como os familiares que aplaudiam são analisadores de como no cotidiano as situações aparecem em sua complexidade, e não com uma suposta linearidade histórica que aposta em fins e inícios a partir de marcos legais. Essas práticas nos mostram que aquilo que insistimos em pensar que ficou para trás nos assombra no cotidiano.

2.1 CAPS infanto-juvenil ou Manicômio infanto-juvenil?

*Ao olhar a placa fixada na frente da pequena casa, onde se encontrava o serviço de saúde, tive dúvidas, o nome do que acompanha a sigla CAPS era **Castelo Branco**. Seria possível? Uma homenagem a um ditador em um centro de atenção psicossocial?*

⁸ Segundo Lourau (2004), as instituições têm uma face velada, escondida, que pode ter sua natureza revelada através de manifestações de não-conformidade com o instituído. Essas manifestações podem ser chamadas de analisadores, e, como reitera o autor, "é o analisador que realiza a análise" (p. 69).

Essa cena convoca a uma análise desses fantasmas do passado que nos atormentam no cotidiano. Mas qual é a relação de um CAPS com a ditadura? O que o “fim” da ditadura possibilitou em termos da Luta antimanicomial e da Reforma psiquiátrica?

Na Europa, com o final da Segunda Guerra Mundial, surgem os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica, dentre elas a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria de Setor, Comunitária, Preventiva, a Antipsiquiatria, que de formas diversas questionavam a existência dos manicômios como local terapêutico e propunham outras formas de cuidado.

No Brasil, essas novas experiências eram ainda marginais, deixadas de lado pelo Estado. Nessa época, o Brasil vivia um período ditatorial, período esse em que houve uma expansão do setor privado que muito influenciou o Estado e a saúde brasileira (AMARANTE, 1994).

É na ditadura que a máquina do Estado ganha sua expressão mais totalitária, identificando o público ao governamental, o governo à autoridade de um grupo oligárquico, consolidando esse grupo que governa como o próprio Estado. Frente a esse Estado totalitário, “a população não é mais um dado, ela se tornou uma consequência” (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 164). Deste modo, como era colocado nas propagandas no tempo da ditadura, “o que é bom para o povo não é, necessariamente, bom para a nação” (SOUZA, 2007, p. 21).

Povo e nação são, então, distinguidos e separados frente ao autoritarismo do Estado, e essa separação agencia uma tendência neoliberal que defende o Estado mínimo, isto é, a entrada de uma lógica privatizante daquilo que é público. A “antecipação neoliberal não revelou apenas a ferocidade da reação, mas também a cumplicidade que o mercado mantém com o Estado e que os próprios militares sintetizaram: “Diminuir o Estado é engrandecer a Nação” (NEGRI; COCCO, 2005, p.107). Assim, sob o imperativo da privatização, ocorreu a tentativa maciça de tornar a vida da população uma mercadoria.

No campo da saúde não foi diferente: prevalecia o modelo assistencial hospitalocêntrico, de compra de serviços, onde as instituições responsáveis pela organização da área pública da saúde encontravam-se controladas pelos representantes dos interesses privados (ESCOREL, 1987).

Em vista disso, inicia-se o projeto de privatizar e lucrar também com a loucura. Amarante (1994) destaca que é nesse período que se instaura a

indústria da loucura no país. O Estado começa a comprar do setor privado serviços psiquiátricos e a doença mental torna-se mercadoria lucrativa. Isso também contribuiu para que aumentassem as internações nos hospitais psiquiátricos privados, nos quais qualquer suspeita ou atitude fora dos “padrões” era motivo de internação (FONTE, 2012).

Como consequência, os manicômios se tornam espaço de exclusão e tortura de quem se opunha a ditadura. O local de asilamento de todos aqueles desviantes das condutas socialmente aceitas agora também se converte em espaço de presos políticos que serão submetidos aos “tratamentos manicomialis”.

Contudo, a solidez social do regime militar começa a abrir fissuras. Crises em todo Brasil durante o final da década de 70 e que ganharam força nos anos 80. A crise no âmbito institucional e financeiro se instaurou, levando o Estado a tomar medidas no âmbito do setor privado. Isso culminou numa reorganização do setor público, surgindo importantes modificações no âmbito da saúde e da saúde mental do país (AMARANTE, 1994).

Em meio à crise, intensificaram-se contestações plurais, trazidas por movimentos sociais. Mulheres, pessoas negras, gays, lésbicas, bissexuais, trabalhadores e trabalhadoras da saúde, entre outros movimentos minoritários estremeceram a dureza da sociedade da época, possibilitando um fortalecimento da cidadania, e, conseqüentemente, tiveram influência direta nas transformações na área da saúde pública no país (SOUZA, 2007; AMARANTE, 1994).

Nesse cenário de reabertura política e social emergem os movimentos da Luta Antimanicomial, das Reformas Sanitária e Psiquiátrica e também da luta Antiproibicionista, que alcançaram grande visibilidade e legitimidade no final da década de 1970. A compreensão das condições gerais de vida – como moradia, alimentação, saneamento básico, condições de trabalho, educação e lazer –, enquanto determinantes da saúde individual e coletiva oferecia base política para a articulação com outros movimentos sociais em processo de (re)organização no período (SOUZA, 2007; AMARANTE, 1994; GOUVEIA, 2018).

Esses movimentos sociais acabaram sendo responsáveis por um fortalecimento da cidadania, e, assim, tiveram influência direta nas

transformações na área da saúde no Brasil. Com a nova Constituição de 1988 e a Lei Orgânica 8080 de 1990- que regulariza o Sistema Único de Saúde (SUS)- a saúde passa agora a ser direito universal de todo cidadão (SOUZA, 2007).

No campo da saúde mental, em 1987, eclodiu um movimento organizado por trabalhadores da área que lutavam por “uma sociedade sem manicômios”. Esse movimento, de grande importância, levantou uma discussão profunda sobre a loucura, doença mental, manicômios e Psiquiatria; discussão essa influenciada pelos processos de Reforma Psiquiátrica que vinham acontecendo na Europa, em especial a Psiquiatria Democrática Italiana.

A partir disso, tendo como marco inicial a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) em 1987, tem início o processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), processo esse que tem como uma de suas maiores conquistas a promulgação da Lei 10.216/2001, Lei da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1994).

Com a Lei 10.216/2001, tem-se o deslocamento do manicômio da centralidade do cuidado em saúde mental, de modo que a internação seja indicada somente a partir do momento em que se esgotem os recursos extra-hospitalares (BRASIL, 2001). Através da portaria 3.088, em 2011 (BRASIL, 2011), esse cuidado passa a ser operado através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta por serviços criados como forma de substituição ao manicômio, visando a superação do modelo asilar e criando assim um novo lugar social para as pessoas em sofrimento psíquico.

Ampliando o acesso ao tratamento e inaugurando um modelo de atenção psicossocial, a lei 10.216/2001 se tornou norteadora dos debates em saúde mental no Brasil, possibilitando a desespecialização dos espaços de discussão, onde passa a figurar o protagonismo de usuários, familiares e da sociedade. Dessa forma, afirma-se que os especialistas são atores importantes, mas não os principais desse debate, que é da ordem da cidadania, pertencente à sociedade (DELGADO, 2011).

Propõe-se, através da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) e da Portaria 336/2002 (BRASIL, 2002), que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sejam os ordenadores das redes na construção do cuidado, aqui colocado em oposição ao tratamento dispensado no interior das instituições asilares. No modelo de atenção psicossocial, os modos de cuidado oferecidos por esses

novos serviços buscam evidenciar o sujeito e desconstruir o lugar da doença/loucura cunhado secularmente a partir da intervenção do saber psiquiátrico, dentre outros.

Para tanto, o cuidado deve ser ofertado através de novas lógicas, como estratégias de Acolhimento (BRASIL, 2010) e de Clínica Ampliada (BRASIL, 2009) gerando Projetos Terapêuticos Singulares (BRASIL, 2010) compartilhados com a rede intersetorial e construindo políticas transversais aos vários setores, de forma que as ações em saúde mental se deem em rede e pautadas na lógica da integralidade em todos os níveis de atenção à saúde, articulando-se com outras políticas sociais, valorizando os setores da cultura, educação, trabalho, assistência social, etc.

Portanto é no período ditatorial que os manicômios do Brasil se tornam máquinas de lucro, e é a partir das fissuras abertas na solidez ditatorial que a Luta antimanicomial se fortalece e que a Reforma Psiquiátrica consegue ser efetivada. Os CAPS surgem então com a queda da ditadura, com a liberdade, e apostando na liberdade como modo de cuidar.

A importância dos marcos oficiais e de todas as conquistas legais é incontestável, todos os avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica são primordiais para uma atenção mais justa e humanitária às pessoas com grave sofrimento mental. Contudo, no cotidiano, fazer valer a luta antimanicomial dentro dos serviços substitutivos é um grande desafio, como a primeira cena apresentada nos convoca a pensar.

Deparamo-nos com os diversos atravessamentos e complicadores de se fechar hospitais psiquiátricos e substituí-los pelos modelos psicossociais de atenção em uma cidade que entende internação e asilamento enquanto cuidado. Nessa cidade, marcada pelos vestígios da escravização e desigualdade social, manicômios não são histórias de horror de um passado, mas realidades ainda presentes. Violências como *crianças e jovens que levam rasteira de trabalhador*, práticas manicomiais que permanecem nos espaços de cuidado nesta cidade, manicômios não ficaram para trás, nem a ditadura.

Se voltarmos a *olhar a placa fixada na frente da pequena casa, onde se encontrava o serviço de saúde, não tive mais dúvidas, o nome do que acompanha a sigla CAPS era Castelo Branco*. Esse era o nome do 26º Presidente do Brasil, o primeiro do período da Ditadura Militar, tendo sido um

dos articuladores do Golpe militar de 1964, um genocida, sobrenome compartilhado com um dos psiquiatras que fundaram o primeiro manicômio na cidade, é o nome dado ao CAPSi. Alguns dizem que recebeu este nome em homenagem ao psiquiatra fundador do manicômio, outros afirmam que o nome é uma homenagem direta ao ditador.

Independentemente de quem recebe a homenagem, o ditador ou o psiquiatra fundador de um manicômio, podemos perceber que é nessas sutilezas, nada sutis, que as forças ditatoriais e manicomialistas mostram que continuam existindo. Mesmo sendo um serviço que se baseia na ruptura tanto com os ideais da ditadura, quanto do modelo manicomial, o CAPSi leva o nome do fundador de um manicômio - ou de um ditador. Isso nos coloca a interrogar quais são os limites e empasses da democratização, como também da reforma psiquiátrica, principalmente diante de um cenário no qual a ditadura é publicamente homenageada pelo presidente da república.

2.2 Os novos perigosos: adolescentes usuários de drogas no CAPSi.

A concepção que era anteriormente destinada às crianças perigosas começa a sofrer mudanças com novas ordens que delimitavam que *adolescentes* que fizessem uso de drogas também deveriam ter o cuidado psicossocial no CAPSi, e não mais no CAPS álcool e drogas, onde estariam em contato com adultos.

Usuários de Drogas? Criminosos! Vagabundos! Os trabalhadores não se conformavam, escondiam suas bolsas em salas trancadas assim que os jovens, que eram usuários de drogas, chegavam. Havia um corredor no qual eles podiam passar para que não tivessem contato com as crianças, agora vistas como coitadinhas. O assunto era debatido em reunião de equipe: Esses meninos perigosos não podiam estar no mesmo espaço que os outros usuários do serviço, principalmente estar perto das crianças: coitadinhas, precisamos proteger as crianças desses jovens perigosos. A segregação era explícita, criava-se um muro simbólico: de um lado as crianças com “transtornos mentais”, que seriam o público que o CAPS deveria cuidar, as coitadinhas, que não tinham culpa do “problema mental” que possuíam, e do outro lado os “dependentes

químicos, vagabundos e marginais”, que escolheram essa vida para si, e deveriam ser tratados em outro lugar, mas a justiça estava determinando que fossem cuidados ali. O cuidado desses drogados perigosos passa a ser responsabilidade deste serviço de saúde.

Observamos novamente esse deslocamento, discursos ambivalentes sobre o público infanto-juvenil, ora numa defesa incondicional, percebendo-os como sujeitos “em perigo”, ora em defesa da sociedade, atribuindo a eles uma ameaça “à ordem pública”, vista, portanto, como perigosa - como elementos que entre outros desclassificados da sociedade, perturbam a ordem (DONZELOT, 1986; RIZZINI, 1997). As crianças loucas, até então perigosas, agora se encontram em perigo, surgindo assim uma nova figura a ser temida: o jovem que faz uso de drogas.

Quando pensamos que às crianças e aos jovens pobres, historicamente, foi destinado o não lugar, as margens, conseguimos entender que o que acontecia no CAPSi era mais complexo do que apenas um despreparo de uma equipe. Já que as ações relacionadas à saúde mental da infância e adolescência, no Brasil, eram historicamente cuidadas por instituições filantrópicas e religiosas, posteriormente passam a ser responsabilidade dos setores da educação e da assistência social e justiça e segurança. Desta forma, é recente que questões relacionadas ao uso de drogas passam a ser responsabilidade do campo da saúde (COUTO, DUARTE e DELGADO, 2008; CLEMENTE, LAVRADOR, ROMANHOLI, 2013).

Com os avanços na incorporação de projetos voltados para o cuidado de usuários de álcool e drogas à Política Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde institui a Portaria Nº 3.088, de 2011, que estabelece a “Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde”(CLEMENTE, LAVRADOR, ROMANHOLI, 2013).

No âmbito específico da infância e juventude, essas políticas são ainda mais recentes. Foi apenas a partir da instauração do ECRIAD⁹ que o segmento infanto-juvenil passa a ganhar visibilidade nas políticas públicas sociais.

⁹ Estatuto da Criança e do Adolescente (ECRIAD), promulgado em 1990, que legitima a criança e adolescente como sujeitos de direitos e deveres, em oposição ao Código de Menores (DELFINI e REIS, 2012).

Segundo o relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental de 2005, é somente em 2002, após indicações feitas na III Conferência Nacional de Saúde Mental, que o Ministério da Saúde passa a reconhecer o uso de substâncias prejudiciais à saúde (álcool e outras drogas) como um problema de Saúde Pública (COUTO, DUARTE e DELGADO, 2008; DELFINI e REIS, 2012).

Contudo, cenas como as vividas no CAPSi, demonstram que as promulgações de portarias e lei, por mais importantes e decisivas que sejam, não garantem que nas práticas cotidianas dos serviços que essas mudanças ocorram do dia para a noite, já que elas são lentas, processuais.

Os Movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial não se reduzem à extinção do Hospital Psiquiátrico e à conquista de direitos civis para aqueles enquadrados como portadores de transtornos mentais, mas nos convocam a outros desafios, ainda mais complexos, como a libertação dos nossos “desejos de manicômio” (MACHADO e LAVRADOR, 2001).

Apostamos em uma Reforma Psiquiátrica que se proponha a questionar saberes e práticas que constroem uma hierarquia do que é racional e do que não é, definindo direitos e deveres baseados em preceitos morais, que se consolidam na modernidade enquanto saberes científicos. Desse modo, as relações de poder e saber instituem-se em torno da invenção moderna: doença mental (FOUCAULT, 1978), que é noção basilar para as formas de compreender a loucura, o uso de drogas e outras “patologias” na atualidade e formulação das políticas públicas de cuidado.

As portarias e políticas públicas não conseguem assegurar que no dia a dia esses jovens sejam tratados de modo diferente daquele historicamente imposto pelo modelo proibicionista: um modo policialesco, que criminaliza, vigia, separa, segrega o usuário de drogas. Pois não se trata apenas de uma modificação na portaria - mesmo sabendo que essa é essencial - mas de uma desconstrução e a conseqüente criação de novas **práticas**.

É preciso afirmar de antemão que não há intenção culpabilizar ou julgar a *equipe que segregava o serviço: de um lado das crianças com transtornos mentais”, que seriam o público que o CAPS deveria cuidar, as coitadinhas, que não tinham culpa do “problema mental” que possuíam, e do outro lado os “dependentes químicos, vagabundos e marginais.* Do mesmo modo que a

trabalhadora que deixava as crianças amarradas e derrubava-as com rasteiras, nem os familiares que aplaudiam. Não se trata aqui de dar a esses atores papéis perversos, causadores de todo mal.

Esse papel de juiz, que analisa fatos e aplica sentenças, não nos cabe aqui. Para fugir dessa armadilha de pessoalizar questões, ou culpar pessoas, é necessário fazer uma análise daquilo que Foucault chama de **práticas**.

É preciso desnaturalizar o que parece óbvio, enxergar a complexidade de conexões entre processos históricos e sociais múltiplos. Colocar as práticas em análise é entender que todas as questões existem no campo das relações. É acompanhar o descontínuo, é estar atento às rupturas daquilo que é, a priori, rígido. Ao apostar que os acontecimentos não são contínuos nem lineares, rompe-se com uma ideia de causalidade, de racionalidade transcendental e de objetos eternos. Desse modo, não há de um lado crianças ou jovens usuárias de drogas e do outro lado a equipe que presta cuidados para este público específico. Há regimes relacionais de práticas que formam, ao mesmo tempo, sujeito e objeto, jovens e cuidado, equipe e usuários (FOUCAULT, 2003).

Assim, não é nenhum exagero o que Paul Veyne (1982) declarou em seu livro: Foucault de fato revolucionou a história! A partir da leitura dessa obra, é possível perceber a centralidade das discussões sobre as práticas nas obras de Foucault e o convite que esse autor nos faz a desconfiar das falsas continuidades e linearidades, partindo de uma perspectiva que considera os fatos humanos raros, e não objetos que possam ser universalizados e naturalizados.

Admitir que são as práticas sociais as criadoras da realidade, pressupõe não mais uma busca incansável pelas origens das coisas, mas sim que tipo de relações se estabelecem a partir desse ato constituinte. Ou seja, não há, a priori, objeto que não seja histórico no mundo, sempre há construções que se dão a partir de jogos de forças, há relações. As coisas em si mesmo não existem, são as relações que substituem os objetos, são as práticas (VEYNE, 2003).

Diante disso, seguimos os conselhos de Veyne (2003) de sempre desconfiar das supostas continuidades e linearidades dos processos históricos. Tendo isso em vista pode-se entender que o processo de substituir os manicômios não é simples, vai além de fechar os estabelecimentos. Porque a lógica manicomial e proibicionista é difusa, ultrapassa os muros das instituições totais, ela flui pela cidade, pelos serviços de saúde substitutivos, as vezes de

forma escancarada, como neste período em que os usuários de drogas começam a ser acompanhados no CAPSi, outras fantasiadas de cuidado e proteção, como veremos nas próximas cenas.

Devemos considerar que, como já destacado acima apesar dos avanços trazidos pela Reforma, as questões relacionadas ao uso de drogas só entram em debate no campo da Saúde recentemente, de forma marginal. Esse é um debate ainda incipiente no Brasil, principalmente por se tratar de um assunto complexo, polêmico, interpelado com campo da justiça e da segurança pública e que tem sido historicamente produzido por meio de discursos morais, religiosos, patologizantes e criminalizadores.

Eis que o serviço de saúde encontrava-se segregado: de um lado crianças coitadinhas, do outro os vagabundos perigosos, usuários de drogas. As violências persistem, os familiares seguem aplaudindo, mas e as crianças e jovens? O que eles fazem mediante tudo isso?

As crianças e adolescentes, ao serem violentados, não paralisavam, gritavam e se debatiam.

2.3 Apostar na Juventude é um ato político

No início, aqueles que estavam no CAPSi por fazerem uso de drogas eram destinados a participar de palestras em que slides lidos por profissionais diziam sobre o perigo do uso de álcool, tabaco e outras drogas na adolescência. Defendiam que esse uso atrapalhava o desenvolvimento saudável do adolescente, era contra lei, infringia o Estatuto da criança e do adolescente e, além disso tudo, ainda era uma armadilha de forças demoníacas que queriam que os mesmos se afastassem do caminho de deus. Os jovens saíam da sala e iam fumar no portão do serviço.

Por que apostar na juventude é um ato político? Porque a juventude se rebela, ela não se cala *durante as violências, ela grita e se debate, ela sai da sala e vai fumar.*

Deste modo, somos convidados a apostar no conceito de juventude no lugar da adolescência, a partir das ideias de Bocco (2006), sem a tentativa de delimitar uma faixa etária específica, nem a uma série de comportamentos

reconhecidos como pertencendo a tal categoria. Ela defende que afirmar o conceito de juventude é uma aposta também política, pois a partir dele é possível descrever um plano vital sem início e fim pré-determinados. “Então, falar em juventude é falar de uma intensidade com máxima potência de transformação em todos os sentidos possíveis, independente de idades e de clichês identitários” (p. 65).

Diariamente ouvimos e reproduzimos essa nomenclatura adolescência. Até órgãos oficiais, como o Ministério da Saúde, delimitam o “período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência, e o situado entre 15 e 24 anos como juventude. Há, portanto, uma interseção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude” (BRASIL, 2010, p. 46). Essa ideia de adolescência não é natural, e se constituiu enquanto hegemônica recentemente.

A ideia de adolescência é inclusive incorporada ao ECRID, o Estatuto da Criança e do Adolescente, que garante os direitos e pontua os deveres destas populações. Ela é também aquela descrita pelo Ministério da Saúde, propagada pelas mídias, presente, inclusive, nos discursos científicos e no cotidiano dos serviços de Saúde, que se propõe a dizer sobre um modelo de vida estadunidense de classe média que deve ser consumido pelo restante do mundo.

Essa noção de adolescência surge articulada a uma lógica desenvolvimentista, constituindo-se enquanto uma etapa do desenvolvimento pela qual, supostamente, todos passariam da mesma maneira e de forma obrigatória para chegar à vida adulta. Georges Lapassade (1973) nos convida a uma complexa reflexão sobre essa temática da entrada na vida, ou em fases da vida:

A infância e a juventude foram, durante muito tempo, no caminho da vida, a etapa em que se efetua a passagem à idade de homem. É o momento em que o indivíduo adquire os instrumentos indispensáveis à sua integração social. As civilizações tradicionais glorificaram e ritualizaram esta etapa, em que o adolescente sai das incertezas da infância, termina o seu crescimento, toma o seu lugar definitivo na sociedade, tornando-se um adulto (p. 8).

Para se efetivar como fase do desenvolvimento, a categoria adolescência contou com a ajuda do saber psicológico predominante, que atribuiu algumas características que seriam intrínsecas a essa etapa da vida, tomando esse padrão como base para diferenciar sujeitos normais e anormais, de acordo com seu grau de aproximação a essas normas. Outras aliadas para a edificação desse conceito foram as práticas médicas, que relacionaram determinadas mudanças hormonais, físicas pertencentes a essa etapa como responsáveis por algumas características psicológico-existenciais. Essas acabam sendo consideradas como uma suposta identidade adolescente (COIMBRA, BOCCO e NASCIMENTO, 2005).

Margaret Mead (1951) mostrou, a partir de uma perspectiva do relativismo cultural, na sua experiência de pesquisa em Samoa, na Polinésia, que a adolescência é um fenômeno fabricado socialmente, manifestando-se de formas diferentes e até mesmo inexistindo em alguns lugares. Apesar da difusão massiva e comercial da figura do adolescente como o grande ícone dos tempos contemporâneos, Mead nos lembra que ela é engendrada por movimentos históricos e culturais. De acordo com Lepre (2005), foi no século XVIII que surgiram as primeiras tentativas de definir, explicitamente, suas características e apenas no século XX o adolescente moderno típico se estabeleceu como modelo ideal.

A partir da reorganização da sociedade ocidental pós-Revolução Industrial no século XIX, a ideia de adolescência vai se edificando. Conforme os processos de produção foram se sofisticando, surgiu a necessidade de maior tempo de dedicação aos estudos para inserção no mundo do trabalho. É importante lembrar que, até então, era muito comum encontrarmos crianças trabalhando em diversos setores, situação que só se modificou por conta da reestruturação do trabalho e pela conquista de diversos direitos sociais (LEPRE, 2005).

Ao longo do século XX, essa ideia de adolescência começa a ganhar mais força enquanto uma identidade cultural em que surgem novas maneiras de colocar-se no mundo e distintos modos de questioná-lo. Essas características marcam a concepção de adolescência como a idade da rebeldia, principalmente após o surgimento do rock, o movimento hippie e os constantes envolvimento políticos em causas que mobilizaram o século XX (BOCK, 2004).

Contudo, nas experiências de estágio com jovens, no CAPSi, mais uma vez a noção de adolescência propagada pelos próprios manuais psiquiátricos e psicológicos aparecia como uma construção tão artificial que não contemplava aqueles sujeitos. A partir da convivência com jovens usuários do serviço de saúde, em sua maioria provenientes de abrigos direcionados pela Assistência Social do município, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), as disparidades com relação ao suposto modelo eram mais evidentes, pois tinham formas de experiência a entrada no mundo do trabalho, o início das relações sexuais, o contato com a morte, o uso de drogas, por exemplo, que em nada correspondia com a descrição tradicional dos adolescentes do *YouTube*, nem dos manuais psis, constituindo uma forma específica de vivência.

Olhando de perto, é possível afirmar que, se não fosse por uma coincidência etária, grande parte deles nunca viveu e não viverá a identificação social atribuída à adolescência, pois muitos já nasceram tendo que dar conta da própria sobrevivência. Nasceram e logo já estavam no suposto “mundo adulto”, sem tempo para viver o dito desenvolvimento da infância e juventude.

Fugindo de uma ideia de identidade Lapassade (1973) destaca que o homem é “totalização em curso, sem jamais ser totalidade acabada” (p. 324). Ainda afirma que:

O homem não entra uma vez ou definitivamente, em determinado momento da sua história, num estudo fixado e estabilizado, o qual seria o estatuto de adulto. Pelo contrário: a existência é feita de entradas sucessivas que assinalam o caminho da sua vida (p. 323).

Essas contribuições nos levam a vários questionamentos, inclusive acerca das políticas públicas que usam dessas delimitações etárias para pensar estratégias e planos de ação. Contudo, fazer aposta em um viés não identitário não significa negar o ECRIAD, mas sim a necessidade de que se pense a juventude levando em consideração aspectos biológicos, culturais, históricos, sociológicos, psicológicos, estatísticos, filosóficos e antropológicos. A ampliação do conceito de juventude não acaba com as contradições de uma sociedade complexa, mas ajuda a reconhecer as diversidades dessa população.

Tomando essa noção como basilar, é possível fazer análises mais detalhadas de quem são esses jovens que encontrei no CAPSi, já que diferenciar

esse público é fundamental. Cada jovem passa por situações distintas de acordo com raça, gênero, classe social, território em que vive, variando a forma como age no mundo e as possibilidades de acesso a direitos e serviços.

É essa juventude que se rebela que nos interessa aqui, é essa rebeldia que inspirou e moveu a escrita deste trabalho, em tempos tão devastadores. É a história dessa juventude que me proponho a escrever nesta dissertação, em um formato diferente dos relatórios judiciais, que os consideram infratores, dos prontuários, que os concebem como doentes. Aposto em histórias outras que os contemplem como resistência.

3 PARRESIA ENQUANTO PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO

*Em uma conversa com João, falei que estava fazendo mestrado e que meu encontro com os jovens do CAPSi seriam o motor do texto que estava escrevendo. Passei alguns minutos dizendo do que se tratava e no final perguntei se podia contar um pouco da história dele. Ele me respondeu dando uma risada irônica “pode falar sim, **ninguém vai ler isso mesmo**, ninguém que eu conheço por aqui sabe ler direito”.*

A interpelação de João convoca aos que se propõem a produzir conhecimento o enfrentamento de algumas questões: se ninguém vai ler este texto para quem estamos escrevendo? Por que escrevemos? A quem este trabalho serve? Quem é tensionado por esses escritos?

Aposto aqui que escrever vale a pena, mesmo se os jovens do CAPSi não lerem esse texto. Entendo a escrita como uma ação política, que transforma, tensiona modificações do campo das relações de saber. Ao escrever essa história, afirmo ainda um *ethos* de pesquisa, uma postura aberta para o *acontecer* que se deu durante o tempo que acompanhei jovens do CAPSi, e que se dá no presente quando tento delinear esse texto.

Ou seja, para o que irrompe enquanto acontecimento, para o inesperado, para os desvios e as problematizações. “Acontecimento”, no sentido trazido por Foucault (2003), como uma ruptura em hábitos, como surgimento de uma singularidade, como o encontro com as conexões que, em um dado momento, formaram as habitualidades, as evidências.

Apostar justamente em um discurso parresiástico como um eixo condutor deste texto é uma aposta ética-política para com as crianças e jovens do CAPSi, pois, ao trazer parte da vida deles aqui, a intenção é de suscitar análises e produzir conhecimentos que possam possibilitar pensar em novas práticas pela afirmativa da existência, pela potência de vida.

Pensar que as práticas são criadoras de mundos implica colocar em questão o paradigma da neutralidade e objetividade da ciência. Imparcialidade não existe. Ao apostar que conhecer é intervir, aproprio-me da noção de

implicação discutida por Lourau para afirmar que minha história é inseparável das histórias que contarei.

Lourau (1993) destaca que as ciências estão pautadas na premissa da neutralidade mediante sujeito e objeto de pesquisa. Por isso, o autor diz que o maior escândalo da Análise Institucional é o conceito de análise de implicação, pois ela rompe com essa tradição ao trazer para a cena o intelectual implicado, sendo que:

Estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas implicações) é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar: fenômenos, acontecimentos, grupos, idéias, etc. Com o saber científico anulo o saber das mulheres, das crianças, dos loucos...o saber social, cada vez mais reprimido como culpado e inferior (LOURAU, 1977, p. 88).

Implicação refere-se à análise dos lugares que ocupamos no mundo; que uso fazemos desses lugares, como nos posicionamos nos jogos de poder, que alianças fazemos e em nome de que. Contudo, Coimbra e Nascimento (2003) destacam que fazer análise de implicação é um exercício cotidiano, uma postura na vida, nas relações sociais em geral, ao lugar que ocupamos na história. Teoria e prática que não se separam, não se distanciam. Produzimos subjetividades e somos produzidos através de nossas práticas, não estamos alheios aos efeitos que se fabricam no campo de pesquisa e, mais do que isso, existe um compromisso ético e político com aquilo que nós mesmos produzimos ao estarmos em relação com o campo.

Neste sentido, fui convocada, durante o processo da experiência de acompanhar a vida de jovens *Infames sem gloria*, descritos por Chaves (2013) como aqueles “a quem é negada a fala, aqueles a quem restará apenas o apagamento da própria voz e que devem ser por conseguinte, banidos da memória coletiva”(p. 76), a não deixar que a história destes jovens se perca.

Contar outra versão das histórias de jovens pobres e negros, usuários de drogas, em situação de extrema vulnerabilidade social, tutelados pelo Estado, uma versão que não os considere culpados nem doentes e que possa também fugir da armadilha de cair em um “coitadismo” ou vitimismo. Compreendendo que, na verdade, trata-se de uma história de resistência. Para isso, é necessário

coragem. Coragem em assumir um posicionamento que não se cale frente às injustiças, que se proponha a buscar inventar outros mundos.

Desta forma, apresentarei história, que é deles e também minha, na tentativa de trazer as vozes, os cheiros e os corpos desses jovens, misturadas ao meu, apostando em tornar públicas minhas indignações. Para isso, é necessário escrever sobre aquilo que aconteceu, expor-se. Essa é uma tarefa complexa, que demanda coragem.

A temática do conhecimento aparece como questão, principalmente, no final da modernidade, onde ganha grande destaque como um problema da filosofia ocidental. Ao falar de conhecimento aqui, considera-se, em primeiro lugar, que ele não é natural, ou encontra-se no interior dos indivíduos, nem é um exercício imanente e universal do ser humano. Foucault (2005b) destaca que o conhecimento tem um caráter perspectivo, existindo apenas na relação com as forças, com os acontecimentos que o engendram. Para o autor, o conhecimento é uma relação estratégica na qual o homem encontra-se situado. “É essa relação estratégica que vai definir o efeito de conhecimento e por isso seria totalmente contraditório imaginar um conhecimento que não fosse sua natureza obrigatoriamente parcial, oblíquo, perspectivo” (p. 24).

Pensar produção de conhecimento é considerar sua relação com o mundo, as rupturas e os movimentos que o compõe. Ao invés da fé em uma linearidade, coloca-se em xeque o mito das verdades inquestionáveis, considerando que a produção de conhecimento é histórica e que rompemos com as divindades incontestáveis dos saberes-verdades para demorar-nos nas “meticulosidades e nos acasos dos começos” (FOUCAULT, 1979, p. 14).

Apostar na não universalidade do conhecer convoca a um aventurar-se pelos caminhos tortuosos da produção de conhecimento no campo de forças em que ele se dá. Neste sentido, Foucault (2000) aponta algumas direções: “Você não está seguro do que diz? [...] você já arranja a saída que lhe permitirá [...] ressurgir em outro lugar e zombar como o faz agora: não, não, eu não estou onde você me espreita, mas aqui de onde o observo rindo” (p. 20).

Romper com preceitos naturais e totalizantes, por mais desconfortável que pareça, fornece espaço para a criação. “Não me pergunte quem sou e não me diga para permanecer o mesmo: é uma moral de estado civil; ela rege nossos papéis. Que ela nos deixe livres quando se trata de escrever” (FOUCAULT,

2000, p. 20). O contato com a juventude - num contexto de vulnerabilidade social, dentro do campo da saúde mental, que também é atravessado por outros diversos - às análises de Foucault colaboram e convocam a uma libertação dos pensamentos-verdades que levam a uma única direção possível.

Deleuze (2008) analisa que Foucault efetua em seu pensamento um lançar-se em aventuras, a partir de necessidades, de crises que impulsionam apontamentos únicos, procedendo à travessia de caminhos que levam a mudanças, a “saltos” dentro do próprio pensamento.

A construção dessas temáticas centrais ao longo de seu projeto filosófico e de sua vida vai constituindo suas ideias formando uma trama Foucaultiana, que é produzida alinhando e enlaçando fios de diferentes tons, é um pensamento inquieto e criador. Nas palavras de Deleuze:

Mesmo seu estilo mudava, renunciava às cintilações e aos fulgores e descobria uma linearidade cada vez mais sóbria, cada vez mais pura, quase apaziguada. É que tudo isso não era simplesmente questão de teoria. O pensamento jamais foi questão de teoria. Eram problemas de vida. Era a própria vida. Era a maneira de Foucault sair dessa crise: traçando a linha que lhe permitisse sair dela, e estabelecendo novas relações com o saber e o poder (DELEUZE, 2008, p. 135).

Daí acentua-se a importância da compreensão do pensamento Foucaultiano. Ele propõe outra maneira de analisar o poder e a verdade que não se confunda com o modo como tradicionalmente se colocam esses objetos na história da filosofia. Vai distanciar-se de uma maneira de pensar e apresentar a verdade que lhe conceda uma posição centralizadora e absoluta, seja como representação da experiência originária, seja como essência, ou ainda enquanto paradigma universal de adequação aos diversos campos de saber.

Foucault, nesta última fase de sua escrita, vai debruçar-se sobre a questão da verdade, buscando nos gregos questões como a ética e subjetivação. Para isso, propõe-se a levantar a questão do cuidado de si, confrontando a máxima socrática do “conhece-te a si mesmo”. O cuidado surge em uma perspectiva conflituosa com a questão do conhecimento, não que ele dispense o conhecimento, mas toma o conhecimento de outra perspectiva.

Não é possível cuidar de si sem se conhecer. O cuidado de si é certamente o conhecimento de si, este é o lado socrático-platônico, mas é também o conhecimento de um certo número de regras de conduta ou de princípios que são simultaneamente verdades e

prescrições. Cuidar de si é se munir dessas verdades: nesse caso a ética se liga ao jogo da verdade (FOUCAULT, 2004. p. 4).

Este retorno aos gregos é criticado por Butler, porém, no livro *Relatar a Si mesmo*, ela dialoga com Foucault ao trazer a questão da verdade. Butler (2015) também nos dá algumas pistas sobre esse exercício, que ela chama de relatar a si mesmo, fazendo uma diferenciação primária sobre contar uma história sobre si, que não é o mesmo que dar um relato de si. Ela destaca que o sujeito que se propõe ao relato está sempre implicado em uma realidade temporal e social que ultrapassa as próprias possibilidades de narração. Ela ainda afirma que é a partir da convocação do outro que sentimos a necessidade de contar uma história sobre nós mesmos. Nessa interpelação, ao mesmo tempo em que falamos sobre nós mesmos e nos reconstruímos nesse processo, é estabelecida uma relação com o interlocutor e uma ação sobre ele. Essa é uma tarefa complexa, pois, ao fazer o relato de si mesmo, é preciso responsabilizar-se e essa responsabilidade não está alheia às condições sociais em que está inserido.

Butler (2015) ainda aponta que Foucault considera que naturalizar uma suposta verdade sobre nós, fazendo com que ela oriente o modo como vivemos, significa negar a historicidade das nossas próprias vidas. Por isso, Butler entende que Foucault defende uma postura autocrítica, uma criação de si que, ao expor seus limites, mantém também uma relação crítica com os códigos de conduta que indicam as formas que os sujeitos podem assumir. Essa é uma atitude que envolve um risco, pois questionar as regras e normas sociais, problematizar o que elas abrigam e o que excluem, pode gerar consequências.

Por isso, como já destacado anteriormente, escrever a história desses jovens é, antes de tudo, uma convocação ética, é um ato que requer coragem. Para isso, tomo a *Parresía*, discutida por Foucault, na última fase de seu trabalho, enquanto um exercício ético e político que pode contribuir para a produção de conhecimento.

Proferir um discurso é arriscar-se. Desde a aula inaugural de Michel Foucault no Collège de France em 1970, intitulada *A ordem do discurso*, a temática discursiva nos coloca diante de questões como o desejo e a coragem de quem aposta no discurso a própria vida. Através deles criam-se materialidades arriscadas, fundam-se um jogo de resultados indeterminados. Ao enunciar um determinado discurso verdadeiro, adentramos num jogo arriscado,

por isso a coragem da verdade é a exigência indispensável para que aquele que deseja proferir um discurso o efetue de fato. Os discursos estão intimamente relacionados com o poder e a produção de verdade, o que faz deles algo perigoso e determinante também em relação à vida. Produzir um discurso verdadeiro envolve uma cadeia de efeitos que podem determinar não só a vida como também a morte dos envolvidos (FOUCAULT, 1996, 2011).

Foucault, em *A Hermenêutica do Sujeito* (2006b), preocupa-se com as práticas de si na Antiguidade greco-romana, das quais a *parresia* ganha destaque como forma de uma relação pessoal entre a constituição do ser do sujeito e a sua produção de verdade. Desse modo, o valor da verdade do discurso *parresiástico* é levado em consideração nessa relação existente entre o enunciado verdadeiro e o sujeito ético reconhecido como sujeito de virtude pela verdade que profere.

O significado etimológico da palavra *parresia* “é o fato de tudo dizer (franqueza, abertura de coração, abertura de palavra, abertura de linguagem, liberdade de palavra)” (FOUCAULT, 2006b p. 440). Contudo, é preciso prudência para tentar defini-la. Foucault (2011) afirma que ela é, primeiramente, uma maneira de dizer a verdade, o que implica em um afastamento de tudo aquilo que possa estar no campo da mentira e da bajulação. Ela implica um empreender voluntário em dizer a verdade, um preço que pode lhe custar a própria existência: “os *parresiastas* são os que, no limite, aceitam morrer por ter dito a verdade. Ou mais exatamente, os *parresiastas* são os que empreendem dizer a verdade a um preço não determinado, que pode ir até a sua própria morte” (p. 56). Há, na *parresia*, a abertura para o risco.

A *parresia* é uma das modalidades fundamentais do dizer-verdadeiro que liga o sujeito ao discurso, além de relacionar a virtude à verdade enquanto cuidado de si e dos outros, enquanto processo de veridicção, ou seja, uma prática de constituição do sujeito como uma prática do dizer-verdadeiro. Ao mesmo tempo que se reconhece o valor da verdade atribuído ao sujeito que profere seu discurso, destaca-se também a virtude daquele que tem as competências para efetivar a *parresia*. O *parresiasta* é, então, aquele que ao enunciar a verdade compromete-se com ela, assumindo os riscos desta atividade. Falar de *parresia* é falar prioritariamente de uma verdade relacional,

de uma verdade da relação do sujeito com ele mesmo e com o outro através de seu discurso verdadeiro (FOUCAULT, 2011).

Assim, a característica fundamental do parresiasta é o risco que ele precisa assumir como uma condição de seu modo de fala. É por isso que este é o modo da coragem da verdade. É preciso que se assuma o risco de dizer tudo até o fim. Uma vez que se pretende falar a verdade por inteira, não se pode interromper, calar, esconder ou fugir. Dessa forma, a força do dizer verdadeiro se coloca, se apresenta como fator a ser levado em conta, como ideia a não ser ignorada, como questão a não ser deixada de lado. A fala franca, necessariamente implicada com o sujeito e arriscada – são os componentes principais desse conceito.

Como já dito, quem profere um discurso verdadeiro se arrisca, à medida que os discursos livres causam fissuras nas ordens estáticas e podem provocar uma série de efeitos. É o risco possível do desconhecido, que faz do dizer a verdade um acontecimento, um ato de coragem e também de desejo (FOUCAULT, 2011). Coragem pela verdade. Uma coragem que não seja carregada pela paixão crítica do verdadeiro é um fanatismo vão, uma energia vã; por sua vez, uma verdade que não exige, para ser proclamada, uma firmeza de alma, uma tensão ética, torna-se “inútil e incerta” (GRÓS, 2004).

Foucault (2006b) demarca oposições entre a parresia e a retórica. É nestas diferenças que se desenha a parresia como ética, como uma atitude discursiva, como prática de si em torno da verdade. A retórica, por sua vez, tem por objetivo a persuasão do outro e, para isso, o seu discurso não precisa, necessariamente, ser verdadeiro, desde que este possa convencer a quem se dirige.

Uma verdade cuja condição de possibilidade é ética, não lógica. A ética e a verdade vinculam-se de forma íntima nessa concepção de *parresia*, o ato de coragem de quem se expõe materializa-se em uma prática discursiva, em uma ética do dizer a verdade perante si e aos outros. Esse discurso não se curva nem se adapta ao poder, mas se propõe a confrontá-lo, atuando contra ele. Uma ética da coragem, na direção de si e dos outros, nesta perspectiva ética e também política que desafia o poder. Essa importância ética como parte de um processo de constituição do sujeito e de seu próprio discurso de verdade. É compreendida numa relação intrínseca entre ética e política (FOUCAULT, 2017).

Ao aprofundar-se sobre a questão da ética, Foucault (2004) a coloca enquanto prática refletida da liberdade. “A liberdade é a condição ontológica da ética, mas a ética é a forma refletida assumida pela liberdade” (p.3). A questão problematizada por Foucault não é simplesmente a emancipação ou a libertação de todas as formas de poder, até porque as relações de poder não são pensadas no sentido moral de bem e mal. O problema para Foucault, dessa forma, não consiste em tentar dissolver estas relações de poder “na utopia de uma comunicação perfeitamente transparente, mas em procurar-se as regras de direito, as técnicas de gestão e também a moral, o *ethos*, a prática de si, que permitam nestes jogos de poder jogar com o mínimo possível de dominação”(p.4). Ele ainda faz a distinção de relações éticas e relações de poder. A relação ética é de uma força que afeta a si própria, e por isso pode se modificar, se alterar, ou seja, pode alterar a própria força, podendo modificar as relações. Uma dimensão ética está nas relações de poder, mas também é aquilo que possibilita que as relações de poder se tornem outras. A ética é um fora *nas* relações de poder. Esta é a potência da ética, que apostamos também ser a da *parresia*, a de ser transformadora das relações de força, portanto, da realidade.

Grós (2004) considera que Foucault chega o mais próximo possível de si mesmo no sentido de que ele se interroga sobre o estatuto de sua própria palavra, sobre o seu papel de intelectual público e sobre os desafios de sua função. O termo *parresia* ultrapassa uma nova invenção conceitual, não se tratando de elaborar um dogma ou doutrina, mas “retomar um ponto de articulação entre a teoria e a prática, entre os discursos e as ações, entre teoria e prática” (p. 13).

A *parresia* encontra-se em um limite entre uma técnica e um modo de vida: enquanto técnica poderá ser operacionalizada como forma de produção do discurso, enquanto ética, modo de estar no mundo (FOUCAULT, 2006b). Enquanto um modo de vida que está ligado ao dizer a verdade, sem vergonha, sem medo, com uma certa harmonia entre o que se vive e o que se diz, Foucault (2017) destaca a maneira cínica da *parresia* como o espelho quebrado da filosofia.

Foucault (2017) aponta que o cinismo foi percebido como a banalidade escandalosa da filosofia, atuando como um espelho quebrado no qual o filósofo deveria se reconhecer: “ao mesmo tempo, nesse espelho, ele percebe como que

uma careta, uma deformação violenta, feia, sem graça, na qual ele não poderia em hipótese alguma se reconhecer nem reconhecer a filosofia” (p. 204).

O cinismo apresenta alguns princípios gerais, no qual primeiramente considera que a filosofia é uma preparação para a vida. Em segundo lugar, essa preparação para a vida implica ocupar-se antes de tudo de si mesmo. O terceiro princípio repetido pelos cínicos é o de que, para se ocupar de si mesmo, deve-se estudar apenas o que é realmente útil na e para a existência, ou seja, as coisas imediatamente úteis para a vida, para o cuidado de si mesmo. O quarto princípio diz que é preciso viver de acordo com os preceitos que se formula, pois só há verdadeiro cuidado de si se aquilo que se formula como verdadeiro forem ao mesmo tempo garantidos e legitimados pela maneira como se vive (FOUCAULT, 2017).

Esses quatro princípios gerais não são próprios do cinismo, podemos encontra-los tanto em Sócrates como nos estoicos ou até nos epicuristas. Contudo, os cínicos acrescentam um quinto princípio, que é o princípio mais fundamental de cinismo. É o princípio segundo o qual é preciso “*parakharáttein tò nómisma*” (alterar, mudar o valor da moeda). Esse princípio relaciona-se com mudanças nos costumes, convenções, hábitos (FOUCAULT, 2017).

Chaves (2013) afirma que o cínico é considerado o homem da parresia, ou seja, o homem do dizer verdadeiro (o que não significa que só os cínicos fizeram parresia). Foucault (2017) vai destacar a figura de Sócrates como sendo aquele que apresenta em sua vida uma personificação da parresia, no sentido do que entre o que é dito e o que é vivido deve haver plena concordância. Porém, quando falamos de cinismo, essa relação entre viver e dizer é bem diferente.

Os cínicos articulavam “ao princípio do dizer verdadeiro, do dizer sem vergonha e sem medo, do dizer verdadeiro ilimitado e corajoso, do dizer verdadeiro que impulsiona sua coragem e seu atrevimento até que ele se torne insolência intolerável” (FOUCAULT, 2017, p. 153). A isso, Grós (2004) acrescenta que ela comporta dois núcleos duros: “um determinado uso da fala (uma franqueza rude, áspera, provocadora) e um modo de vida particular, imediatamente reconhecível (uma vida de errância crítica e de pobreza, um manto imundo, um alforje e uma barba hirsuta)” (p. 162).

O cinismo faz aparecer em uma nudez escandalosa as coisas indispensáveis a vida humana. Essa franqueza corajosa é vivida de forma visceral e corporificada nos cínicos, como afirma Chaves (2013):

Os signos de uma vida que se pauta na parresia são, para os cínicos, emblemas que devem ser facilmente reconhecidos por qualquer um, porque se referem ao corpo e estão neles inscritos: o cajado, o alforje, o manto, as sandálias ou os pés nus, a barba hirsuta, a sujeira, mas também a errância permanente, a ausência de uma casa e até mesmo de uma pátria, além, é claro, da mendicância (p. 46).

É nessa relação entre corpo e verdade que o cinismo é vivido como uma vida de cão, na medida em que não tem pudor, não tem vergonha. É uma vida que faz publicamente e aos olhos de todos o que somente os cães e os animais ousam fazer. A vida de cínico é uma vida de cão como vida impudica; além disso ela é indiferente a tudo que pode acontecer, não se prende a nada, contenta-se com o que tem, não tem outras necessidades além das que pode satisfazer imediatamente. Além disso, também é uma vida que late, ou seja, é capaz de brigar contra seus inimigos (FOUCAULT, 2017).

Neste modelo de vida do cão, há uma redução da vida a ela mesma. Onde há um afastamento da civilização e das suas regras hipócritas em nome de uma identificação à natureza. “Em suma, o cinismo faz da vida, da existência, do bios o que se poderia chamar uma aleturgia, uma manifestação da verdade” (FOUCAULT, 2017, p.48).

As formas aletúrgicas se opõem as estruturas epistemológicas ao se dirigem a um conjunto de procedimentos que fazem possível a manifestação da verdade. Aleturgia, para Chaves (2013, p. 48), diz respeito aos “procedimentos rituais que estão em jogo na produção de verdade e não ao “desvelamento do ser”. Ou seja, a aleturgia não diz respeito a critérios de verdadeiro ou falso, do que é do campo do senso comum ou ciência. Mas diz respeito a uma certa qualificação, acontece de tal ou tal maneira, responde a determinados critérios.

Os cínicos, portanto, viviam o próprio pensamento, aceitando o rigor imposto pela ideia de uma vida reta e não dissimulada. E é nessa vida revolucionária que a ética encontra seu espaço.

A grande potência da parresia está na coragem. O parresiasta não vem a público confessar nada seu, nem anunciar algo por vir, muito menos ensinar uma lição, ele vem para pôr a si e aos outros à prova. Ele chama atenção para

o que está sendo deliberadamente esquecido; porta a coragem da verdade como força de dizer o que ninguém quer ouvir. Tudo isso sem cair num relativismo vazio ou na necessidade de um convencimento fraco. O parresiasta pode questionar os outros, pois tem em seu corpo – em sua vida! – a expressão de sua verdade. Ele recebe o aval para dizer o que ninguém diria porque leva às últimas consequências aquilo que pensa.

Não trouxemos uma discussão acerca da parresia aqui no intuito de copiar modelos ou reviver um passado tido como glorioso ou exemplar com um olhar saudosista. Não se trata de tomar os gregos antigos como um molde a ser seguido por nós na atualidade. Mas, pensar a parresia enquanto um exercício de produção do conhecimento permite criar espaços e possibilidades de pensar outras formas de experiências da verdade, o que deixa pistas para contar outra história desses adolescentes. Não se trata de copiar modelos, mas trazer à cena o movimento de pensar nossas práticas, nossas vidas, para forjar uma vida outra.

A proposta feita aqui é que a noção de parresia possa operar no sentido em que Deleuze e Foucault (1979) falam da teoria como caixa de ferramentas: precisa servir, funcionar, colocar algo em movimento. O conceito-ferramenta parresia produziu sentido no fazer e, por isso, permanece de modo a questionar a estática, uma maneira afirmativa de repensar posturas e práticas e, principalmente, fazer uma análise mais profunda sobre a questão da verdade e suas implicações nos jogos de poder.

Tomando a Coragem da Verdade quase como um testamento filosófico, consideramos a ideia de parresia apresentada nesta obra como um contínuo impulso ao pensamento, um exercício permanente de tomada de posição, que se coloca a questionar, sugerir e intervir diante das questões que nos propomos a pesquisar. A parresia deixa um convite àqueles que a leem: o de não suportar atuar da mesma forma, não aceitar viver da mesma forma, sair do conformismo e produzir outras práticas, *mesmo que ninguém vá ler isso*.

3.1 Dos procedimentos a não escolha do caso

Com o deslocamento típico de uma estagiária recém-chegada, perambulava pelo serviço, ainda impactada pelo modo como as coisas aconteciam naquele estabelecimento. Estava longe de ser um CAPS como os que eu lia nos textos acadêmicos e idealizados pela Reforma Psiquiátrica. Numa manhã, estava no banheiro e escutei duas profissionais, que não sabiam que eu estava ali, conversando na sala ao lado: “Você já viu a nova estagiária?” Outra voz respondeu: “Pois é, tivemos que aceitar ela estagiando aqui, não queria estagiários da UFF esse ano. Vamos colocar ela no grupo com os adolescentes dependentes químicos, pelo jeito de maconheira, ela deve saber como lidar”.

Estar em um grupo com “adolescentes dependentes químicos” por ser maconheira. Não era a escolha que eu faria em um primeiro momento (nem era escolha deles, já que estavam no grupo por ordens judiciais e familiares). Quando pensei no estágio no CAPSi, tinha interesse em acompanhar crianças que recebiam diagnósticos de autismo, ainda muito novas. Mas aceitei o “convite” das técnicas e comecei, então, a estar junto com esses jovens e então acompanhá-los.

Foi o campo de forças produzido no próprio estágio que me levou até o encontro com essa juventude. Nosso encontro foi forjado pelo próprio campo, e foi uma aposta ética sustentar permanecer nesse acompanhamento mesmo não tendo sido uma escolha feita a priori.

Das muitas vidas infames com quem convivi através do estágio no CAPSi, que participavam do “grupo de adolescentes DQ”, trarei aqui uma história que atravessa todas as outras que eu poderia contar. Fui interpelada por um caso de dois jovens, João e Ingrid, que eram um casal, participavam desse grupo, e que tiveram a vida marcada por conflitos com o poder público. Eles, que eram considerados um caso perdido pela rede pública da cidade, convocavam aqueles envolvidos no cuidado a repensar práticas de trabalho, políticas públicas e os limites do cuidado e do controle.

Judid Revel (2004) destaca que a noção de caso é por si só ambígua. Tradicionalmente, esse termo pode designar, tanto num sentido corrente quanto científico, um fato certamente isolado, mas que se preocupa em recuperar por força de uma regra geral ou de uma lei. Essa concepção de um caso exemplar não nos cabe aqui.

Apostamos em um uso foucaultiano do termo, que, ao contrário, reverte-lhe o funcionamento singular:

O caso é precisamente o que parece não querer voltar para as malhas do nosso quadro interpretativo, ou seja, para falar como Foucault, o que se impõe em uma singularidade absoluta, o que escapa à ordem e afirma, no contrafluxo dos processos de identificação e de classificação discursivos, o extraordinário. Um caso é sempre fundamentalmente real (...) (p. 75).

Revel (2004) ainda afirma que Foucault vai deixar de lado os estudos sobre os casos literários, pois considera que eles são eventos individuais, ficam nessa dimensão nesses “fragmentos de solidão” (p.77). E, a partir dos anos 60, ele vai se ocupar desses casos outros, como, por exemplo, literatura e esquizofrenia em um campo de uma escrita psicótica: “fazendo assim um eco à solidão da fala a cisão íntima do sujeito: a descontinuidade e a dispersão atingiram o patológico” (p.77).

Assim, tomaremos essa noção Foucaultiana de caso trazendo um pouco de uma história real, “mas um real que transborda, excede, desordena, extrapola a ‘natureza’” (REVEL, 2004, p. 77). Utilizaremos a noção de caso perdido como trazido por aqueles que os acompanhavam para contar uma história que nos convoca uma radicalização do pensamento ao passo que reúne tudo aquilo que é considerado matável pelas forças conservadoras fascistas na sociedade capitalista moderna: jovens, negros, usuários de drogas, moradores de rua, que se apresentam aqui como personagens principais.

Como procedimento desta escrita que se propõe parresíastica, optamos por elencar algumas cenas de atuação da época do estágio, destacadas em itálico, que nos convocam a pensar: em um cenário de guerra às drogas, como o modo de vida destes jovens coloca em xeque os modos normativos de cuidado? De que maneira nos auxilia a nos reposicionarmos no campo das políticas públicas?

Essa história traz, em um cenário mortal e aprisionador, a força e resistência de jovens infames. Apresentaremos fragmentos da história de Ingrid e João a partir da experiência de acompanhá-los. Analisando, a partir daí, práticas proibicionistas, racistas, patriarcais, jurídicas, médicas e de tantas

outras que extrapolam um único campo de pesquisa e que nos convocam a transversalizar o pensamento.

Nesta cidade na qual um olhar colonialista, racista, patriarcal é predominante, nos esbarramos com uma convocação ético política de contar outra versão de uma história, diferente das encontradas nos relatórios e documentos oficiais. Afinal de contas, quem define o que é uma história verdadeira? Um juiz? A mídia? Os serviços de saúde?

Não negando a legitimidade da verdade dos tribunais e dos serviços públicos, mas fugindo delas, não estamos narrando fatos aqui, mas perspectivas, não se trata de dizer que as verdades são relativas, mas de produzir aqui um confronto dessas perspectivas.

Contaremos aqui uma outra perspectiva desta história, criando, assim, uma outra verdade sobre ela, apostando justamente na coragem da verdade como um modo de contá-la, como uma forma de produzir outras análises, um modo de conhecimento. Uma verdade não se propõe única, mas que afirma enquanto modo de vida, enquanto parresia, aos moldes estudados por Foucault (2017) que vem para pôr a mim mesma e aos outros à prova. Há aqui um modo de produção de verdades que se relaciona com o risco.

Foucault (2004) convoca a pensar que a própria verdade tem uma história. Desta forma, ela pode ser interrogada em sua historicidade, em forma de emergência em dado contexto de práticas sociais que engendram domínios de saber, visto que ela não é natural, tampouco dada pela natureza humana. O autor irá propor duas “histórias da verdade”, uma interna e outra externa. A primeira se refere aos princípios de regulação que produzem a verdade dentro da história da ciência e a segunda se refere a “vários outros lugares” em que a verdade se forma, a partir de certo número de “regras de jogo”. Foucault faz então uma relação entre produção de verdade com produção de subjetividade, domínios de objetos e saberes, ou seja, a própria relação do homem com a verdade define formas específicas de saberes e de produção de subjetividades.

Ele vai se referir à verdade enquanto formas, modos de verificação, ou condições de possibilidade do verdadeiro, ou falso, realizando assim uma crítica à posição central que a verdade assume, propondo uma história rigorosa do pensamento que implique uma “história da emergência dos jogos de verdade”, na qual a apreensão não se daria nos campos dicotômicos; da validade ou

invalidez em que se pudesse extrair um vencedor, ou um perdedor. A aposta é em uma “história das veridicções”, compreendida consoante às formas ou às condições de acordo com as quais é permitido o surgimento de discursos que podem ser considerados verdadeiros, ou falsos, percebida como conjunto de regras de produção da verdade acerca de algo (FOUCAULT, 2004, p. 235).

De acordo com o autor: “Entendo por verdade o conjunto de procedimentos que permitem a cada instante e a cada um pronunciar enunciados que serão considerados verdadeiros” (FOUCAULT, 2004, p. 233). Foucault, então, não toma como referência a dicotomia valorativa entre verdadeiro e falso para refletir sobre a parresia greco-romana. Seus estudos enveredam pelo campo das relações do “sujeito” consigo mesmo e com os outros, ou seja, no que diz respeito às suas condutas, discursos e práticas. Daí ressaltar que pretende dar conta do ato pelo qual “o indivíduo se constitui a si mesmo e é constituído pelos outros como sujeito detendo um discurso de verdade” (FOUCAULT, 2017 p. 4). Deste modo, considerar a fala do parresiasta como verdadeira significa que ele diz efetivamente aquilo que pensa, manifesta uma convicção pessoal à qual está ligado e da qual se apresenta como testemunha.

A verdade da qual falamos aqui é uma modalidade de implicação do sujeito, opera de modo oposto a retórica, que tem como objetivo o convencimento do outro, de seu interlocutor. Apostamos em uma concepção aletúrgica, considerando os aspectos da produção de verdade, verdade como força (FOUCAULT, 2011; FOUCAULT, 2017).

Ainda numa tentativa de afirmar em qual verdade apostamos aqui, debruço-me com encanto pelas ideias propostas por Nietzsche (1983), que a coloca enquanto produção humana. Para o autor, ao sentir a necessidade de viver em sociedade, a humanidade terá como crença que a verdade é primordial para sua perpetuação; para que não se instale a barbárie é necessário que haja um acordo, uma convenção, “um tratado de paz que é o primeiro passo para se encontrar a verdade” (p. 46). Para isso, por meio do uso da linguagem, é designado o que é verdade e mentira. A verdade seria um mecanismo, um desejo de preservação, uma forma do homem continuar vivendo.

As verdades são criações produzidas no campo da linguagem, metáforas, metonímias. “As verdades são ilusões, das quais se esqueceu que o são, metáforas que se tornaram gastas e sem força sensível, moedas que perderam

sua efígie e agora só entram em consideração como metal, não mais como moedas” (NIETZSCHE, 1983, p.48). A humanidade não ama, portanto, a verdade por si mesma, ama a possibilidade de conservação da vida, proporcionada por ela.

A grande crítica levantada por Nietzsche (1983) é que a humanidade constrói uma linguagem, uma moral, a vida, as organizações sociais, ficcionais, esquecendo que são ficcionais, num desejo de que sejam universais. O autor ainda dá pistas de formas nas quais se pode criar a verdade. Para ele, podemos agir como a aranha, que cria a teia, fina, frágil, sutil a partir de si, na intenção de criar armadilhas enganosas, sejam elas filosóficas ou discursivas para aprisionar o outro. Diferente caminho seria lidar como abelhas, que criam o mel, a partir da própria natureza, um produto não é armadilha para o outro, mas algo que promove vida. Assim, ele aposta em uma verdade, ainda que ficção, que não se esqueceu desta condição, uma verdade pela vida, pela afirmativa da existência.

E é essa aposta em uma verdade viral, que contagia com vida e que vai no caminho da afirmação das existências plurais, que traremos aqui uma outra versão de um caso perdido. Apresento-lhes Ingrid e João, um caso que, na realidade, nós perdemos.

4 JOVENS INFAMES: NOTAS DE UM CASO PERDIDO

João e Ingrid, sem dúvida, eram os nomes que mais ressoavam no serviço naquele longo verão. Era a primeira pauta de toda reunião de equipe nas quintas-feiras, o casal de adolescentes de 16 anos que estava morando na rua. Os trabalhadores diziam que os dois fugiam do CAPS, quase não frequentavam o grupo DQ, por isso era difícil acompanhá-los, os definiam como “aqueles que não tem jeito, mais problemático, o caso perdido”.

Por ser considerada usuária de drogas foi sugerido a mim a participação no grupo que acompanhava jovens que recebiam um diagnóstico de dependência química ou de uso abusivo de SPA (substância psicoativa). O nome do grupo era Grupo de Dependência Química, ou “grupo DQ”, formado por uma maioria de meninos e duas meninas que iam esporadicamente aos encontros e reuniões. A maioria vinha de abrigos da Assistência Social estavam ali por determinações judiciais (alguns estavam por desejo familiar). O critério para ser encaminhado a esse grupo era simplesmente fazer uso de alguma substância psicoativa (produto estigmatizado que o senso comum naturalizou chamar de droga) ou possuir algum envolvimento com o varejo do tráfico relacionado ao produto.

Como já foi dito, o local em que este CAPSi se encontra tem sua história marcada por práticas coloniais, que ainda se fazem presentes, assim como o restante do Brasil. Estamos em um país com a herança de mais de trezentos anos de escravização, com dois períodos ditatoriais. Os usuários deste CAPSi, que ali estavam por decisões judiciais ou familiares, por experienciarem o uso de drogas, eram todos negros.

Não é possível fazer uma análise que não se pautem nas questões raciais. Há de se analisar as práticas levando em consideração que elas se dão e se pautam em um modelo de sociedade racista.

Não somos os mesmos sujeitos que fomos nesses 5 séculos de história. Mas certamente um empreendimento econômico e socialmente tão exitoso no Brasil como a escravidão que durou 350 anos, não teria desaparecido sem antes deixar muitas marcas no corpo social (LOBO, 2015, p. 19).

Quase todos os jovens que acompanhei nesse período não apresentavam sofrimento mental devido ao uso de drogas. Mas ali estavam, tornaram-se usuários do CAPS. Muitos eram destinados a internações compulsórias, em outro estado, e assim começavam a carreira psiquiátrica de internações e medicamentos. Outros tinham destinos diferentes, eram criminalizados por estarem envolvidos com atividades ilícitas, em geral o tráfico de drogas, e conseqüentemente encarcerados. São corpos para os quais não há saída, senão a medicalização ou a criminalização.

No entanto, o cotidiano em sua simplicidade complexa deve ganhar visibilidade, justamente porque nele se constroem nossas práticas. As histórias de “pessoas comuns” são ditas “sem importância” por um modo de conceber a realidade que deslegitima a experiência de “homens de carne-e-osso” (FOUCAULT, 2003).

Muitas foram as vidas jovens que tive a oportunidade de acompanhar, nos grupos do CAPS, nas ruas da cidade, na vida durante esse período. Eles considerados sujeitos perigosos e/ou patologizados. Mas que facilmente desaparecem na história, como vidas comuns. Essas vidas comuns são desconsideradas, como se não fossem dignas de notas.

Como se observa em documentos nos quais Foucault (2003) traz a infâmia, aqueles ditos como insignificantes nas escritas do cotidiano os jogos de forças encontram espaço de enunciação, evidenciando o quanto nossas práticas são produções sociais e não meros acidentes históricos. A partir de registros quase apagados da história:

O insignificante não cessa de pertencer ao silêncio, ao rumor que passa ou à confissão fugidia. Todas essas coisas que compõem o comum, o detalhe sem importância, a obscuridade, os dias sem glória, a vida comum, podem e devem ser ditas, ou melhor, escritas. Elas se tornam descritíveis e passíveis de transcrição, na própria medida em que foram atravessadas pelos mecanismos de poder político (FOUCAULT, 2003, p.213).

Contudo, esses infames, são existências que teimam em existir e resistir:

Essas existências infames sem notoriedade, obscuras como milhões de outras que desapareceram e desaparecerão no tempo sem deixar rastro- nenhuma nota da fama, nenhum feito de glória nenhuma marca

de nascimento, apenas o infortúnio de vidas cinzentas para a história e que se desvanecem nos registros porque ninguém as considera relevantes para serem trazidas à luz...(..) Porém, sua desventura, sua vilania, suas paixões alvos ou não da violência instituída, sua obstinação e sua resistência encontram em algum momento quem as vigiasse, quem as punisse, quem lhes ouvisse os gritos de horror, as canções de lamento (LOBO, 2009, p. 13).

Infames como João e Ingrid. Dois jovens que fugiam do CAPS, quase não frequentavam o grupo DQ, e por isso eu ainda não os conhecia pessoalmente, só do que escutava falar nas reuniões de equipe.

4.1 Casal drogado

Era novamente dia de reuniões de equipe falavam de João: o menino que tinha uma família, mãe e principalmente uma avó paterna, com quem tinha um vínculo forte, de carinho e cuidado, mas escolhe morar na rua com a namorada; e que ela não fazia bem para ele. “O problema do João é a Ingrid, ele fica indo na dela, ele tem família, não precisa disso” diziam alguns trabalhadores; “Esse aí é dependente químico de maconha e de cocaína”, defendiam outros trabalhadores. Outros sussurravam “esse é bandido da pior espécie, um traficante dos grandes” é perigoso demais. E a namorada de João? Era assim que se referiam à Ingrid. Nas reuniões de equipe falavam dos dois enquanto casal e tratavam do caso de João separadamente, mas não faziam menção a ela. Era como se ela só existisse enquanto companheira de João. Ela, que vinha de “duas gerações de moradores de rua” frase que estava escrita em seu prontuário preenchendo o espaço destinado ao suposto diagnóstico. Falavam dela como uma “influência ruim”, moradora de rua e dependente química: perigosa. Eram um casal de drogados.

Assim o casal era encarado por alguns trabalhadores do serviço, e essa configuração deles enquanto casal tem efeito nas direções de cuidado ofertadas. As estratégias de cuidado não levavam em conta as singularidades de cada um deles. A rede de atenção psicossocial via João e Ingrid antes de qualquer coisa como um *casal de drogados*.

A justiça faz um pedido de busca e apreensão para que eles saíssem da rua e fizessem uma avaliação e tratamento contra dependência química no CAPSi. E é a partir daí que me encontro com João e Ingrid, jovens, negros, que tinham cheiro das ruas, e olhares desafiadores e desconfiados.

Inicialmente João Vitor e Ingrid estão construídos na trama do discurso, das histórias, do que se escuta falar. Ao encontrar com eles pessoalmente, novos elementos surgem, o cheiro, a imagem, o olhar. Esses elementos tornam mais complexas as análises, isso ajuda a ver essas pessoas como pessoas mais encarnadas, humanas, para além de anjos e demônios. A dinâmica dos corpos trazida no discurso com o que é falado no discurso. Elas não estão separadas, não em transcendência em relação à outra, mas elas interferem constantemente. Quando entra em cena o corpo, o discurso é colocado em questão, e vice-versa.

É apenas quando encontro com esses *jovens, negros, que tinham cheiro das ruas, e olhares desafiadores e desconfiados*, quando o corpo entra na cena que consigo perceber como a Guerra às Drogas vem sentenciando existências infames, aos mais perversos destinos, patologia, medicamento, crime, encarceramento, caixão. Nossa sociedade construiu as drogas como figura de ameaça da segurança individual e das famílias, e com isso, imprimiu à substância o estatuto de inimigo, ao qual se declara uma guerra. Contudo, o fracasso dessa medida repressiva é incontestável. O proibicionismo declara guerra às drogas e, com isso, mata, encarcera e medicaliza vidas, como as de João e Ingrid, vidas infames.

Ingrid estava abrigada, grávida, e continuava fazendo uso de maconha e tabaco. O abrigo, o médico do CAPSi e a promotoria de justiça consideravam inaceitável o uso de drogas na gravidez. O médico do CAPSi fazia então uma avaliação na jovem enquanto bebia seu café quente, com sua roupa branca que ainda tinha cheiro do tabaco que fumou há pouco, e diz então que o uso de maconha feito por Ingrid era prejudicial para o filho, assim, decidiu-se que o uso do haldol, medicamento antipsicótico, seria a opção para livrá-la do vício na maconha e no tabaco. Pouco tempo depois encontrei com João. Ele estava prostrado no sofá, com a cabeça baixa, ele estava babando, em algum momento ele levanta a cabeça dando visibilidade a olhos vermelhos como brasa, parecia que queria dizer algo, mas só mexeu a mão com muita dificuldade em uma

tentativa de fazer um “sinal de joia”. Por trás de comentários de uma trabalhadora do serviço que dizia que o jovem estava “maconhado”, João se levantou do sofá e se dirigiu a sala onde aconteciam as reuniões do grupo. Ele não conseguia se equilibrar e foi trocando passos até chegar à sala. Perguntei se estava tudo bem e ele relatou que tinham dado uma injeção de haldol nele, pois havia tentado fugir da Unidade de Acolhimento para “fumar um chá”.

O que acontece com João e Ingrid, ambos usuários de maconha, foi a escolha médica de patologizar o uso da droga e conseqüentemente usar de uma outra droga para “curar” ou “tratar” do suposto vício. Mas o que é droga afinal? Como se constituiu essa diferenciação do que se chama de medicamento e de droga?

Considerando que buscar modos de alterar a consciência é uma prática milenar, a utilização de drogas nos contextos mais diversos compõe a história da humanidade (VELHO, 1997; SOUZA, 2007; VARGAS, 2008). Há cerca de um século, praticamente nenhuma droga, de uso medicamentoso ou não, era objeto de controle, quanto mais sujeita à criminalização. Essa divisão moral entre drogas de uso ilícito e drogas de uso livre, tolerado ou controlado é um fato recente.

Em um importante livro intitulado *Drogas e Cultura: novas perspectivas*, Vargas (2008) faz uma importante análise genealógica sobre essa temática, destacando que as drogas não dizem respeito apenas àquelas substâncias que produzem algum tipo de alteração psíquica ou corporal, cujo uso é objeto de controle ou de repressão por parte do Estado, mas, também, alguns alimentos, como o açúcar, o café, o chá e o chocolate, e também aquilo que nomeamos de medicamentos, remédios ou fármacos.

A conjuntura social, política e econômica apresenta aspectos distintos em relação às drogas: a tolerância e o incentivo para substâncias como o álcool, tabaco e medicamentos, consideradas legalmente como lícitas; o delito e a punição para o uso e/ou abuso de substâncias como maconha, cocaína e *crack*, determinadas legalmente como ilícitas ou ilegais (OLIVEIRA et. Al., 2006).

Vargas (2008) descreve o uso de drogas terapêuticas como uma prática que sofreu modificações significativas ao longo do tempo. Até o século XIX, a produção de substâncias de uso terapêutico envolvia o emprego de plantas inteiras, frescas ou secas, produtos caracterizados pela mistura de variedades

de substâncias. Porém esse uso terapêutico começa a sofrer questionamentos durante o Renascimento, quando os chamados alquimistas começaram a investir na introdução da química nas práticas médicas. Contudo, apenas no século XIX um novo tipo de terapia através de drogas instaura-se. “Essa nova era foi aberta pela introdução, nas práticas médicas, de substâncias “puras” de origem mineral (como o iodo), vegetal (como a morfina) ou animal (como a insulina), produzidas pelo campo do saber da química” (VARGAS, 2008, p. 54). Essa lista de novas substâncias químicas introduzidas ao longo do século XIX transforma o modo de intervenção médica.

A produção de drogas medicamentosas aumentou exponencialmente durante o século XX, principalmente a partir da década de 1940, na chamada “invasão farmacêutica” (VARGAS, 2008). Mais amplamente, na invasão farmacêutica, houve uma introdução de uma variedade de fármacos tidos como puros e eficazes nos processos terapêuticos, isso foi decisivo para fundamentar materialmente um processo de medicalização geral dos corpos e da vida.

No que tange à legalidade de algumas substâncias, como os fármacos, e a criminalização de outras, é possível observar que existe uma uniformidade nas políticas oficiais dos mais diversos países, sobretudo ocidentais, a qual está relacionada com a paulatina imposição de um “controle internacional compulsório cooperativo” em torno das drogas (SCHEERER, 1993, p. 170, 188). Embora existam exceções a essa regra, em geral essas políticas são marcadas pela distinção entre drogas e fármacos e pela repressão a todas as formas de uso não médico de praticamente todas as drogas rotuladas como psicoativas, com exceção do álcool etílico e do tabaco (ESCOHOTADO, 1994).

Declarada a Guerra às Drogas, políticas repressivas instauram-se pela lógica da criminalização da produção, do tráfico e do uso de drogas com propósitos não terapêuticos e pela crescente ampliação de substâncias consideradas drogas de uso ilícito, como já discutido em tópicos anteriores. Porém, é importante destacar que foram os saberes médicos e farmacológicos que fundamentaram cientificamente tais políticas de repressão. Daí que, em todos esses casos, essas políticas hegemônicas em torno das drogas consideradas ilícitas tiveram, nominalmente, um duplo fundamento: médico e jurídico (VARGAS, 2008; BOITEUX, 2009).

Desta forma, é extremamente importante a desnaturalização desta distinção entre substâncias ilícitas e fármacos, ou remédios ou medicamentos, já que também são, todos eles, drogas. O autor ainda destaca a necessidade de:

Reconhecer que, embora as políticas oficiais sejam marcadas pela repressão ou, mesmo, pela guerra às drogas, no sentido restrito do termo, as relações que a maioria das sociedades contemporâneas (especialmente as ocidentais) mantêm com relação às drogas (no sentido amplo do termo) estão longe da univocidade, seja porque as políticas de repressão são, freqüentemente, ambíguas, seja porque, mais fundamentalmente, jamais o consumo de drogas (no sentido amplo do termo) foi tão difundido ou, mais precisamente, foi tão incitado quanto no último século (VARGAS, 2008 p.55).

Perlongher (1987, p. 3), destaca que essas relações que criamos com as drogas configuram uma espécie de “dispositivo das drogas”, num sentido próximo ao que Foucault (1982) em *A história da Sexualidade* define para o “dispositivo da sexualidade”. O problema de repressão e de incitação à droga, assim como no sexo, não existiu desde sempre, sendo uma invenção social recente. Mais do que se apropriar do consumo de drogas enquanto uma experiência, o que as sociedades contemporâneas parecem ter feito foi inventar o próprio fenômeno das drogas, isso é um efeito paradoxal, pois é reprimido ao mesmo tempo que é incitado:

Certos consumos não medicamentosos de drogas se configuram não apenas como modalidades dissidentes ou excessivas com relação aos cuidados que os saberes e as práticas biomédicas recomendam que se deva tomar com a vida, mas também como efeitos perversos do próprio dispositivo das drogas: afinal, a maior parte das drogas cujo consumo é, atualmente, total ou parcialmente, considerado ilícito – como a morfina, a heroína, a cocaína, o éter, o clorofórmio, o ácido lisérgico, os barbitúricos e as anfetaminas – foi produzida, isolada e/ou sintetizada, em laboratórios químicos tendo em vista demandas biomédicas (PERLONGHER, 1987, p. 3).

Há uma demonização da substância droga, as substâncias acabam sendo fetichizadas como responsáveis pelas mazelas humanas, o que precariza a experiência do uso de drogas que, além disso é usada como justificativa para uma Guerra com números absurdos de mortos. Só que essa guerra na verdade não é direcionada a substância, mas a certos corpos. Como destaca Pinto (2017):

Naquelas imagens consideradas mais destruídas no campo das drogas, como os usuários de crack moradores de rua nas grandes cidades. Somos modulados a imaginar que essas pessoas vivem sem nenhuma arregimentação social, como bichos carnívoros prontos para se devorarem, literal e figurativamente. Não são poucas as pesquisas que subvertem essa perspectiva mostrando regulações sociais, movimentos de filiação social, conexões entre esses grupos de pessoas, como qualquer outro grupo de pessoas. O único mediador nesse caso que efetivamente precariza essas relações e as fazem chegar ao limite da incapacidade de mediação discursiva é o status de Guerra (p.152).

Essa definição simplória, reducionista e preconceituosa das drogas como um mal a ser combatido, na verdade é uma justificativa para caçar e matar grupos minoritários e controlar as classes trabalhadoras (PINTO, 2017). Por isso, é necessária uma desconstrução principalmente no que tange a suposta neutralidade dos saberes médicos e farmacêuticos, em seus estatutos científicos, considerando que não há ciência que não seja ideológica, e é nesses discursos, saberes e produções científicas onde se naturalizam o usuário de droga como alguém potencialmente agressivo, promíscuo, descontrolado e sempre na iminência de se torna um perigo para si mesmo e para os “cidadãos de bem”

O proibicionismo é um paradigma político globalmente hegemônico que incide sobre a questão das drogas. Nesta lógica, o Estado deve, por meio de leis próprias, proibir certas substâncias, reprimindo seu consumo e comercialização. As motivações, as estratégias e os desdobramentos desse paradigma são constituídos por dois eixos centrais: a medicalização e a criminalização, ambos associados a questões morais profundamente arraigadas nas sociedades que o adotaram (ESCOHOTADO, 1997).

Quando pensamos no pedido jurídico para o tratamento de dependência química para João e Ingrid estamos considerando na verdade um pedido de medicalização do uso de drogas. Podemos considerar, segundo Fiore (2012), que nas últimas décadas houve uma impressionante proliferação de entidades nosológicas psiquiátricas, acompanhadas/precedidas da invenção de medicamentos psicotrópicos capazes de uma suposta cura ou ao menos de controle dos sintomas relacionados ao uso de drogas. Especificamente em relação a estes, cristalizou-se a noção da dependência química como doença, estabeleceu-se a abstinência como meta do tratamento e definiu-se como papel das ciências da saúde, nesta área, a busca do controle sobre a adicção. Esse

ideal de patologizar e, conseqüentemente, medicalizar o uso de drogas produz intervenções terapêuticas que são frequentemente definidas com pouca ou nenhuma participação dos sujeitos que possam fazer um uso nocivo de drogas.

Os Estados Unidos da América foram os principais impulsionadores das práticas de criminalização das drogas, por meio das legislações internacionais e da criação de leis nacionais de cunho proibicionista (KARAN, 2007). As motivações para a criminalização das substâncias a partir de então denominadas drogas são múltiplas e complexas, envolvem fatores como uma radicalização política do puritanismo norte-americano, o interesse indústria médico-farmacêutica, que estava em período de expansão, a proteção das elites urbanas, que se incomodavam com a desordem urbana, entre outros (FIORE, 2012, p.9).

A guerra às drogas começa a ser desenhada como uma postura governamental dirigida à exteriorização do problema da produção de psicoativos e à repressão de consumidores e organizações narcotraficantes. Para Rodrigues (2003), instrumentalizou-se a proibição das drogas “como artifício de política externa e recurso para a governamentalização - disciplinarização, vigilância e confinamento - de grupos sociais ameaçadores à ordem interna como negros, hispânicos e jovens pacifistas” (p. 259).

A associação entre drogas e grupos específicos e dissonantes era prática comum nos EUA. As associações puritanas que clamavam, ainda no século XIX, pela proibição do álcool e do ópio, traçavam uma linha direta entre essas substâncias e os imigrantes. Como por exemplo, os mexicanos eram vistos como consumidores de maconha e os negros, como perigosos usuários de cocaína (RODRIGUES, 2003). Já no Brasil, as teorias racistas e eugênicas atrelam o uso da maconha com um comportamento “natural” dos negros escravizados, com características de ignorância e criminalidade, e por isso um perigo a sociedade (SILVA, 2014).

Tomando como exemplo as leis “antidrogas” dos EUA, no Brasil, o marco legal que inaugura a política de “guerra às drogas” foi a Convenção Única sobre Entorpecentes da ONU, em 1961, promulgada pelo governo brasileiro em 1964, já sob a ditadura militar e a doutrina da segurança nacional (RODRIGUES, 2008).

No cenário nacional, vivemos na década de 80, o fracasso do, então, “milagre econômico”, o alto índice da inflação, a explosão demográfica nos grandes centros urbanos, aumentando os cinturões de pobreza nas periferias e favelas. A falência do modelo econômico nacional e o desemprego conjuntural obrigaram muitas pessoas a se sustentarem através de diferentes atividades informais. Podemos agregar a este processo econômico o sucateamento da educação pública e o aumento da violência urbana. É dentro deste contexto nacional que, a partir da década de 90, o tráfico ilícito, sobretudo, de cocaína ganha projeção tanto no mercado nacional, quanto no mercado internacional (BATISTA, 2001).

As favelas e periferias urbanas passam a ocupar um lugar estratégico para o forte mercado de drogas, que encontrou neste cenário de degradação social as condições propícias para o seu fortalecimento, recrutando jovens pobres, como João, para o tráfico. As disputas por pontos de venda de drogas entre facções inimigas e o enfrentamento direto com a polícia agregaram ao mercado de drogas, o mercado de armas, dando início a uma verdadeira guerra civil que se encontra inserida num ciclo global de guerras (BOITEUX, 2014; LIOTO, 2018).

Essas disputas por pontos de venda divide a cidade aqui apresentada em duas facções. Essas questões são importantes já que demarcavam os espaços que os usuários do CAPSi podiam circular na cidade, inclusive esta era e ainda é a razão para que muitos não possam comparecer ao serviço. No grupo, muitas vezes esse assunto territorial era trazido como pauta, estar no território de uma facção te faz pertencente a ela, estando envolvido com as atividades do tráfico ou não, desde modo, a cidade segue dividida. Conversar sobre isso é central para aqueles que trabalham com o cuidado no território, saber dessas limitações de circulação e leva-las em consideração na elaboração das estratégias de cuidado é uma forma de pensar um projeto terapêutico singular com o usuário.

A aposta na guerra como forma de manter a ordem social acaba por fazer dela um estado contínuo ao invés de um estado de exceção. “Em outras palavras, não é possível vencer uma guerra dessas, ou, por outra, ela deve ser vencida diariamente. Assim, é que se tornou impossível distinguir a guerra da atividade policial.” (NEGRI e HARDT, 2005, p. 36).

A instabilidade do conceito de drogas confere a esta guerra uma estratégia difusa do ponto de vista da produção do medo generalizado e, ao mesmo tempo, concentrada, do ponto de vista do controle social. Ao associar as drogas, sobretudo as ilícitas, à figura de algo maligno, a guerra às drogas solapou toda uma tradição moderna que buscou excluir aspectos morais e religiosos do campo das guerras. “Apresentar o inimigo como a encarnação do mal serve para torná-lo absoluto, assim como a guerra contra ele, tirando-o da esfera política – o mal é o inimigo de toda a humanidade” (NEGRI e HARDT, 2005, p. 37). A abstração desses conceitos leva a um paradoxo: por um lado, toda humanidade possa unir-se contra o inimigo e, por outro, qualquer um pode ser um inimigo da humanidade.

O conceito de drogas ganha um sentido estratégico, como será desenvolvido posteriormente, uma vez que os critérios que os definem não seguem nenhuma coerência, são contraditórios entre si e tornam-se 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. A guerra às drogas se tornou, ao mesmo tempo, um exercício do controle social e um recurso para a ampliação da economia neoliberal, a partir do exercício do poder e da violência (SOUZA, 2013).

Entretanto, ao focalizar a produção material do tráfico de drogas, a guerra às drogas permite um controle social das camadas pobres e encobre a lógica de consumo que movimenta o mercado mundial de drogas lícitas e ilícitas. 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, este arranjo vem garantindo um exercício de combate às próprias forças democráticas emergentes, às forças da “multidão”. (NEGRI; HARDT, 2005). Não estamos falando de guerra às drogas, e sim de uma repressão generalizada à própria democracia, um *Estado de Guerra* (NEGRI; HARDT, 2005) que se apoia ora sobre o eixo drogas.

Esses eixos estão dentro da própria política do proibicionismo: a medicalização e criminalização do uso de drogas agem como dispositivos de

biopolítica. Ademais, para além da gestão da vida, o proibicionismo é também um dispositivo necropolítico que proporciona uma distribuição racional da morte, através de aparatos em torno da figura do inimigo social e que garante a impunidade daqueles que gerem estas práticas em nome de uma suposta defesa da sociedade.

Por meio da incidência dos aspectos biológicos no campo político, a vida humana torna-se objeto de saber e de poder, um poder que não se exerce apenas sobre sujeitos de direito, que tem como limite a morte, mas sobre a vida e sua preservação. Essa forma de controle e intervenção sobre a população é denominada biopoder e se configura por meio da disciplina encarnada nas instituições como escolas, hospitais, fábricas e neste caso, também o CAPSi, que faz uso de técnicas de coerção exercendo um controle do tempo, do espaço e do movimento dos indivíduos resultando na disciplinarização¹⁰ dos corpos. Outra forma de caracterizar o biopoder é a biopolítica, que não incide diretamente sobre o corpo do indivíduo, mas sobre a população como espécie humana. Trata-se da base no manejo de processos biológicos, na proliferação, nos nascimentos, na mortalidade e também na saúde (FOUCAULT, 1987; PELBART, 2003).

Esses são mecanismos que tratam de uma regulamentação da vida, fazem viver determinadas vidas e deixam morrer outras. Os saberes e os fazeres direcionam como cada um deve viver e, com isso, também se faz um controle dos acontecimentos populacionais aleatórios. É sobre a vida que são direcionadas as estratégias do Estado, a fim de maximizar a força produtiva da população (FOUCAULT, 1987).

A gestão biopolítica é realizada através de práticas de exclusão, tais como a vigilância, a patologização e medicalização da sexualidade, da loucura e da delinquência, do uso de drogas, entre outros. Esse poder regulamenta a vida consiste “em fazer viver e em deixar morrer” (FOUCAULT, 2005a p. 207).

Ao seguir as reflexões sobre biopoder-biopolítica, Foucault (2014) deixa explícito como a questão racial foi preponderante, principalmente na

¹⁰ Foucault (1987) vai falar desse processo de disciplinarização como aquele que torna o corpo “tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos” (Idem, p. 164).

classificação e no controle das raças ditas degeneradas, como bem mostrou as práticas eugênicas no final do século XIX, início do século XX.

racismo se forma nesse ponto (racismo em sua forma moderna, estatal e biologizante): toda uma política do povoamento, da família, do casamento, da educação, da hierarquização social, da propriedade e uma longa série de intervenções permanentes no nível do corpo, das condutas, da saúde, da vida cotidiana, receberão então cor e justificação em função da preocupação mística de proteger a pureza do sangue e fazer triunfar a raça(p. 162).

É neste contexto que se insere o que o autor chama de Racismo de Estado como dispositivo de poder, tendo em vista que é uma combinação que sustenta as máquinas modernas capitalísticas. O racismo de estado, segundo Foucault (2005), muda o funcionamento das práticas raciais, ou seja, a partir da consolidação na maquinaria biopoder-biopolítica, o racismo passa a ser um mecanismo fundamental dos poderes, fazendo um corte entre o que deve viver e o que deve morrer:

A morte do outro não é simplesmente a minha vida, na medida em que seria minha segurança pessoal; a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), é o que vai deixar a vida em geral mais sadia; mais sadia e mais pura (FOUCAULT, 2005 p.305).

Considerar que o racismo é instituído em nossa sociedade é não perder de vista os processos históricos de morte e exploração a que foram submetidos os povos negros, nas terras brasileiras.

Buck Moss (2017) faz um estudo sobre o significado político do mundo contemporâneo. Nisso, ela se dedica a pensar a obra de Hegel, mostrando uma concepção muito diferente das lidas até então e nos convoca a pensar que a história que nos é contada sobre o povo negro também é uma história racista, contada pelo olhar europeu colonizador. Uma história que, muitas vezes, coloca os povos negros como submissos, e facilmente domináveis.

A autora ainda explicita relação entre a reflexão histórica e o engajamento político com o presente. De uma leitura moralizante do passado, perdendo assim a oportunidade de incorporar ao debate político para o qual pretendem contribuir, a complexidade e a ambiguidade necessárias para compreender nosso próprio

presente. Para isso devemos dar o lugar devido à escravidão e à luta pela liberdade, não deveria levar a uma simples inversão de papéis, que atribuam desta vez a negatividade à Europa e colocando seus “outros” no polo positivo. (MOSS, 2017).

O caso da Revolução Haitiana é um fato que demonstra que os escravos na colônia francesa estão simplesmente estendendo a função da Revolução Francesa. O que se experimenta ali é a vitória da liberdade contra a escravidão:

No século XVII, a escravidão havia se tornado a metáfora de base da filosofia política ocidental, conotando tudo o que havia de mau nas relações de poder. A liberdade, seu conceito antítese, era considerada pelos pensadores iluministas como o valor político supremo e universal. Mas, essa metáfora política começou a deitar raízes no exato momento em que a prática econômica da escravidão – a sistemática e altamente sofisticada escravização capitalista de não europeus como mão de obra nas colônias – se expandia quantitativamente e se intensificava qualitativamente, a ponto de, em meados do século XVIII, ter chegado a lastrear o sistema econômico do ocidente como um todo, facilitando, de maneira paradoxal, a expansão ao redor do mundo dos próprios ideais do Iluminismo, que tão frontalmente se contradiziam” (MORSS, 2017. p. 33).

O trabalho dessa autora fornece subsídios para enxergar quão racistas são os discursos civilizatórios, de busca de liberdade, que não encontram reflexo no real, nem nas experiências de colonização europeias, nem nas políticas de Estado que seguiram essa mesma lógica. Assim entendemos a necessidade de traçar estas análises a partir de outras histórias. Histórias de resistência e não de submissão.

A própria escravidão “puede considerarse como una de las primeras manifestaciones de la experimentación biopolítica” (MBEMBE, 2011, p. 31), pautada no racismo de Estado. O poder, que antes se ocupava da regulamentação da vida, passa a gerir a morte. É a política que não é mais apenas de vida, ela permite a morte de certos corpos, e por isso, é chamada de necropolítica.

E essa necropolítica de governo da vida ainda está presente no século XXI. Ela permite as execuções a céu aberto, como o episódio do governador do Rio de Janeiro em 2019, sobrevoando de helicóptero as comunidades de Angra dos Reis, ele mesmo disparando rajadas de metralhadora. Essas são práticas coloniais atualizadas de formas diferentes, trata-se de uma lógica, uma forma construída de pensamento colonial.

Não é difícil entender que a guerra às drogas é uma estratégia necropolítica, práticas de extermínio de um inimigo, que tem classe e cor específicas. É uma tentativa de arquitetar programas destinados à manutenção da ordem e do progresso, configurada na imposição de regras mais duras a todos aqueles que se enquadrarem no perfil supostamente perigoso: pobres e negros (JÚNIOR, 2016). Assim como não é difícil entender porque os corpos de Ingrid e João foram medicalizados pelo uso de drogas que faziam.

Para uma maior eficácia nesse sentido, as ações não se limitam àqueles que quebram, de acordo com os critérios dos governantes, o contrato social, elas se voltam também para os que poderiam causar problemas, agindo com uma lógica baseada unicamente em preceitos morais, de caráter preventivo para assegurar o futuro da nação. Crianças “desobedientes”, jovens “violentos”, “menores abandonados”, usuários de drogas, passam a ser os atores preferidos para receber esse tratamento, encarnando os maiores medos dos “cidadãos de bem” (RIZZINI, PILLOTTI, 1995; RIZZINI, 1997; BOCCO, 2006).

Ao afirmar que o proibicionismo é racista o primeiro ponto para seguir nossas análises e percursos, reconhecendo assim particularidades da formação social brasileira para entender que os efeitos desta política de proibição incidem nos corpos de formas diversas.

Ingrid e João não se limitam a *um casal de drogados*. É para desmontar a imagem de casal infame que nos colocamos aqui, pois se eles eram um casal, é certo que não são só isso, se fazem uso de drogas, esta condição não pode definir sua existência. Que outras forças vigoram nestes corpos? Que outras complexidades e intensidades podem ser destacadas quando pensamos em João? E quando Pensamos em Ingrid?

4.2 Negra, Jovem, Mulher, Mãe e usuária de drogas

Era visível a indignação dos profissionais de toda a rede quando o caso de Ingrid era discutido: ela estava grávida e deveria colocar o filho como prioridade, mas “só queria saber de rua e de drogas” diziam. O filho do casal nasceu, no dia 18 de maio, dia da luta antimanicomial! Diziam que os familiares de João estavam felizes e empolgados, compram berço, roupinhas. Ingrid por sua vez nem tanto

- uma profissional do abrigo afirmou que ela não possuía “instinto materno”, pois só pensava em usar drogas, não conseguia parar de usar tabaco e maconha, mesmo sendo alertada que isso faria mal ao filho. Tempos depois chega o veredito final, fomos informados que a decisão judicial era que o casal não ficaria com a criança, que foi levada para outro abrigo.

Ingrid teve sua maternidade negada! Recordo-me das divergências nas opiniões dos colegas de trabalho e das pessoas com quem conversava sobre o assunto, alguns afirmavam que isso era garantir o direito da criança, outros tinham opinião oposta.

A situação ocorrida com Ingrid infelizmente não é um caso isolado, temos acompanhado reportagens e publicações acadêmicas que tratam sobre a retirada compulsória de bebês das mães que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e que se encontram em situação de vulnerabilidade.

Luciana Lopes (2018), em sua pesquisa de doutorado se lança a discutir a maternidade em usuárias de crack, narrando histórias de mulheres, outras Ingrids, negras, pobres e usuárias de drogas que tem seus filhos abrigados em nome de uma suposta proteção da criança. Ela destaca o caso de uma mulher capixaba que era usuária de crack, e que por isso, somado a situação de rua e vulnerabilidade em que viva teve seu primeiro filho acolhido, e depois, novamente grávida, também teve de acolher a criança. Foi internada compulsoriamente em uma comunidade terapêutica e após sua saída estava novamente grávida. E recentemente ao ter seu filho, recebeu a notícia de que o Conselho Tutelar havia sido acionado pela equipe e que, possivelmente seu filho seria também acolhido.

Essas mulheres infames, seguem sendo visibilizadas pela maternidade, sem o direito de exercê-la como afirmam os especialistas do direito, da saúde, da assistência. “Permanecem por aí, na luta, com seus corpos incômodos e abjetos para a sociedade, e se sublevam, nadando contra a maré da ordem que tenta a todo o momento submergi-las” (LOPES, 2018, p. 144).

A complexidade da temática nos convoca a refletir sobre as concepções de cuidado que perpassam as políticas públicas, em especial a saúde, a saúde mental e a assistência social, bem como a maneira como essa categoria analítica vem sendo tratada pelo Serviço Social brasileiro, e o judiciário. Radicalizar a problematização deste cuidado exige que se considere como premissa que estas

práticas estão assentadas no racismo, no patriarcado e na desigualdade de classe (PASSOS, 2018).

É preciso compreender que o mito do amor materno¹¹ não pode ser incorporado por todas as mulheres, já que nem todas podem praticar a maternidade, mesmo que haja uma imposição para que todas as mulheres experimentem e vivenciem essa função social. Há um processo perverso de subalternização e vulnerabilidade que marcaram as raízes colonialistas da nossa sociedade, que atravessa a vida das mulheres negras. Essa retirada da maternidade é um exemplo disso. Esta é uma violência histórica que ocorre desde a escravização: “desde o regime escravista ocorre o sequestro das crianças de mulheres negras, os estupros, a prostituição, a reprodução involuntária para manutenção da força de trabalho escravizada (PASSOS, 2020, p. 119).

Ao relacionarmos situações como essas vivenciadas pelas Ingrid(s) brasileiras (mulheres negras, pobres e usuárias de drogas) *que tiveram sua maternidade negada*, com conversas com autoras que contribuem com a análise teórica com situações vivenciadas por mulheres e publicizadas por meio de textos, objetivamos trabalhar por meio da interseccionalidade, postura a qual nos debruçaremos a dialogar a seguir, que não se descola da realidade e que se preocupa com o cotidiano das relações sociais a partir do imbricamento entre gênero, raça e classe.

*Em uma tarde, a avó de João estava comigo e uma técnica de atenção psicossocial, dizendo do desejo de estar com bisneto, e que havia sido proibido a ela e outros familiares do mesmo modo que a João e Ingrid, pudessem visitar o bebe no abrigo. As avaliações feitas diziam que uma adolescente com 16 anos, **dependente química**, moradora de rua condições de ser mãe, não poderia cuidar do filho, do mesmo modo que João, a avó sentia-se culpabilizada, disseram-na que se ela não soube cuidar de João, não saberia cuidar do bebê.*

A avaliação de dependência química era automaticamente dada pelo fato de Ingrid ter feito uso de maconha e tabaco durante a gestação. Sempre me

¹¹ Badinter (2011), através de um estudo histórico demonstra o esquema de pensamento que forjou o ideal de que a mulher se realiza ao ser mãe. A autora questiona o que chama de “ideologia maternalista” e o desejo feminino de “ser mãe”, mostrando que, há muito, as mulheres estão submersas em um mito.

perguntei como essa avaliação teria sido feita e por quem. Juiz, psiquiatra, equipe técnica do CAPSi? Será que Ingrid esteve presente nesta avaliação, será que ela sabia o que significava ser dependente química.

A temática que abarca mulheres que são usuárias de drogas é pouco estudada no Brasil. Já que durante muito tempo, o uso e abuso de drogas era considerado um problema do mundo masculino, conseqüentemente, o planejamento e a implantação de intervenções para pessoas usuárias de drogas estão baseadas majoritariamente em necessidades masculinas, com pouca consideração para quaisquer diferenças de gênero (BRASILIANO, 2003; OLIVEIRA et al, 2006).

Em um trabalho de revisão de literatura, Guimarães et. al. (2009) ressaltam que existem ainda menos pesquisas sobre jovens que fazem uso de drogas e, muito menos ainda, de jovens mulheres nessas mesmas circunstâncias.

Mesmo sabendo que o uso de drogas é uma prática heterogênea, que engloba crianças, jovens, adultos e idosos que podem abarcar qualquer gênero e sexualidade, ainda há uma tendência à homogeneização, como se todos os usuários pertencessem a uma mesma categoria social e deveriam ser vistos a partir de um mesmo enfoque. Oliveira et. al. (2006) destacam em um importante estudo que mulheres com problemas de uso de drogas têm apresentado situações e necessidades específicas, que nem sempre são reconhecidas e satisfeitas pelos serviços destinados à assistência de pessoas usuárias de drogas. Estas situações e necessidades, segundo pesquisa realizada pelos autores, de um modo geral, estão associadas com: gravidez; responsabilidades nos cuidados com crianças; trabalho com sexo, dentre outros.

Embora ainda sejam poucos os estudos neste contexto, pesquisas de âmbito internacional realizadas na década passada, já apontavam essa problemática como um grande desafio, apontando que as mulheres enfrentam barreiras de ordem estrutural; sistêmica, social, cultural e pessoal na busca e permanência de tratamento para o uso problemático de drogas (HOCHGRAF, 1995; SÉVERINE, 2004).

Esses estudos ainda descrevem que essas barreiras sistêmicas refletem a falta de compreensão das diferenças de gênero por meio das equipes de saúde. Além da precariedade de políticas públicas que proponham ações

efetivas baseadas nas necessidades específicas das mulheres. Ainda destacam a existência de barreiras estruturais, que dizem respeito às práticas e políticas adotadas pelos programas e serviços de assistência à saúde e estão relacionadas com as abordagens utilizadas, localização do serviço e custos para acessá-lo, rigidez na programação e nos critérios de admissão (HOCHGRAF, 1995; SÉVERINE, 2004).

Entendemos que no Brasil a situação em relação aos desafios que as mulheres usuárias de drogas enfrentam não é muito diferente. Deste modo, é necessário compreender que as diversas formas de uso de drogas e os significados atribuídos a esse uso diferem de indivíduo para indivíduo e de grupo para grupo, dentro de um mesmo grupo social e, sobretudo, de grupos contrastantes (ESPINHEIRA, 2004). A heterogeneidade social e cultural dos usuários de drogas é consenso na literatura, porém, ainda há uma “tendência à homogeneização, como se todos os usuários pertencessem a uma mesma categoria social e devessem ser vistos a partir de um mesmo enfoque” (ESPINHEIRA, 2004, p.11; OLIVEIRA, 2008).

Segui, motivada a entender o que a pesquisas têm a dizer sobre o uso de drogas feito por mulheres, para isso, realizei uma revisão de literatura acerca da temática. Diante disso, penso que seja necessário destacar aqui alguns estudos com perspectivas diversas sobre mulheres que usam drogas.

Algumas pesquisas que se apresentam enquanto científicas, defendendo uma neutralidade chamaram a atenção por seu posicionamento moralista acerca desta questão. Estes trabalhos se dedicam a formular teorias de causa e efeitos sobre uso de drogas no que eles chamam de “adolescência”, nos quais se buscam culpados ou fatores de risco para meninas que teriam uma maior tendência a entrar no “mundo das drogas”.

O artigo produzido por Schenker e Minayo (2004), por exemplo, destaca que a família tem um papel tanto de coautora no surgimento do abuso de drogas na adolescência, quanto de instituição protetora para a saúde dos adolescentes. Ainda destacam que:

Geralmente os adictos e os usuários abusivos não mantêm uma família ou nunca formaram uma e têm dificuldade em sustentar as estruturas familiares funcionando. Isso se deve a sua grande dificuldade na regulação das relações e dos afetos. Os especialistas costumam dizer

que os adictos substituíram o relacionar-se com pessoas por um relacionar-se com a substância de abuso (p. 651).

Ainda neste mesmo artigo, as autoras apresentam tratamentos comportamentais e cognitivos que prometem cura para essas questões, como é o exemplo da “Terapia de Rede” (Network Therapy – NT):

É necessário buscar relações de cura nos grupos mais próximos que formam, para a NT, o grupo atuante como substrato para a mudança terapêutica. Através do tratamento, essa rede provê coesão e suporte ao adicto, diminui a possibilidade de ocorrência do mecanismo de negação, e promove a concordância com o tratamento (p. 651).

Em outro artigo com lógica similar, Guimarães et. al (2009) destacam que a dependência de drogas é uma forma de lidar com os problemas dessa fase da vida, principalmente “se o adolescente não possui uma estrutura familiar na qual se sente apoiado, acolhido e bem orientado” (p.73). No mesmo texto elas destacam que as famílias de meninas usuárias de drogas parecem ser mais disfuncionais não só na sua dinâmica como um todo, mas nas suas peculiaridades no que diz respeito à interação entre pais e filhos e entre irmãs.

Não há aqui a intenção de desqualificar trabalhos científicos, ou deslegitimar as pesquisas apresentadas. Mas é importante afirmar que esses estudos desconsideraram pontos que são primordiais para a compreensão de uma questão complexa que é produzida e também produtora de vários atravessamentos.

Ao abordar, por exemplo, a família como coautora do uso de drogas, ou dizer que meninas de famílias “desestruturadas” têm maior tendência a fazerem uso de drogas colocando meninas de famílias pobres como prováveis usuárias de drogas. Além disso, há o perigo de se cair em uma culpabilização de certas famílias, principalmente de classes sociais com menor poder aquisitivo que não conseguem se enquadrar nesse padrão familiar “estruturado” ou dito saudável. Semelhante ao que foi feito com a avó de João, que foi acusada de não ter o educado e por isso o mesmo faria uso de drogas, e estaria envolvido com atividades ilícitas.

Esses estudos ainda destacam a dependência química como uma doença, sem apresentar os critérios de avaliação para tal diagnóstico. Além

disso, consideram o uso de drogas como algo problemático em si mesmo, apontando que é uma fuga de problemas, desconsiderando outras formas de uso como o uso recreativo, terapêutico ou sagrado (SOUZA, 2013). Ao desconhecer tais singularidades e ignorar os diversos contextos culturais, acaba-se por tratar de modo estanque e indiferenciado as distintas apreensões culturais e torna-se incapaz de distinguir as implicações dos diversos usos.

Esses discursos científicos produzem modos de compreender mulheres usuárias de drogas necessariamente como doentes, problemáticas, e assim passíveis de uma intervenção que tenha por objetivo a cura para tal questão, como foi feito com Ingrid. E essa suposta cura pode ocorrer através de uma psicoterapia comportamental, como descrita acima, ou até mesmo por internações em manicômios, comunidades terapêuticas, ou em outros estabelecimentos que fazem essa falsa promessa curativista.

Deste modo, esses discursos amolam as facas que cortam o corpo de Ingrid e de tantas outras mulheres, ao mesmo tempo que autorizam práticas fascistas que dizem que é preciso salvar as crianças dessas famílias degeneradas, principalmente dessas mães que não possuem um suposto instinto natural para tal tarefa.

Os amoladores de faca, segundo Luiz Antônio Baptista (1999)

São agentes sem rostos que preparam o solo para esses sinistros atos. Sem cara ou personalidade, podem ser encontrados em discursos, textos, falas, modos de viver, modos de pensar que circulam entre famílias, jornalistas, prefeitos, artistas, padres, psicanalistas, etc. Destituídos de aparente crueldade, tais atos amolam a faca e enfraquecem a vítima a pobre coitado, cúmplice do ato, fraco e estranho a nós (p. 46).

O autor destaca ainda que os amoladores também são invisíveis no dia-a-dia, eles circulam, difusos no meio de nós, dentro e fora da mídia, em debates, em falas aparentemente individuais e neutras, inclusive em trabalhos científicos. Os amoladores de faca não possuem corpos físicos, estão no campo dos discursos. Os discursos científicos podem amolar facas, agindo como aqueles retiram da vida o sentido de experimentação e de criação coletiva, o caráter da luta política e o da afirmação de modo singulares de existir (BAPTISTA, 1999).

Esses discursos ditos científicos atuam preparando a seringa que perfura corpos, pautam-se muitas vezes em preceitos morais, racistas e classistas agem

amolando a faca que cortam o corpo das Ingrid(s) por esse país a fora, mulheres negras acaba sofrendo intervenções médico-jurídicas, para que se adequem às normas.

Frente aos entraves causados pelo uso de drogas de mulheres e as divisões dentro do campo social, inclusive dentro das políticas públicas que essa temática produz, torna-se necessário estudos mais críticos, que considerem a realidade patriarcal, classista e racista que estruturam nossa sociedade.

Assim, considerando mulheres que fazem uso problemático de drogas como um grupo que demanda um olhar diferenciado, ainda precisamos delimitar que essas mulheres não constituem de forma alguma um grupo hegemônico (OLIVEIRA, 2008). Elas se diferem principalmente quando consideramos as questões raciais e classes sociais. Como no caso de Ingrid, mulher negra e moradora de rua, que ao fazer uso de maconha e tabaco era considerada uma dependente química por grande parte dos trabalhadores da saúde e principalmente para os juristas. Diferente dos universitários que fazem uso das mesmas substâncias, mas com consequências diferentes.

O uso de drogas feito por Ingrid, assim como o de muitas mulheres negras e pobres foi criminalizado, patologizado, interditado e medicalizado. Com isso, fica explícito que o uso de drogas se insere em um contexto social maior, no qual as questões de gênero, raça e classe desempenham um papel altamente relevante para o entendimento e enfrentamento desta problemática.

Raquel Gouveia Passos (2018), apostando em outra forma de produzir estudos científicos, elabora um artigo vai trazer algumas histórias de mulheres para destacar a importância de se pensar a interseccionalidade nas pesquisas. A primeira história é a de Janaína Aparecida Quirino, mulher de 36 anos, pobre, negra, em situação de rua, moradora de Mococa, cidade do interior de São Paulo, que acaba sendo presa por tráfico de drogas e submetida a uma laqueadura sem seu consentimento. O Ministério Público do Estado de São Paulo, conforme a publicação do Jornal Folha de São Paulo, emitiu um pedido de “esterilização coercitiva¹²”. O caso ganha destaque após a denúncia publicada, no dia 9 de junho de 2018, na coluna da Folha de São Paulo de Oscar

¹² Esterilização coercitiva ou compulsória são políticas governamentais que tentam forçar pessoas a submeterem-se a esterilização cirúrgica.

Vilhena Vieira, professor de Direito Constitucional da Fundação Getúlio Vargas (FGVO).

Outra história trazida pela autora acontece em Minas Gerais, conforme matéria publicada pelo Conselho Regional de Serviço Social 6ª Região (2017), podemos identificar a retirada compulsória dos bebês das mães que possuem uma trajetória de situação de rua e uso de drogas logo após o parto. O Ministério Público emitiu em 2014 duas recomendações e a Vara Cível da Infância e Juventude da Comarca de Belo Horizonte uma portaria que determina o encaminhamento imediato desses bebês para o acolhimento institucional ou adoção, o que ocorre sem diálogo ou qualquer acolhimento a essas mulheres. Essa situação é similar ao que houve com Ingrid, no Estado do Rio de Janeiro, o que é analisador dessas práticas jurídicas pautadas em preconceitos morais que acabam se naturalizando no Brasil.

Essas histórias de vida podem contribuir para uma melhor análise das práticas, dos modos como estamos lidando com as questões que atravessam as vidas das mulheres, em especial, no que diz respeito às desigualdades de classe e as opressões de gênero e raça.

A interseccionalidade começa a ser desenvolvida com o feminismo negro, desde o início dos anos de 1990, dentro de um quadro interdisciplinar, por Kimberlé Crenshaw e outras pesquisadoras inglesas, norte-americanas, canadenses e alemãs. A interseccionalidade é vista como um instrumento de luta política, pois apresenta-se como uma das formas de combate as opressões múltiplas e imbricadas (HIRATA, 2014).

A autora francesa Silma Bilge faz uma definição sintética deste conceito:

A interseccionalidade remete a uma teoria transdisciplinar que visa apreender a complexidade das identidades e das desigualdades sociais por intermédio de um enfoque integrado. Ela refuta o enclausuramento e a hierarquização dos grandes eixos da diferenciação social que são as categorias de sexo/gênero, classe, raça, etnicidade idade, deficiência e orientação sexual. O enfoque interseccional vai além do simples reconhecimento da multiplicidade dos sistemas de opressão que opera a partir dessas categorias e postula sua interação na produção e na reprodução das desigualdades sociais (BILGE, 2009, p. 70).

A interseccionalidade aparece, assim, como uma resposta teórica central para estudos que se proponham a considerar a multiplicidade e as importantes

diferenças entre mulheres, e representa hoje uma abordagem multidisciplinar muito importante nas teorizações feministas e antirracistas que pretendem se debruçar não só sobre as múltiplas formas de dominação e subordinação de mulheres, mas também sobre as formas de luta e organizações políticas (PASSOS, PEREIRA, 2017).

Partindo de uma concepção interseccional Marxista é possível afirmar que as relações de opressão de classe, gênero e raça são instituídos na nossa sociedade e “encontram-se imbricadas entre si e que essas relações sociais estruturam e perpetuam o modo de produção capitalista” (PEREIRA, PASSOS, 2017, p.30). Nesta mesma lógica, Lima (2017) ainda acrescenta que quando as questões se referem a mulheres negras, o quadro analítico se torna mais complexo, isso nos convoca

Há necessidades de uma literatura interseccional onde a questão racial encontra-se atravessada pelas opressões de gênero, pela sexualidade, pelo geracional, pelos territórios, entre outros lugares que atravessam a multiplicidade dos modos de vidas de mulheres negras (p. 72).

Tomando essas premissas como basilares, podemos retomar o processo de patologização e conseqüente medicalização ao qual Ingrid é submetida pelo uso que faz de drogas. Essa é uma prática que Passos e Pereira (2017) destacam como sendo adotada pelo saber médico, sobre o considerado “orgânico louco das mulheres”. Segundo as autoras, foram realizadas pesquisas com médicos, que afirmam que as mulheres utilizariam de adoecimentos mentais para “fugir” de obrigações ou obter atenção. Além disso, ainda seria dever médico controlar a sexualidade das mulheres, a partir de um suposto equilíbrio hormonal, medicação psiquiátrica e conselhos sobre a vida sexual (GILBERT et al, 2006).

Não é recente o fato de associar o feminino à loucura, já que ao desviar de condutas do modelo patriarcal, mulheres eram tidas bruxas, torturadas e mortas, posteriormente histéricas e conseqüentemente medicalizadas. Essa apropriação do poder médico do corpo da mulher é um processo histórico, que se atualiza nas práticas cotidianas.

Na realidade brasileira, desde o final do século XIX, o papel das mulheres se fortalece no cenário público. A questão da maternidade, por exemplo ultrapassará o espaço doméstico e terá uma função pública, com caráter cívico. Nesse momento, as mulheres assumem uma responsabilidade com o país, pois ela teria filhos para garantir cidadãos (PASSOS, 2010).

Assim, torna-se tarefa médica estabelecer padrões de saúde física e psíquica para garantir uma prole saudável, educada de acordo com os padrões culturais burgueses. Entretanto, esse padrão, definido pela medicina para as mulheres, ao contrário da sua função pública que é gerar um filho, irá limitá-las à esfera privada, já que as mesmas estariam “à mercê de um colapso de nervos, se ultrapassassem os limites dos seus deveres de mulheres” (GARCIA, 1995, p.15 apud PASSOS, 2010).

Essa crença médica na instabilidade dos nervos femininos transforma a mulher em um ser supostamente mais vulnerável aos distúrbios mentais que o homem, e isto teve grandes consequências na política social. Esta era a grande razão alegada para tirar as mulheres dos empregos, negar-lhes direitos políticos e mantê-las sob controle masculino na família e no Estado (PASSOS, 2010).

Foi a partir disso que, segundo Passos (2010), constituiu-se socialmente a ideia de que o feminino está sujeito à instabilidade psíquica mais do que o masculino. O saber psiquiátrico investia sobre a questão da mulher, buscando o controle da sexualidade por meio da padronização e difusão do modelo familiar, reforçada pelo pensamento higienista.

Essas práticas de controle dos corpos das mulheres, por saberes médicos, psicológicos, e jurídicos são comuns no cotidiano dos serviços de saúde, entendidos e defendidos como cuidado e garantia de direitos. Esses saberes têm poder de dizer quem tem direito de cuidar do filho, quem precisa entregá-lo à justiça, quem é dependente química, louca, quem precisa ser internada.

Ingrid e João novamente fugiram dos respectivos abrigos e foram para as ruas. Dessa vez, depois de algumas semanas na rua, procuraram o CAPSi, pois, queriam morar juntos na Unidade de Acolhimento Infantil e disseram que se estivessem morando no mesmo abrigo eles não fugiriam mais. Após uma consulta com o médico do CAPSi, este decidiu que o casal deveria ser separado, já que juntos o casal só fazia uso de drogas. O médico ainda diz que os jovens

queriam fazer do serviço (UAI) um “motel”, que eles teriam relações sexuais lá dentro e que isso era absurdo. Neste mesmo dia, Ingrid e João saem do CAPSi e vão novamente para a rua.

Mandato de busca e apreensão emitido na mesma semana. Porém, João e Ingrid ficaram meses desaparecidos dos serviços, na rua. Quando foram encontrados, mesmo os dois tendo encaminhamentos da justiça respaldados pelo CAPSi, para a internação compulsória, apenas Ingrid foi internada, em uma comunidade terapêutica em São Paulo para parar de usar drogas.

João retornou para a UAI e continuou sendo acompanhado no CAPSi. Essa parte da história é nebulosa, nenhuma informação nos prontuários, os profissionais do CAPSi também não entendiam a decisão judicial. Porque só Ingrid foi cumprir a internação compulsória em São Paulo?

Essa cena coloca como analisador mais uma vez, como o gênero é um ponto central a ser levantando nas questões. Novamente o corpo de Ingrid sofre intervenções, dessa vez a exclusão do convívio social, em nome do cuidado e garantia de direitos. Isso convoca o debate acerca das violências e violações às quais são submetidas o corpo da mulher negra.

Conforme consta no Atlas da Violência de 2018 (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2018) a taxa de homicídios para cada 100 mil mulheres negras aumentou 15,4%, enquanto as não negras houve queda de 8%. Além disso, em vinte estados identificou-se que a taxa de homicídios de mulheres negras cresceu no período entre 2006 e 2016, sendo que em doze deles o aumento foi maior do que 50% (PASSOS, 2018).

Além disso, as políticas proibicionistas têm impacto direto nesses números e na vida das mulheres, principalmente no que tange ao uso de drogas. Farias (2017) destaca uma pesquisa realizada pelo ITTC (2012) - Instituto terra - que afirma que 58% das mulheres que estavam presas no período era por tráfico de drogas, e dentro deste quantitativo 68% são negras.

Usando destes números como analisador e pensando no caso de Ingrid, fica explícito como o corpo das mulheres negras é marcado por punições. Ângela Davis (2018) vai levantar questões primordiais no sentido de a punição social ser aplicada ao corpo da mulher negra com muito mais intensidade do que as realizadas a mulheres brancas por exemplo. Escancarando assim o racismo que

estrutura as instituições prisionais, nas quais mulheres são fadadas a passar por todo tipo de suplício.

As práticas punitivas excedem muros prisionais ou manicomiais, e se difundem, muitas vezes fantasiadas de cuidado e respaldados por um discurso científico no corpo de mulheres, que como Ingrid, tem seu corpo invadido, medicalizado, punido, e interditado pelo saber médico e jurídico.

O desatino da internação é uma criação institucional própria ao século XVII, onde pobres, mulheres, loucos, vagabundos, a recebem como destino (FOUCAULT, 1978). Ainda hoje a internação assume uma dimensão central no cuidado de alguns locais, principalmente no momento atual e seus retrocessos.

A 10.216/01 Lei da Reforma Psiquiátrica, que assegura os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, aponta uma mudança de paradigmas no atendimento substituindo o modelo hospitalocêntrico asilar, pela rede de atenção psicossocial (BRASIL, 2001). Este novo modelo coloca a internação como última instância, caso tenham sido esgotadas todas as possibilidades de tratamento, e deve se dar em serviços com acolhimento noturno, como Centro de Atenção Psicossocial- CAPS, e em hospitais gerais. Entretanto, ainda ocorrem as internações em hospitais psiquiátricos ou em comunidades terapêuticas.

Esta internação pode ser *voluntária*, quando tem consentimento do usuário para haver a internação; *involuntária*, quando não se tem aval do usuário, por decisão médica ou familiar; e *compulsória* que se dá por determinação judicial, em concordância ou não com o parecer dos profissionais da saúde. Esta, em especial, denota uma prática de judicialização na saúde mental, na qual o juiz tem o poder de “prender” pessoas em instituições com justificativa de tratamento.

Seguindo a premissa constitucional brasileira de que a saúde é dever do Estado e direito do cidadão, o judiciário passa a intervir em *alguns corpos* em nome do cumprimento do dever, sempre que vê necessidade de garantir direitos, mesmo que à revelia da vontade do sujeito. Esse poder está embasado no que Foucault (2010) chama de discursos de verdade.

As teorias racistas e eugênicas surgidas em todo o mundo a partir de Darwin e Lamarck e com o movimento higienista no Brasil no início do século XX, estabelecem uma relação entre negros e pobres aos diversos vícios, doenças e degenerescências, entre a ociosidade e a delinquência,

transformando em criminoso potencial todo aquele que não estivesse inserido no mercado de trabalho (COIMBRA e NASCIMENTO, 2003).

A esses corpos que geram desordem são instituídas medidas de coerção, controle, contenção, na tentativa de neutralização e transformação. Esses sujeitos considerados “anormais”, como aponta Foucault (2010), são, portanto, rotulados como ameaça vigente, o que supostamente serviria de justificativa para a sua exclusão em instituições que lidem com esse tipo de desordem.

Assim, os pobres passam a representar um perigo social a ser combatido, exigindo medidas coercitivas sobre essa população. Sendo as crianças e os jovens os “futuros homens de bem”, suas virtualidades precisavam ser especialmente controladas para evitar que se tornassem as novas classes perigosas, recaindo sobre eles o grande foco das intervenções ditas preventivas (COIMBRA, 2001; 2004).

Existe, então, produção de medo desses *anormais*. Silva (2015) destaca que esse medo do estranho, do diferente é uma construção social e histórica. Analisar essa construção subjetiva do medo ao longo da história se mostra importante, pois é ele que legitima as práticas de violência de controle social desses grupos minoritários específicos, como os usuários de drogas.

Com essa trajetória histórica, é comum que se naturalize determinados segmentos sociais como inferiores, menos humanos, passíveis de tratamentos invasivos e dolorosos e sem qualquer direito a protestar (BOCCO, 2006). Além disso, instaura-se uma vigilância sobre esses corpos que por serem negros e pobres, são enquadrados como supostos perigosos. Isso corresponde ao que Foucault (2005a) chama de periculosidade e significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade não apenas por seus atos, mas ao nível de suas virtualidades: “não ao nível das infrações efetivas a uma lei também efetiva, mas sim das virtualidades de comportamento que elas representam” (p. 88). Ou seja, instaura-se um plano de controle penal punitivo que precisa de uma série de poderes paralelos à justiça para poder operar, tais como a polícia para vigiar e as instituições psicológicas, psiquiátricas, médicas, criminológicas e pedagógicas para corrigir. É o que o autor denomina de ortopedia social, a qual encontramos plenamente vigente nas práticas cotidianas.

O Racismo e teoria da degenerescência foram as bases conceituais para que a medicina impusesse desde o século XVIII a internação compulsória como

meio para tratamento (ESCOHOTADO, 2005; ARAUJO 2012). Como visto anteriormente, o problema geral do racismo e das raças degeneradas foi o alicerce biopolítico que sustentou a associação entre drogas e ameaça a espécie humana. O Estado Moderno não inventou o racismo, mas seu uso dentro do regime biopolítico ganha contornos inovadores (FOUCAULT, 2005; SOUZA, CARVALHO, 2012). Numa sociedade em que a vida é objeto de intervenção política, o direito a morte e a restrição da vida só pode ser atribuído a algo que a ameace, a vida da espécie humana.

Apesar de séculos de ineficiência e fracasso, a proposta de internação compulsória persiste em aparecer como opção de cuidado nos corredores que ligam o poder legislativo ao poder executivo, inclusive na atual cena da política brasileira. Por um lado, isso torna evidente que é em nome da vida que o Estado revigora o poder soberano que sequestra e mata corpos (FOUCAULT, 2005), como o de Ingrid.

Isso nos leva a refletir acerca da função estratégica que a norma geral da abstinência cumpre para a biopolítica das drogas. Da mesma forma que a prisão, a internação compulsória nos convoca a pensar a função de uma estratégia que fracassa em seus objetivos é porque precisamos entender sua função estratégica para além dos interesses explícitos. Se uma estratégia fracassa há séculos e ainda mantém um valor de uso para a sociedade é porque esta estratégia cumpre uma função que se ajusta e se potencializa no próprio fracasso. Essas falhas não são pontos fracos, mas pelo contrário, o meio pelo qual o governo dos homens aumenta o poder de definir condutas e normalizar a vida. (SOUZA, CARVALHO, 2012).

As Comunidades Terapêuticas (CT) têm o objetivo de “recuperar dependentes de drogas”, por meio do paradigma da abstinência. Elas são financiadas ou cofinanciadas por entidades religiosas e pelo Estado, tendo como projeto terapêutico o tratamento moral religioso. Este tipo de tratamento substitui ou incrementa outras formas de cuidado, como a medicamentosa, com privação de liberdade do interno (RIBEIRO, MINAYO, 2015).

Pereira e Passos (2017) destacam a história de uma mulher que em 2017 foi internada compulsoriamente em uma Comunidade Terapêutica de Taubaté-SP, a pedido de sua mãe sob justificativa de ter uma filha transexual, a mulher e sua companheira foram abordadas por enfermeiros de uma empresa

denominada “anjos da vida- remoções especializadas”, e as duas foram medicadas, agredidas, e que como justificativa os profissionais afirmaram que a filha retornaria como um “homem renovado”(p. 112).

Se pensarmos no caso de Ingrid somado a história destacada no parágrafo anterior, podemos traçar análises que consideram como as Comunidades Terapêuticas vem sendo utilizadas para internação compulsória de mulheres pobres e negras. Num intuito de uma cura para comportamentos que são considerados anormais, desvios sociais. (PEREIRA, PASSOS ,2017).

Como medida do (des)governo atual, as Comunidades Terapêuticas infelizmente são hoje parte da rede de atenção psicossocial. Elas mantêm as estruturas manicomiais que reproduzem a compulsoriedade, o asilamento e a consequente reprodução de opressões de gênero, raça e classe.

Nas comunidades terapêuticas a lógica predominante é a de individualização das demandas de álcool e outras drogas. Com isso, são desconsideradas a realidade familiar, social e territorial das pessoas envolvidas, assim como impede a construção de novos laços e possibilidades de vida trabalho moradia entre outros (PASSOS, PEREIRA, 2017).

A Comunidade Terapêutica na qual Ingrid foi internada é a “Instituto Casa Dia”. Essa “Clínica” possuía convênio com o município em questão até início de 2017, quando houve mudança de gestão municipal e com isso o fim deste convênio.

Segundo as informações contidas no site da clínica, ela se situa em Cosmópolis no estado de São Paulo e atua na prevenção e recuperação de dependentes químicos. Segundo os escritos no site da clínica:

Dependência química e o alcoolismo são progressivos(...) Ficar limpo tem que vir em primeiro lugar. Nosso programa é de abstinência total, com exceção do cigarro, café e medicamentos receitados por um médico. Motivos que geram exclusão do Instituto: Motivos de Exclusão: Roubo, Sexo, Drogas e Agressão. (CASA DIA, 2016).

As comunidades Terapêuticas reproduzem e aplicam uma biopolítica das drogas, que cria um ciclo vicioso: abstinência como meta, dependente químico como diagnóstico e internação compulsória como medida de cuidado. A moral cristã compõe, junto com a justiça e a psiquiatria, uma rede de instituições que tem por finalidade única e comum a abstinência. Porém, ao contrário da psiquiatria que se volta mais para a doença mental e da justiça que se volta mais

para a delinquência, a moral religiosa inclui um terceiro elemento, a associação do prazer ao mal. Passos e Souza (2011), afirmam que o grande pecado do prazer da carne, que frequentemente tem sido associado ao uso de drogas, é objeto histórico de intervenção do poder pastoral e, atualmente, se associa ao poder disciplinar; mas a gênese desse poder é muito mais antiga do que a própria disciplina.

O poder das Igrejas sobre os usuários de drogas se justifica muito mais por uma problemática daquilo que o cristianismo historicamente definiu como conduta frente aos prazeres da carne. Coube ao cristianismo situar o prazer como sinônimo do mal e da morte, produzindo, segundo Foucault, uma inversão histórica na passagem da Antiguidade para a Era Cristã. Dessa forma, o uso dos prazeres se tornou objeto de interdição moral e “poder-se-ia acrescentar o alto valor moral e espiritual que o cristianismo, diferentemente da moral pagã, teria atribuído à abstinência rigorosa, à castidade permanente, à virgindade” (FOUCAULT, 1994, p. 17). Esse diagrama do poder pastoral e sua incisão sobre o corpo, a carne atravessa séculos, esses desejos profanos da alma necessitam de práticas de vigilância e regência do prazer, como a confissão, retiro, punição. (PASSOS, SOUZA, 2011).

Assim, esses jovens ficam no meio de uma corda de três eixos principais de um lado a justiça que aposta no encarceramento, com uma lógica punitiva de comportamentos desviantes. Puxando para outra direção temos o poder médico (que também conta com apoio de outros profissionais de saúde), que consideram a patologização e a consequente medicalização desses comportamentos, e por fim, entrando nesse embate com toda força a religiosidade cristã, que demoniza e coloca esses comportamentos como pecaminosos.

No campo da vida essas forças não agem apenas de modo separado em disputa entre si, mas compõem uma com a outra, existem juntas. Se tomamos nos lembrarmos do que houve com Ingrid, esses três poderes garantiram a internação de Ingrid e foram o eixo central do suposto tratamento imposto a ela na CT.

Contudo, a cura que é prometida pela Comunidade Terapêutica, não funciona com Ingrid *que retorna da comunidade terapêutica, e continua fazendo uso de drogas.*

Em uma tarde, estávamos reunidos no grupo, quando a porta bateu e auxiliar administrativa rapidamente entrou na sala dizendo em voz alta: “Ingrid está aqui, querendo falar com vocês, João bateu nela”. Os adolescentes que ali estavam, todos homens, começaram a rir, diziam coisas enaltecendo João, dizendo que era assim que tinham que tratar as mulheres que achavam que mandavam, faziam piadas com Ingrid.

Enquanto a técnica de atenção psicossocial, discutia com os meninos sobre violência, e outros pontos suscitados a partir daquela situação, saí e fui conversar com Ingrid, ela estava machucada, seu olho esquerdo estava inchado, com a pele do joelho esfolada. Disse que João bateu nela, que ameaçou matá-la, e que ela bateu nele também. Ela chamou a polícia e eles levaram João para a delegacia, mas que quando ela viu que iriam mandá-lo para o DEGASE, ela voltou atrás, falou para o delegado que era mentira, que não era ele que tinha feito.

Afirmava que não queria que João fosse preso, por isso retirou a queixa, pois ainda era o pai do filho dela, mas que queria ficar longe dele. Então pediu para que a coordenadora do CAPSi a encaminhasse para algum abrigo, mas que não queria que nós contássemos nada do que havia sido conversado para a promotoria, nem que fizéssemos uma denúncia a João.

Penso que Ingrid, se posiciona desta forma, não romantizando a violência que viveu, mas de um lugar de quem já tinha vivido na pele por um processo de internação, que implicava em uma exclusão, e quem sabia o que isso acarretaria a João.

Aquela situação me tomou completamente, senti raiva de João naquele momento, torci para que ele não aparecesse no CAPSi naquele dia. Violência contra uma mulher para mim era inaceitável, não queria ter que lidar com ele, aquilo era demais para mim, enquanto mulher e feminista. Eu não sabia o que fazer. Denunciar e ir contra o que Ingrid havia pedido? Seria mais uma para longa ficha de atos infracionais de João cometera, dessa vez ele voltaria para o DEGASE. Mais judicialização? O que se produz com o encarceramento, ou medida socioeducativa de internação? Sofrimento, exclusão, mais violência.

O silêncio mediante aquela situação estaria sendo concordar com aquele tipo de violência. Mais uma vez não sabia o que fazer. Os técnicos do CAPS, fizeram uma reunião de emergência frente ao acontecido, decidiram que, a

vontade de Ingrid seria respeitada, não haveria denúncia do CAPSi contra João, e ela iria para a Unidade de Acolhimento Infantil. Enquanto isso, eles pensariam, junto a avó de João, o que deveria ser feito com ele, que até aquele momento estava desaparecido.

Essa situação novamente nos convoca a destacar a importância de considerar um entrelaçamento ontológico entre gênero, classe e raça em nossas reflexões. O que ocorreu com Ingrid não é um fenômeno isolado, mas a realidade de muitas mulheres brasileiras, principalmente mulheres negras. Os números traçam aumento de 22% do número de violência contra mulheres negras. Tais dados apontam ainda que, além do aumento significativo e desastroso em relação à mortalidade das mulheres negras, também se identificou o crescimento em relação a mortes por agressão, passando de 54,8% em 2005 para 65,3% em 2015. Em outras palavras, essas preocupantes estatísticas apontam que a “[...] combinação entre desigualdade de gênero e racismo é extremamente perversa e configura variável fundamental para compreendermos a violência letal contra a mulher no país” (IPEA, 2017, p. 37).

Esses dados retratam a disparidade sócio-histórica que acompanha os negros e negras desde a formação do Brasil, evidenciando que há um abismo social desmedido entre esta população e a não negra. Por isso mesmo, tais dados nos convocam ao compromisso ético e político de fortalecer a luta antirracista. Por isso, compreendendo ser o racismo estruturante da nossa sociedade e que esta população vivenciará as mais diversificadas formas de exclusão e violências (MOREIRA; PASSOS, 2019), é que este fato deve ser considerado central em nossas pesquisas e práticas.

Levando em conta que existem condições que colocam determinadas populações como mulheres, negros, indígenas, lésbicas, gays, população trans, pessoas com deficiência, como mais suscetíveis às violências sublinhamos que é preciso ter cautela para não reiterar essa posição. Isso é, não podemos negar que haja uma maior vulnerabilidade em certos grupos minoritários, mas daí não deve se concluir que a vulnerabilidade é característica intrínseca de determinadas populações. Isso implica, principalmente, estar atento para que não esteja impregnado no campo do discurso e também na prática, enunciados implícitos de tutela, esvaziando a agência política desses atores (BUTLER, 1997).

A vulnerabilidade, para a autora, é uma categoria central para entender a formação do sujeito. Se não podemos pensar o sujeito sem o poder, há então uma vulnerabilidade fundamental do sujeito a um poder que não é seu e que lhe precede. Butler conclui afirmando: “Essa vulnerabilidade qualifica o sujeito como um tipo de ser explorável” (BUTLER, 1997, p. 20). Explorável e não explorado. O poder pode subordinar, mas, paradoxalmente, toda e qualquer possibilidade de agência e de resistência precisam passar pelo poder. A vulnerabilidade, logo, não se distancia da resistência.

A decisão de respeitar o posicionamento de Ingrid- por mais antagônico que sejam os afetos em meu corpo quando penso nesta cena- demonstra um entendimento que a institucionalização de um Jovem negro em um espaço excludente, não produziria nada diferente de mais violência.

Se o corpo de Ingrid é atravessado pelos discursos de maternidade, internação compulsória e delimitações do feminino o de João é fortemente marcado pelo de periculosidade atrelada a condição de usuário de drogas.

4.3 Jovem, negro, dependente químico e traficante

João permanece na cidade, na Unidade de Acolhimento, onde recebia visita de sua avó, e continuava com suas atividades normais, enquanto Ingrid vai para outro estado se “curar” de sua suposta dependência química diagnosticada pelos soberanos Juiz-psiquiatra. Enquanto Ingrid é abandonada em outro estado, sem nenhum tipo de acompanhamento por parte do CAPSi, João continuava sendo o principal tema das reuniões de equipe. Em uma delas, o psiquiatra afirma que ele era o típico caso de psicopatia, que tinha transtorno desafiador opositor (TOD) e ainda era um traficante e dependente químico, lhe restando apenas dois caminhos: a internação em uma comunidade terapêutica ou no DEGASE, cumprindo medida socioeducativa pelos atos infracionais que realizava ao traficar drogas.

A patologização de atos infracionais é uma questão que demanda análises sérias. Muitos jovens, que como João estavam no CAPSi, naquele período para tratamento de supostos desvios de conduta, e nos casos mais

problemáticos encaminhados para tratamento em Comunidades Terapêuticas, por estarem envolvidas com o tráfico de drogas e, por essa razão, ganhavam um diagnóstico de TOD¹³ e a consequente medicalização.

Vicentin, Gramkow e Matsumoto (2010), destacam que “Essa espécie de “Justiça Terapêutica” aplica um modelo de atendimento compulsório em que o adolescente, para cumprir a sanção pela sua transgressão, fica sujeito a tratamento imposto como dever e não como um direito à saúde (p. 270)”.

Essa articulação entre criminologia e psiquiatria no Brasil vem de um diálogo iniciado na segunda metade do século XIX. É dentro desse jogo de poder que o usuário de drogas ora se vê perante o poder da criminologia, ora diante do poder da psiquiatria; ora encarcerado na prisão, ora internado no hospício (RAUTER, 2003), e mediante a aliança desses dois poderes, atualmente ainda existe mais uma opção, as comunidades terapêuticas que acrescentam a religiosidade como postulado de tratamento.

Fica evidente como os corpos de uma *certa juventude* estão sendo interpelados por toda sorte de mecanismos de controle e disciplina fantasiadas de cuidado e garantia de direitos. Essa aliança entre direito e psiquiatria é uma das grandes responsáveis pela institucionalização de jovens em Comunidades Terapêuticas e manicômios. Foucault (2010) destaca que algumas propriedades que pautam o psiquiátrico relacionado à matéria penal, destacando que esses são discursos de poder, pois, sentenciam sobre a vida de alguém. São também discursos de verdade, trazidos e legitimados pela ciência. E por fim, são falas que fazem rir, pois são pautados em um caráter puramente moral.

Embora os poderes tenham caráter distinto, a aliança entre judiciário e medicina reforça o estatuto de verdade sobre o sujeito, principalmente daqueles estigmatizados pelo atrelamento às concepções de periculosidade, desrazão e delinquência. As análises foucaultianas sobre as práticas do judiciário que tem decidido pela internação compulsória são extremamente atuais, principalmente no cenário político colocado. As justificativas para essas internações, embora pautadas por um discurso pretensamente científico, são atravessadas por

¹³ De acordo com a CID 10 – F.91.3 (Classificação Internacional de Doenças), o TOD – Transtorno Desafiador Opositivo é um “tipo de transtorno de conduta que ocorre habitualmente em crianças jovens, caracterizado essencialmente por um comportamento provocador, desobediente ou perturbador, e não acompanhado de comportamentos delituosos ou de condutas agressivas ou dissociais graves”.

discursos morais, que competem ao saber jurídico e saber médico, que se unem para compartilhar o poder institucional de liberdade, de vida e de morte.

A discussão sobre essa juventude que é criminalizada, por serem usuárias de substâncias psicoativas/drogas ou autoras de atos infracionais, diz respeito ao modo de subjetivação do contemporâneo e tem maior gravidade do que possamos perceber. Para Bocco (2006) é necessário fazer uma análise sobre nosso funcionamento enquanto sociedade, as maneiras nas quais produzimos infâncias e juventudes desiguais, como criminalizamos os pobres, como organizamos o mundo do trabalho, do ensino, da cultura e como judicializamos vidas. Reconhecer que essas maneiras de se lidar com certas juventudes nos leva a implicar-nos de forma efetiva com uma não reprodução desse modelo e com a criação de outras práticas.

A institucionalização da infância e da adolescência, em organizações que objetivam a “terapêutica” desses sujeitos que são desviantes da conduta que se postula como adequada, como os usuários de drogas, psicóticos e infratores é muitas vezes a resposta dada pelas famílias, instituições de saúde e justiça. Segundo Jucá e Fernandes (2015), esse processo de exclusão do convívio familiar e comunitário vem se mostrando ineficaz em todas as pesquisas que propuseram estudar essa temática, e acaba criminalizando esses sujeitos que, na maioria das vezes vivem em situação de vulnerabilidade social:

A questão se torna particularmente complexa se levarmos em consideração que muitas crianças e adolescentes crescem usufruindo muito pouco da lei e seus efeitos regulatórios conforme a abordamos. Em alguns casos, o esgarçamento do tecido social, o desamparo e a condição de ser excluído de uma sociedade marcada, por um lado, pela abundância e ostentação de bens, e, por outro, pela desigualdade na distribuição dos mesmos, promove, no lugar de um agenciamento e introjeção do pacto social, a construção de uma posição na qual a lei não faz sentido (JUCÁ e FERNANDES, 2015, p.15).

Essa tendência de postular um modelo normativo para uma infância e adolescência, essa lógica, gera uma resposta social, legitimada pela justiça, levando aos que fogem à norma, os desviantes, a uma institucionalização (JUCÁ e FERNANDES, 2015).

Supostamente, existe então uma patologia no jovem, na maneira como ele se relaciona com o outro, de modo agressivo ou desafiador na qual se “viola

expectativas sociais”. Jucá e Fernandes (2015), destacam que, na realidade a resposta do adolescente não é necessariamente uma patologia, quando se coloca em análise a história social, familiar e econômica do indivíduo. A inserção de jovens usuários de drogas no tráfico não está alicerçada apenas numa condição individual que denuncia uma questão psicopatológica, mas antes numa ineficiência, numa dificuldade das diversas instituições que perpassam a vida desses jovens e da população em geral, tais como a família, a escola, o exercício das leis, a falta de acesso etc. (SILVA et. Al, 2013).

Partindo de um ponto de vista que considera uma noção de violência instituída, articulada com violações de direito, Silva et. Al (2013), afirmam que é preciso considerar que, antes de violadores de direitos, os jovens em conflito com a lei, em muitos casos, são sujeitos que tiveram seus direitos violados em uma ou diversas situações anteriores.

Esse modelo repressivo, falido, racista da política estatal de guerra às drogas, produz morte e encarceramento. Contudo, Souza (2007) levanta um debate no qual coloca que o Estado capitalista não deixa de preservar a lógica de mercado e, ao mesmo tempo, que usa das drogas para justificar violência estatal sobre as populações pobres. Essa estratégia de poder produz uma reversão na qual as drogas passam de mercadoria lucrativa à causa dos problemas sociais e de jovens pobres.

As comunidades pobres são sujeitadas a inúmeros tipos de violência praticados pelo Estado, sobretudo com o reforço do poder policial, com a desculpa que as drogas são o mal a ser eliminado pelo Estado, para o bem de toda sociedade e, ao mesmo tempo, um produto a ser altamente consumido pela classe média e alta (SOUZA, 2007).

O autor, porém, nos leva a uma reflexão mais profunda dessa situação e nos convoca a pensar que indo nessa linha de raciocínio, que procura os culpados pelo problema do tráfico de drogas, reduziríamos a complexidade da questão e nos renderíamos a um esquema bifurcado que coloca, de um lado, os traficantes; e, de outro, os consumidores de drogas. “A bipolaridade é um efeito da própria dupla mensagem produzida pelo esquema Estado-capital, ou seja, este esquema força conclusões binárias: proibir ou legalizar?” (p. 89).

Assim, seguimos na busca insana de achar os responsáveis pelo mal. A culpa é do traficante ou do consumidor de drogas? A nossa análise busca evidenciar o modo como essas falsas soluções são formuladas, a partir da construção daquilo que Deleuze (2008) define como falsos problemas, que tende a criar dualismos, buscando diferenças de maior ou menor, de mais ou menos, de grau das coisas.

“A droga é um mal”, ou “o traficante é um inimigo social”, ou “o consumidor é responsável por alimentar o tráfico”. Este esquema de culpabilização e criminalização são grandes armadilhas que isentam o estado capitalista, racista sustentado por uma lógica de consumo como matriz produtor dos problemas sociais que se constituíram em torno das drogas.

É necessário que a crítica ao proibicionismo seja feita a partir da observação das violências pautadas pelo racismo, que é sua origem e sua consequência, e a partir daí o debate sério e constante sobre a descriminalização e legalização das drogas em todas as esferas do campo social, já que é explícito os efeitos nefastos deste modelo proibicionista, na Saúde e na vida da população, principalmente a pobre e negra, que é quem principalmente sofre no corpo esses efeitos.

João agrediu Ingrid, esse fato ainda reverbera em mim. Eu estava sozinha andando na rua, com medo. Apressava os passos para chegar logo em casa, vi que numa rua deserta surgiam dois homens de capuz atrás de mim, senti um frio na espinha e a sensação de que seria assaltada, rapidamente escuto uma voz que mandava que eu parasse e passasse meus pertences. Ao virar para trás vejo um rosto conhecido, aquele que segurava a arma era João.

Continuava com medo, afinal ele agredira a namorada. Ao me ver, ele abre os olhos assustados, parecia que vira um fantasma, e em um reflexo esconde a arma rapidamente debaixo da blusa. Pergunta o que eu fazia naquela hora na rua e se não tinha medo de andar sozinha. Afirmo que sim, ele disse que ia me acompanhar até o lugar próximo onde eu morava e foi dizendo que eu não deveria andar sozinha por ali naquelas horas, não era seguro, que uns colegas assaltavam ali. Logo depois ele afirmou que ia me assaltar, pois, não sabia que era eu. Deu-me algumas dicas de ruas mais seguras para andar à noite, disse que iria ao CAPSi, ver a galera na semana seguinte e seguiu seu caminho.

Meus afetos acerca de João, a partir desta imagem que criei que o configurava de agressor, Foucault (1991) convoca a pensar por outros caminhos: “Não exija da ação política que ela restabeleça os “direitos” do indivíduo, tal como a filosofia os definiu. O indivíduo é o produto do poder”. Afirmando a necessidade de: “desindividualizar pela multiplicação, o deslocamento e os diversos agenciamentos. O grupo não deve ser o laço orgânico que une os indivíduos hierarquizados, mas um constante gerador de “desindividualização” (p. 4).

No prefácio de *O Anti-Édipo* (Deleuze e Guattari, 1991) Foucault fala de uma militância sombria, uma burocracia da revolução como um adversário de uma vida que se proponha a combater os fascismos.

O grande desafio é localizar o que Guattari (1981) denominou de fascismos moleculares, os quais permeiam, em maior ou menor grau, nossas práticas mais insuspeitas. Dessa forma, a análise deve voltar-se não mais para “o general, mas para os oficiais subalternos, os suboficiais, o soldado em mim” (DELEUZE e GUATTARI, 1996, p. 106).

Na busca pela construção diária de uma vida não fascista, Foucault (1991) nos fala urgência de se construir uma Ética capaz de afirmar a si mesma e o outro através dos bons encontros, potente o bastante para ser substituída pela moral vigente. E para isso é preciso: “A perseguição a todas as formas de fascismo, desde aquelas, colossais, que nos rodeiam e nos esmagam até aquelas formas pequenas que fazem a amena tirania de nossas vidas cotidianas (p. 4).”

João agrediu Ingrid, esse fato ainda reverbera em mim, mas João também me ensinou a caminhar de forma mais segura pelas ruas daquela cidade. Já transformados por outros discursos para além de anjos e demônios João e Ingrid começam a ocupar outros territórios. O que impele outras práticas de cuidado.

4.4 Traçando outros possíveis

João ainda era considerado um caso perdido. O Rótulo de perigoso e daquele que precisava de alguma interdição já era quase unânime. Como alternativa a uma prática de internação ou encarceramento, pensamos em supervisão de estágio, que João pudesse ser acompanhado além do espaço do

grupo. Que fosse possível circular com ele pela rua, praças, nos espaços que ele frequentava, fora dos muros do CAPSi.

Outras experiências foram possíveis a partir desse acompanhamento do cotidiano, nas conversas e pensamentos que acontecem pelo caminho em movimento, João me conta da morte súbita de seu pai. Dizia de seus desejos, dentre eles fazer um curso de pintura de carros e de pegar seu filho no colo outra vez. Julgava que a avó iria conseguir a guarda do bebê e que assim, ele ia “ensinar o moleque a soltar pipa”.

Lancetti (2006) traz pistas para o que ele chama de uma clínica peripatética, onde existe uma aposta em contribuir para a efetivação do direito à saúde, em seu sentido amplo, criando outros possíveis com aqueles que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais. O cuidado peripatético se dá através de práticas ousadas, inovadoras e com potencialidade de transformação.

Essa aposta que o espaço urbano é local de intervenção, que pode ser terapêutico, dá origem às práticas clínicas a céu aberto, o Acompanhamento terapêutico (AT). A prática do AT pode ser uma das vias da desinstitucionalização:

Nesse contexto, o acompanhamento terapêutico torna-se uma função emblemática da mistura e contágio das disciplinas psi com o espaço e tempo da cidade. E seu exercício – que se dá entre lugares, entre o serviço e a rua, entre o quarto e a sala, fora de lugar, a céu aberto – presentifica uma exigência que a reforma psiquiátrica vem colocar aos seus profissionais, seja qual for o dispositivo em causa: o fato de que uma clínica a serviço dos processos de desinstitucionalização coloca em jogo a desinstitucionalização da clínica mesma (PALOMBINI, 2016 p. 117).

Segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (2001, p.30), para a desinstitucionalização “o problema não é cura (a vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa”. Assim, podemos pensar em uma premissa central como afirma Basaglia (1982), que o melhor espaço de reabilitação é a cidade.

Ao pensar em desinstitucionalização somos convidados ao exercício constante de invenção. Esse é um exercício complexo, pois envolve primeiramente a desconstrução de práticas já instituídas, como a exclusão em

espaços de suposto tratamento, ou proteção, e a tutela de jovens. Pensar práticas de desinstitucionalização será sempre um exercício de reinvenção; mas é necessário fazê-lo ao mesmo tempo em que se desenvolvem outras práticas sociais com a ajuda direta das populações concernidas (GUATTARI, 1992). A desconstrução da lógica de tutela aos jovens, assim como a de internação e abrigo é uma tarefa complexa, e um dos riscos que se corre, se não houver clareza da desinstitucionalização a que se propõe, é a reprodução dos mesmos mecanismos fora destas instituições.

Abandonar a lógica tutelar é entender esses jovens como sujeitos de direitos e reconhecê-los como “indivíduos capazes de operar mudanças significativas no curso da própria vida” (BRASIL, 2014, p 16), de modo que seja possível a construção de responsabilidades pelo cuidado de si e do outro.

Para Rotelli (1990) a produção da vida e a reprodução social seriam os objetivos e a prática da instituição inventada. Desta forma é uma grande armadilha, fruto de uma lógica excludente pensar que os jovens são alienados ou aqueles a quem deveremos continuar tutelando. Essa redefinição é realizada através da desmontagem político-social da construção do lugar da diferença como um lugar inferior e do papel social destinado ao alienado. O protagonismo começa com a crítica dos lugares que se quer produzir; fundamentalmente, dois lugares possíveis: o de paciente, demente, alienado, tutelado e dependente ou o de sujeito político, de direito, que debate o tratamento e a instituição, que participa e interfere no campo político. A construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de jovem usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um jovem usuário-ator, sujeito político.

4.5 Práticas de cuidado produzindo danos: os paradoxos de situações de vulnerabilidade e resistência, entre o cuidado e o controle

João seguia frequentando o CAPSi, mesmo quando estava morando na rua, ia quase todos os dias, mesmo sem Ingrid. Ele estava a cada dia mais magro, sempre com muita tosse, até que desapareceu do CAPS por algumas semanas. A avó de João nos ligava, preocupada com o neto, dizendo que não sabia o que fazer, tentava encontrar com João para dar comida e sempre que

conseguia encontrá-lo a via fraco e tossindo muito. Ela perguntava se não era possível “levar alguém para ver a tosse dele”. Tentamos fazer semanalmente visitas na praça onde ele supostamente vivia, porém, nunca o encontramos ali. Depois disso, ambos sumiram de nossas vistas.

Seguíamos procurando, até que um dia um colega de João nos contou onde eles estavam vivendo. Finalmente, encontramos a barraca de João e Ingrid. Debaixo da ponte, na terra úmida, na beira do rio. Fazia muito frio ali, o chão era forrado com trapos, coberto com uma lona preta, segura por alguns pedaços de madeira. O cheiro que vinha do rio era insuportável. Como conseguiam viver ali? Eles não estavam com muito desejo de conversar, estava de manhã e eles ainda estavam dormindo, falamos rapidamente, a técnica de enfermagem fez uma rápida avaliação da saúde deles e perguntamos se poderíamos voltar em outro momento para conversarmos melhor, eles disseram que não.

Os dois sempre me faziam pensar os limites do cuidado e do controle. Todas as práticas feitas com e para João e Ingrid eram, em nome do cuidado e da garantia de direitos, pela vida deles, para que pudessem viver da forma mais digna possível, tentando levar em conta o eles escolhiam para si e considerando os limites do que poderia ser feito. Levando em conta que uma das diretrizes centrais da Reforma Psiquiátrica (2001) é o cuidado no território, mas as outras instituições envolvidas na atenção do caso compreendiam este tipo de ação territorial era produtora de mais vulnerabilidade. Para eles a rua aparece como um lugar perigoso.

O discurso do risco e da vulnerabilidade legitima o discurso da proteção, do Estado protetor. O morador de rua, o pobre o usuário de drogas, os outros Ingrid(s) e João(s) são ora vistos como vítimas que necessitam de proteção, ora criminalizados pela situação de vulnerabilidade.

Em geral essa denominação de vulnerabilidade acompanha o conceito de qualidade de vida associada à política de segurança derivada do programa fascista de tolerância zero, cujo um dos objetivos é limpar a peste das ruas, crianças, mendigos, putas, miseráveis, usuários de drogas, negros, vagabundos, migrantes, tudo aquilo que a ordem denomina por indigentes culturais, os incivilizados. A amplificação do discurso de combate à violência mostra-se aqui em sua tessitura mais sutil, pois é preciso saber, ao se conduzir a vida, deparar-se com a condição de sabê-la governada (OLIVEIRA, 2007, LIOTO, 2018).

Couto (2011) fala da necessidade que se coloque em análise a tradição naturalizada do exercício da tutela sobre as crianças e jovens, mas de um modo no qual não deixe de se considerar a responsabilidade de proteger que cabe ao poder público. Porém, é preciso tencioná-la permanentemente para que ela não se confunda ou se reduza a uma tutela integral de controle dos corpos, da palavra, do pensamento. Por isso, é fundamental, repensar e questionar o exercício de tutela.

Cuidar no território, onde a vida acontece é uma das diretrizes do trabalho na atenção psicossocial (BRASIL, 2002), como já sinalizado. Porém esse interesse do campo da saúde considerar os territórios, é recente, e relacionado ao processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que motivou uma reflexão sobre o funcionamento dos serviços e, com isso, de sua base territorial, levando a um maior interesse sobre os critérios de delimitação de territórios para a saúde (MONKEN et al., 2008, p. 15- 16).

O Território ao qual o autor se refere destaca o caráter relacional posto em operação a partir da Reforma Sanitária Brasileira e a criação do SUS. A partir dessas mudanças já não se trata de leituras estritamente epidemiológicas da população ou medidas de assepsia urbana, mas uma nova concepção de saúde vinculada a direitos sociais, acesso integral a serviços de assistência e orientada às demandas e necessidades locais. As construções dos territórios no âmbito da saúde compõem uma teia complexa de relações que envolvem questões de ordem políticas, institucionais e comunitárias (AMARAL, 2019).

Deleuze e Guattari (1997), em *Mil Platôs*, tomam o conceito de território não a partir de aspectos utilitários e funcionais, mas privilegiando os sentidos e modos de expressão; os autores apostam em uma concepção de território composto por linhas, planos e sobretudo, movimento, processos. É uma dimensão rítmica que se expressa esta noção de território.

O geógrafo Heasbaert (2006, p. 111) define território como “um processo, como um permanente tornar-se e desfazer-se”. É com essa força, que se aposta em uma concepção de território que valorize as simultaneidades, as mudanças e de um tipo específico de conexão rizomáticas ou seja, muito mais centradas nos contextos e interações.

Alvarez e Passos (2014) e afirmam que: “O território não se constitui como um domínio de ações e funções, mas sim como um ethos, que é ao mesmo

tempo morada e estilo” (p. 134). Nele os sujeitos, os objetos, suas ações abrem espaço para um protagonismo dos “personagens rítmicos” e às “paisagens melódicas”, sendo que esses personagens e suas paisagens não são opostos e dicotômicos entre si, mas compõem-se mutuamente, numa circularidade. As paisagens vão sendo povoadas por personagens e estes por sua vez, vão pertencendo à paisagem (ALVAREZ e PASSOS, 2014). Partindo daí, é possível afirmar o constante processo de produção e modificação em que território é situado já que: “O território é antes de tudo lugar de passagem” (DELEUZE e GUATTARI, 1997, p. 132).

Atuar no território, com usuários de drogas, começa a ser uma prática daqueles que tem como princípio de trabalho reduzir danos. Sejam esses os danos causados pelo uso problemático de drogas, mas principalmente os danos causados pelo proibicionismo e sua configuração mortal de guerra as drogas. Estamos defendendo uma clínica com a juventude, que se construa avizinhandose com a sua experiência, sem desconsiderá-la (SILVA, 2014)

Naquela época, a entendia essa nossa aposta em cuidar no território, na rua, um absurdo. Diziam que os profissionais de saúde estavam sendo coniventes com a vulnerabilidade que eles se encontravam morando na rua, que eles eram *menores de idade* sendo assim, de responsabilidade pública. Era proibido, inaceitável dois adolescentes morando na rua, que o certo seria que houvesse uma busca e apreensão para levá-los para o abrigo. Como uma internação compulsória em abrigos. Mas, se eles preferiam as ruas aos abrigos, porque? Isso não seriam analisadores dos modos de operar dos abrigos assistências?

Porque o cuidado no território estava sendo criminalizado? Ao fazer uma análise desses "moradores de rua", recordamos o movimento esquivo dos nômades que invadiam o império Chinês, ocupando um lugar, ao mesmo tempo em que o desmancha, num movimento de ausência e presença simultâneas, "sempre dentro e fora, da família, da cidade, da cultura" (PELBART, 2001, p.1). Este convite que Pelbart nos faz de circular nestes intervalos de dentro e fora demanda capacidade e disponibilidade de circular livremente, acompanhando os movimentos da cidade e desses seus habitantes 'marginais'.

João já não frequentava o CAPSi. A rua era seu território. Ele estava a cada dia mais magro, sempre com muita tosse. Ele desapareceu do CAPS por algumas semanas. Restava o CAPS aparecer por lá.

4.6 Essa tal Redução de danos

A capacidade de lidar com a desterritorialização presente nestes que fazem da rua seu lar convoca aqueles que estão inseridos no cuidado, de forma a se construir novos modos de cuidar.

A Redução de Danos aparece para nós como um modo de intervenção potente, essa é uma modalidade de clínica que se realiza no próprio território, assim como o acompanhamento terapêutico, é uma clínica peripatética.

A clínica peripatética (LANCETTI, 2006) nos parece uma importante direção para pensarmos o método da territorialização operada pela RD. Trata-se de uma modalidade de clínica que se efetua caminhando, uma diretriz para as experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento nos territórios (LANCETTI, 2006, p.19).

A clínica da RD engendra nos territórios geográficos novos processos subjetivos, conferindo um novo lugar para a própria prática clínica. “Se a Redução de Danos pode transformar-se numa clínica, é porque pode transformar-se num desvio que consiste em criar uma experimentação da vida ali onde o empreendimento é mortífero” (LANCETTI, 2006, p. 82). A RD não toma por mortífero o uso de drogas em si, mas todo o contexto de extermínio que intervém sobre os territórios miseráveis, e toda vulnerabilidade social, ela aponta para uma proposta de cuidado territorial, imprimindo um desafio para os modelos de clínica que se apoiam nos limites concretos dos estabelecimentos de saúde.

A proposta de cuidado em saúde da RD contradiz a abstinência como única direção clínica a ser adotada. Porém, ainda mais radical do que equivocar a meta da abstinência, a RD põe em evidência que nem todas as pessoas que usam drogas necessitam de tratamento. A proposta de cuidado da RD põe em evidência uma multiplicidade de experiências com as drogas que não se

reduzem a categoria de doença, oferecendo estratégias de cuidado que buscam respeitar a opção individual ou coletiva de usar droga (SOUZA, 2007 p. 67)

A proposta de cuidado em saúde da RD contradiz a abstinência como única direção clínica a ser adotada. Porém, ainda mais radical do que equivocadamente a meta da abstinência, a RD põe em evidência que nem todas as pessoas que usam drogas necessitam de tratamento. A proposta de cuidado da RD põe em evidência uma multiplicidade de experiências com as drogas que não se reduzem a categoria de doença, oferecendo estratégias de cuidado que buscam respeitar a opção individual ou coletiva de usar droga (SOUZA, 2007 p. 67)

Se o principal plano de atuação é o território, nas palavras de Souza (2007) “As ruas, os becos, as bocas-de-fumo, os bares, os pontos de prostituição foram, aos poucos, consolidando um novo plano para as políticas públicas de drogas, fundado às escondidas, nas sombras, invisível aos “olhos” do Estado”(p. 72). Muitas das vezes os redutores de danos não conseguiram escapar dos processos judiciais, das prisões, das *duras* e *porradas* dos policiais. A Redução de danos consiste em gestores autuados, seringas descartáveis apreendidas, usuário de drogas preso. Dessa forma, a RD foi e ainda é uma prática à margem do Estado.

Em nossas andanças pela cidade sempre conversávamos a respeito do uso de chá¹⁴, de cocaína, das ondas de cada uma. João compartilhou comigo que a droga de sua escolha era o chá, que gostava da brisa, mas que não era toda maconha que dava sensações boas. Ele me disse que muitas vezes a rapaziada colocava outras coisas misturadas na maconha, para ela durar mais e não mofar, e muitas vezes o que as pessoas fumavam nem era maconha. Contou que conhecia um garoto que vendeu “bosta de vaca para uns playboys”, dizendo que era chá. Por isso ele não confiava em qualquer produto. Ele falou ainda do uso de cocaína, que não gostava muito da onda, mas que tinham amigos que usavam muito, e usavam para tapar a fome, para conseguir ficar a noite acordado, e fazer um dinheiro.

Conversamos sobre o uso de piteiras de vidro, sobre seda, trocamos algumas experiências ali. Junto a outras técnicas de atenção psicossocial, também guiadas pela ética da RD, levantamos na reunião de equipe alguns

¹⁴ Uma das denominações não técnicas da maconha.

pontos da conversa que tive com João, o que também era um ponto que já estávamos conversando com os outros jovens, principalmente sobre o uso de piteiras e das sedas.

Os usuários não tinham acesso a esses materiais, pelos custos que possuíam, e muitas vezes fumavam maconha em papéis de revistas, compartilhavam canudos de cocaína, cachimbo de crack, aumentando assim o risco de contaminação e de doenças.

*A intenção era que nós do CAPSi pensássemos em estratégias frente a essas questões, já que na época a Redução de Danos ainda era diretriz central da política de álcool e drogas. Contudo, instaurou-se o caos. Parte dos profissionais começaram a dizer, que tínhamos problemas com a vara da infância, já que isso consistia em um grande absurdo. O médico, que sequer estava na reunião de equipe, pois não participada dela, disse que isso era incentivo de menores a usar drogas, e que **essa tal redução de danos** não funcionava, a única forma de parar de usar drogas e parando de uma vez de usar, e que para isso na maioria dos casos só internando.*

Assumir a RD enquanto postura ética de trabalho é assumir o risco de ter embates justamente por ela produzir modulação nas experiências com as drogas, quando aposta na inserção dos usuários de drogas como protagonistas clínico-políticos. O caráter coletivo, cooperativo e comum das ações da RD permite que algumas pessoas parem de usar drogas, mas também que pessoas que não desejam parar de usar drogas criem para si novas regras de conduta, novas regras de cuidado, o que permite um desatrelamento do estigma de criminoso, doente ou pecador na medida em que passa a inserir o usuário de drogas como um coautor responsável por sua vida e inclusive pela construção de dispositivos de atenção e gestão do cuidado (SOUZA, 2007).

Aos usuários de drogas (pobres, negros) são definidos e desejados dois destinos: manicômio (considerando sua nova face, as comunidades terapêuticas) ou a prisão (considerando o local de encarceramento jovem, o DEGASE). A função dessas instituições totais (GOFFMAN, 1974) é uma só: disciplinar. E é essa função disciplinadora que garante a fabricação de corpos dóceis, adestrados que desenvolveram reflexos de submissão: paciência, obediência, resiliência. Entretanto elas diferem entre si quanto às matérias que formam: doentes e delinquentes.

Em razão desse tipo de imagem estabelecida que faz com que uma parcela da sociedade civil, gestores, juristas, familiares e profissionais de saúde, assim como o médico do CAPSi daquela época, concebam a RD dentro de um dualismo, que por não dizer “NÃO ÀS DROGAS”, estaria inevitavelmente dizendo “SIM ÀS DROGAS”, associando-a com a imagem de usuários usando drogas livremente pelos estabelecimentos de saúde. Este julgamento revela uma característica emergente que a RD traz para o campo das drogas: fazer surgir novas regras diferentes da regra da abstinência e de atrelar a saúde a uma outra via que possibilite escapar do esquema jurídico do contra ou a favor, do lícito e ilícito (SOUZA, CARVALHO, 2012).

Souza (2007) faz em sua dissertação de mestrado uma análise primorosa da constituição da RD, ao fazer um estudo das relações de poder que constituem a política antidrogas e o paradigma da abstinência no Brasil, abordando ao mesmo tempo as forças de resistência, o modo como a saúde se tornou um campo de lutas a favor de uma nova democracia, criando pontos de articulação para uma nova política pública sobre drogas, pois nas palavras de Foucault, Lá onde há poder, há resistência (FOUCAULT, 1988, p. 104-105).

Compreender o que é a RD, no contexto brasileiro é considerar sua dimensão histórica, história esta, composta e constituída por pontos de tensão, rupturas e alianças, já que primeiramente a RD, coloca-se enquanto oposição ética e política ao paradigma proibicionista.

A RD começa a ter uma articulação mais efetiva no interior da máquina estatal, no governo do Presidente Lula, no qual o Ministério da Saúde considera que a abordagem da Redução de Danos tem um caminho promissor: “Porque reconhece cada sujeito em sua singularidade, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida” (BRASIL, 2003a).

Na época que acompanhei João e Ingrid, mesmo a Redução de danos ainda sendo uma diretriz da política de saúde mental, encontrávamos barreiras para afirmá-la enquanto forma de conduta com crianças e jovens, na micropolítica cotidiana. Justamente por uma concepção, não só do médico do CAPSi, que a RD é um incentivo ao uso de drogas de jovens, sendo assim um ato que viola o direito das crianças e adolescentes previsto pelo ECRID (1990),

e, portanto, esse tipo de aposta configuraria um crime no julgamento moral de muitos juristas, familiares e profissionais de saúde.

Nesses termos, atuar na redução de danos com crianças e jovens sempre foi uma batalha, ainda mais no cenário atual, no qual não é mais uma diretriz do cuidado; e a abstinência, que em grande parte das vezes imperava na lógica do serviço de saúde em questão, agora ganha seu respaldo legal, tornando-se a diretriz central para usuários de drogas

Desde que se iniciaram, no Brasil, as ações na redução de riscos e danos associados ao uso de drogas, essa temática é rodeada por polêmicas sobre como seria possível e quais seriam os limites éticos no trabalho com crianças e jovens dentro desta perspectiva. As questões como as debatidas nas reuniões de equipe do CAPSi giravam em torno de dúvidas sobre o quanto é lícito oferecer insumos, como cachimbos e seringas, aos adolescentes e crianças usando drogas em situação de rua ou se é necessário separar este público dos adultos.

Trabalhar com redução de danos com jovens é uma tarefa complexa, menos pelo trabalho com os jovens em si, mas principalmente pelos atravessamentos com os setores encarregados do cuidado e proteção. Na minha experiência pude perceber que reduzir danos com a juventude implica primeiramente em estar com o jovem. Diferenciar essa juventude é fundamental, como destacamos nos tópicos anteriores, considerar as particularidades que implicam gênero, classe e raça é fundamental.

Além disso é importante considerar as diferentes relações que o sujeito estabelece com o uso de drogas: experimentação, uso eventual, abuso, dependência ou, ainda, relações que não dependem do uso em si, como, por exemplo, o trabalho no tráfico de drogas, dentre outras. Como por exemplo no relato de João no qual diz do uso de cocaína dele e de amigos em situações específicas, quando precisava tapear a fome e ficar noites acordados.

Ao atuar em um CAPS, ou outro serviço de saúde, existe um risco imenso de sermos capturados por uma lógica tutelar que muitas vezes vem acompanhado com um discurso de garantia de direitos. Corremos o risco das práticas do serviço de saúde, pautadas por atravessamentos moralistas, produzidos pelo proibicionismo que perpassam a questão das drogas e ferem o corpo daqueles que a usam, acabam produzirem danos, em nome da lei, como

foi o que ocorreu muitas vezes com João e Ingrid. A aposta em um cuidado que não se configure como tutela passa a ser o nosso horizonte.

Em uma experiência que parece estar muito à frente das que conseguimos construir neste local que narramos, o centro de convivência é de Lei, situado na cidade de São Paulo, trabalha com a redução de danos com a juventude, sustentando essa atuação mesmo nos tempos atuais, onde a RD não é mais uma diretriz da política pública. Em uma publicação intitulada *Cultura, Juventude, e Redução de Danos* (2015), os trabalhadores do centro de convivência apresentam as ações, particularidades, desafios e experiências relacionadas ao trabalho com usuários de drogas, e neste material, eles dão algumas pistas de como é possível pensar estratégias para desenvolver esse trabalho.

Para os redutores de danos pensar práticas de redução de danos para o público jovem é desenvolver um conjunto de ações que consiste em constituir vínculos, propiciar espaços de escuta e acolhimento, reflexões sobre violações de direitos, distribuir insumos para uso de drogas em contextos específicos, construir estratégias que promovam visibilidade às violações de direitos no território em que acontecem, construir estratégias que revertam os papéis de violado para protagonista de ações positivas, além da disseminação de informações sobre saúde e autocuidado.

O trabalho com usuários de drogas tem como premissa que as políticas proibicionistas vigentes hoje são, por si só, o principal fator de exclusão e morte: quando se proíbe o uso de drogas, tornando-o uma questão de polícia, isso dificulta que o usuário, em especial antes de um uso problemático, assuma, discuta e aprofunde seu conhecimento sobre o uso, com medo das consequências legais. Os redutores de danos do *É De Lei* afirmam que, em suas experiências puderam constatar que o usuário, por essa razão, oculta o uso de determinada substância, mesmo em consultas de saúde, deixando de relatar pontos importantes para o profissional de saúde responsável.

Pedro Brandão (2015), em sua experiência como educador do *Centro de Convivência é de Lei*, relata que o uso de drogas que a juventude faz é abusivo em alguns contextos, como em festas e bailes, mas esses eventos estão longe de ser o grande motor de sua vulnerabilidade. O que vulnerabiliza o jovem é sua condição socioeconômica associada à cultura de consumo intenso em que o

próprio está imerso. Esses fatores acabam sendo o grande motivo e seus problemas com as drogas, que se dá muito mais pelo tráfico de drogas, que os aceita como trabalhadores, e os proporciona fonte de renda do que pelo uso.

Contudo, não existem receitas prontas, nem técnicas pré-estabelecidas, já que a redução de danos é constituída, ontologicamente, por uma ética do cuidado. Souza (2007) afirma que a RD considera a singularidade de cada uso de drogas. A mesma prática que pode ser vivenciada como cuidado por um usuário pode significar ampliação de danos para outro, por isso é necessário um processo conjunto, singular, que nunca deve perder de vista os atravessamentos que são coletivos. Se não tem receita para o desconhecido, o chamado “jogo de cintura” é necessário para formular boas saídas nas diferentes situações, sendo que o próprio processo de trabalho traz muitos aprendizados de como agir de acordo com o momento. Estar junto, caminhar ao lado é preciso. *Em nossas andanças pela cidade seguíamos construindo juntos práticas redutoras de danos.*

4..7 Um caso para repensar as políticas públicas:

Tempos depois, encontro com João no CAPS, ele estava ainda mais magro, bastante machucado, muito sujo e com um cheiro muito ruim. Assim que me avista ele diz uma série de palavras em um ritmo acelerado, sem pausa para respiração: “eu preciso de um lugar para ficar não dá mais para ficar na rua estou sendo ameaçado vou morrer, querem me pegar eu não posso ir para casa da minha vó não posso ir para casa de ninguém estou ameaçado dos dois lados. Pode me internar, eu preciso sair da rua”.

Naquele momento, o mundo parecia girar rápido, enquanto eu paralisava. Todas as minhas certezas falham, ele pedia pela internação. Era a primeira vez que eu ouvia alguém pedir pela internação, para salvar sua própria vida. Mais uma vez não sabia o que fazer, tentava recordar na minha cabeça, das portarias, dos textos acadêmicos que eu havia lido até então. Nada havia me preparado para aquilo. Conversamos mais um pouco numa tentativa de acolhê-lo, disse que levaria o que ele estava dizendo para a equipe que estava reunida naquele momento e que pensaríamos em uma forma de ajudá-lo.

Levei a situação para os profissionais, disse o que João trouxe enquanto demanda e sugeri que João participasse daquele momento da reunião, afinal estávamos decidindo sobre a vida dele. Responderam-me que João não participaria da reunião, que aquele local era para equipe e que não era lugar para usuários do serviço.

Consideraram a pauta importante e começou uma intensa discussão. A Unidade de Acolhimento foi o primeiro lugar colocado como opção. Porém, Ingrid estava lá, e devido à agressão, a convivência entre os dois era considerada impossível. Os coordenadores dos abrigos da assistência social se negavam a abrigar João, diziam que apenas com ordem judicial aceitariam um usuário de drogas perigoso, que seria uma ameaça e má influência para as crianças e jovens que ali viviam.

Alguns consideravam os “adolescentes muito imediatistas, queriam tudo na hora e que ele poderia estar exagerando, que eu deveria ouvir um pouco mais, que era preciso fazer uma análise semanal individualmente em um ambiente que ela chamou de clínico e não uma intervenção naquele momento, que não necessário “ceder aos excessos dele”.

A discussão sobre o caso continuava. Alguns profissionais diziam que João Vitor já estava acostumado a viver nas ruas e que provavelmente conseguiria lidar com essa situação, que não era a primeira vez que vinha até o serviço para pedir ajuda e depois que eles o colocavam em um abrigo sempre fugia e voltava para a rua.

Foi sugerido que João dormisse naquela noite no leito no CAPSAD adulto, mas sem intervenção medicamentosa já que ele não estava em abstinência, apenas fazendo do CAPS um lugar onde ele pudesse dormir em segurança até que uma outra saída fosse pensada.

A coordenação do CAPSAD ficou visivelmente incomodada, trouxe seu receio e também da equipe em “botar as mãos em menor de idade”, quase como se ter menos de 18 anos fosse algo ilegal e criminoso. Com muita relutância aceitaram a proposta. Pediram que eu levasse a notícia para João.

Apesar de não concordar com aquela decisão de apenas informa-lo para onde ele devia ir, sem que isso fosse construído com ele, fui até João e falei da opção que o CAPSi estava dando para aquela noite.

Pedi para que eu fosse com ele, até o outro CAPS para conhecer o local. Naquele instante, vi em João uma fragilidade que não tinha visto até então, achei estranho como ele, que já havia vivido tantas coisas consideradas perigosas, ainda sim, pedia que eu o acompanhasse, frente ao desconhecido.

Chegando no CAPSad, havia um segurança na porta, que anunciou que iria revistar João. Ele perguntou o motivo, o segurança disse que não era permitido que ninguém entrasse no serviço com drogas ou álcool. João perguntou, mas só vai me revistar? Porque não revista a Psicóloga também? O segurança continuou dizendo, “só pode entrar aqui se for revistado. Se tiver alguma coisa com você vou ter que pegar, não pode entrar com droga aqui de jeito nenhum, nem cigarro nem bebida e você vai ter que passar pela revista, todo mundo passa pela revista”. João respondeu: “isso aqui não é CAPS, nunca vi CAPS revistar, parece o DEGASE isso aqui”.

João não estava com medo frente ao desconhecido, mas medo do real, daquilo que ele já tinha vivido no corpo, revistas, situações de violência, agora dentro de um serviço de saúde.

Esta cena fala da memória de um corpo que está constantemente passando por este tipo de situação, e por isso ele precisa estar atento. Devemos pensar a partir disso, na microcapilaridade das relações e mecanismos de poder, principalmente em contextos sociais advindos dos processos de colonização e onde os elementos de colonialidade ainda são fortes. Pois nestes contextos, a morte e a possibilidade do matável constituiu o organizador das relações sociais (LIMA, 2018).

Esse é o modo que bio-necropolita opera, “por um gênero de reversão entre vida e morte, como se a vida não fosse o médium da morte. Procura sempre abolir a distinção entre os meios e os fins. Daí a sua indiferença aos sinais objetivos de crueldade (MBEMBE, 2017, p. 65).

Como revistavam pessoas antes de entrar em um serviço de saúde? Era o protocolo, eles disseram, todos que eram usuários do serviço CAPSad passavam por isso. E que para João passar a noite ali, teria que ser revistado.

No meio daquela emboscada, João me olhou, não sei que tipo de olhar foi aquele. Disse, “então beleza, vou ali fumar um cigarro e já volto”. Aquela foi a última notícia que tive de João, por muitos anos.

Pimentel (2016) defende a função da crítica ao passo que ela consiste em ver em que tipos de evidências, de familiaridades, de modos de pensamento adquiridos e não refletidos repousam as práticas que se aceitam, nos mostram que as coisas não são tão evidentes quanto acreditamos.

A aposta é em uma política pública que nos permita produzir saúde pelo caminho da liberdade, e não do assujeitamento. Políticas que nos permitam de fato ação, transformação das nossas práticas e do mundo. A ideia é fazer alianças, redes conspirar juntos estratégias que operem para favorecer a vida.

4.8 Por um pensamento trans

João e Ingrid fizeram 18 anos. Enfim não eram mais responsabilidade do conselho tutelar, nem da vara da infância. Também não seriam mais acompanhados pelo CAPSi, agora eles eram adultos, usuários de droga e moradores de rua. Novamente sumiram das nossas vistas, agora não existia obrigação legal de procurá-los. Ainda assim eu insistia, mesmo em outro momento, agora no processo de mestrado a história de João e Ingrid ainda me interpela a várias questões sem resposta. O que pode ser produzido a partir de um incomodo? O que de potente se cria a partir de forças tão reativas como a indignação?

Muitas vezes durante o processo do mestrado me vi diante de questionamentos acerca do meu tema de pesquisa. Essa interrogação sempre me fez pensar bastante antes de dar uma resposta, que quase sempre era de que pesquisava saúde mental e juventude, outras vezes, que meu campo é a questão das drogas na juventude, ou os efeitos do proibicionismo nos corpos negros e jovens. Contudo, mais do que dar uma resposta a esta questão, cabe dizer de uma aposta ético-política de não fazer a vida caber em um único campo de pesquisa.

Por quantos espaços, equipamentos ou campos do saber não caminharam os adolescentes do CAPSi?

Justiça, Comunidade Terapêutica, DEGASE, CREAS, CAPS, UAI, acolhimentos, casa de familiares, rua. Cada equipamento um lugar, um novo campo, com suas próprias normas e legislações, muitas vezes paradoxais. Os

próprios profissionais envolvidos se perguntavam: “afinal é responsabilidade de quem”? O problema com drogas era entendido como da alçada do CAPS, já morar na rua, uma questão para ser resolvida no âmbito judiciário e no CREAS, e assim o cuidado se estratifica, se segmenta.

Novamente nos deparamos com a questão: ao contar esse caso estamos pensando a juventude? Judicialização da vida? Saúde mental? Guerra às drogas? Redução de Danos? Medicalização da Vida? Racismo de Estado? Os efeitos do proibicionismo? Talvez não seja nada disso, mas confio que seja um pouco disso tudo. E é por isso a dificuldade de tentar isolar, enquadrar, explicitar um único tópico enquanto campo problemático já que todas essas questões estão tão intimamente relacionadas.

Esse caso é uma história de vida, sobre a vida, e por isso a dificuldade de responder à pergunta: “Afinal, o que você pesquisa”? A história de Ingrid e João levou a me deparar um tipo de limite. As vidas de João e Ingrid produziram abalos, rupturas. E muitas vezes extrapolaram a capacidade de análise, de tradução. Penso, a partir daí, que talvez minha dificuldade em conseguir delimitar um campo venha exatamente da impossibilidade de definir ou explicar esses *movimentos aberrantes*.

Lapoujade (2015) propõe que os movimentos aberrantes constituem o problema mais geral da filosofia de Deleuze: “uma lógica irracional dos movimentos aberrantes”; que sob certas condições “constituem a mais alta potência de existir, enquanto a lógica irracional é a mais alta potência de pensar” (p. 13). Certas vidas, como a de Ingrid e João e tantos outros jovens infames que encontrei pelo CAPSi, são vidas que desafiam as razões, desafiam inclusive os saberes *psi*, saberes médicos jurídicos e sociais. Eles muitas vezes vivem de forma radical o *invivível da vida*, esse limite que a vida chega em si mesma.

Ainda dialogando com as contribuições de Lapoujade (2015), esses movimentos aberrantes são aqueles que nos arrancam de nós mesmos, que não podem ser apreendidos naturalmente, reduzidos a seus antecedentes nem remetidos a uma causa dada a priori. Tentar explicar, definir esses movimentos pode ser uma armadilha, e é por isso que a pista que Lapoujade nos dá, a partir da sua leitura de Deleuze seja muito mais de traçar um mapa desses movimentos do que tentar delimitá-los, ou explicá-los.

Esses movimentos produzem abalos, rupturas, fissuras que permitem vaziar coisas que ultrapassam nossa capacidade de compreender essas vidas que desafiam as razões médicas, jurídicas, psíquicas, sociais, políticas. Há nesses personagens *Humano demasiado humano* uma radicalidade de: “pairar livre e destemido sobre os homens, costumes, leis e avaliações tradicionais das coisas” (NIETZSCHE, 2008, p.34), como espíritos livres, o que torna suas vidas aberrantes (LAPOUJADE, 2015).

Por quantas vezes, em nome da proteção, cuidado e garantia de direitos não tentamos aprisioná-los, e a essas tentativas falidas eles nos davam como resposta a fuga. Fugas que os colocavam em risco, em situações que como Lapoujade (2015) destaca onde o vivenciável se rompe, fazendo com que a vida chegue a seu limite. Esse invivível da vida é onde eles chegaram para livrar a vida daquilo que a impede de respirar.

Ao entender a complexidade das questões trazidas a partir do caso de João e Ingrid, fazemos uma aposta em um modo de pensar em que essas temáticas múltiplas, se cruzam, se cortam, e mais do que isso, elas se compõem, e por isso não é possível delimitar as análises em um campo isolado. Apostamos, portanto, em uma proposta de pensamento que seja trans.

Uma aposta trans como uma forma de mapear esses movimentos, assim como as linhas de forças e atravessamentos que compõem essa trama, essa complexidade de vários campos que se cruzam e se produzem, que desenham uma história. Mas como pensar em uma prática trans que possa fugir de uma hierarquia do pensamento?

Primeiramente, é preciso pensar na proposta do conceito de transversalidade desenvolvido por Félix Guattari a partir de sua experiência no hospital psiquiátrico em La Borde, em que junto a psiquiatras, o autor Guattari começa a desenvolver a Psicoterapia Institucional, enquanto um campo teórico e prático. É neste contexto que Guattari começa a pensar a transversalidade enquanto uma subversão as oposições binárias (DOSSE, 2010).

Pensando a partir de uma perspectiva grupal a partir da Psicoterapia Institucional, Guattari sugere substituir a noção de transferência institucional e complexo de Édipo, que considera insuficiente para lidar com a clínica institucional, por um novo conceito: o de transversalidade no grupo (DOSSE, 2010; SIMONINI; ROMAGNOLI, 2018).

Esse conceito questiona ao mesmo tempo o pensamento que categoriza em um eixo vertical, fundado em um organograma piramidal, e a concepção de horizontalidade que consiste em justapor diferentes setores sem que se estabeleça uma relação entre eles. Afirmando assim que: “a transversalidade é o lugar do sujeito inconsciente do grupo, para além das leis objetivas em que se fundamenta. O suporte do desejo do grupo” (GUATTARI, 2004, p.84).

Guattari (2004) propõe então a transversalidade como uma ferramenta conceitual no processo de seguir outras tramas que vitalizam grupos. Ela remeteria a uma dimensão conectiva, colocando em análise estratos as descontinuidades e multiplicidades a atravessar um determinado sujeito ou grupo.

Guattari (1981), pensando no contexto grupal, destaca que ao grupo cuja transversalidade se apresentava ampliada, denomina-se “grupo sujeito”, em contraposição ao “grupo sujeitado”, cujas leis de funcionamento lhe vinham de instâncias exteriores. Apostando na dimensão autoprodutora da vida, o autor aposta no deslocamento do grupo para produzir novas realidades, quando este se torna grupo sujeito, sustentado por movimentos transversais, o que “tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e, sobretudo nos diferentes sentidos” (p. 96).

Portanto, Guattari (2004) sustentava que a transversalidade é o instrumento de ação de um grupo sujeito. Contudo, no decorrer de sua obra e no movimento de compor a transversalidade com o pensamento de Deleuze, Guattari abandonou o conceito de “grupo sujeito”, destacando a necessidade de dar prioridade às disposições de subjetivação/enunciação emergentes, uma vez que um grupo é apenas um meio em que tais disposições circulam.

Sobre essa nova formulação da transversalidade, Simonini e Romagnoli (2019) destacam que a análise do conceito de transversalidade, em Guattari, se compromete em seguir as coordenadas de subjetivação e de singularização que transversalizam e ultrapassam um indivíduo ou grupo, na composição de sentido-ações a oportunizar outras trajetórias de realidade potencialmente inéditas. Os autores ainda destacam um trecho traduzido de uma obra de Guattari (1996), na qual o mesmo coloca novas ponderações sobre o conceito de grupo sujeito:

Eu mudei de ideia: não há grupos sujeitos, mas agenciamentos de enunciação, de subjetivação, agenciamentos pragmáticos que não coincidem com grupos circunscritos. Esses agenciamentos podem envolver indivíduos, mas também formas de ver o mundo, sistemas emocionais, máquinas conceituais [...], elementos de todos os tipos (p. 227-228).

É importante ressaltar que a transversalidade, em Guattari, não se constitui em um método de pesquisa, mas em uma abertura à experimentação, e, ao ser composta junto a Deleuze, ainda ganha novos contornos que apostam em uma intensidade a ser seguida em arranjos singulares fazer passar uma multiplicidade a abrir caminhos para futuros a serem inventados.

No primeiro volume da obra *Mil Platôs*, Deleuze e Guattari (1995) pensam na transversalidade relacionada ao conceito de rizoma, como uma alternativa ao que eles denominam “paradigma arborescente”. Neste paradigma o pensamento humano é comparado a uma grande árvore, cujas raízes estão arraigadas em solo firme, em premissas compreendidas como verdadeiras, e isso viabilizaria o aparecimento de um tronco sólido e sua ramificação em galhos. Essa estrutura é questionada por Deleuze e Guattari, principalmente em sua base, por ser fundada em verdades absolutas, princípios sólidos, hierárquicos.

Em oposição a essa ideia arbórea, Deleuze e Guattari (1995) vão propor a noção de Rizoma, que não atua de acordo com as leis binárias:

O rizoma conecta um ponto qualquer com outro ponto qualquer e cada um de seus traços não remete necessariamente a traços da mesma natureza; ele põe em jogo regimes de signos muito diferentes, inclusive estados de não-signos. O rizoma não se deixa conduzir nem ao Uno nem ao múltiplo. Ele não é o Uno que se torna dois, nem mesmo que se tornaria diferente três, quatro ou cinco etc. Ele não é feito de unidades, mas de dimensões, ou antes de direções movediças. Ele não tem começo nem fim, mas sempre um meio pelo qual ele cresce e transborda (p.32).

O pensamento transversal pode ser compreendido como um sistema aberto em que as linhas de forças estabelecem uma nova rede a partir do abalo causado pelo encontro entre diferentes saberes e campos. Nesse sentido, esse pensamento possui um funcionamento rizomático. O rizoma corresponde, então, a redes móveis de fluxos, redemoinhos e turbulências, de limites internos e

externos difusos, em que se pode entrar e sair de qualquer ponto, que pode ser percorrida em diversas direções e que é reinventada. Ele é feito de direções flutuantes, sem início nem fim, apenas o meio onde cresce e transborda, sem remeter a uma unidade. Nele cada ponto conecta-se com outros (DELEUZE e GUATTARI, 1995).

A transversalidade está relacionada ainda a essa noção de rizoma ao passo que se opõe às leis binárias e, tendo mobilidade de conexões em todos os sentidos, aponta para o reconhecimento da produção da multiplicidade, para a conexão entre pontos e disciplinas diversas.

Problematizar os limites das disciplinas, dos campos, dos setores é tensioná-las onde estão estáticas, congeladas, é evidenciar seus pontos de universalização. Essa prática transversal aplicada às disciplinas, a transdisciplinaridade, vem então desnaturalizar a visão estratificada dos “campos de saber-poder”, apontando a transitoriedade e multiplicidade de cada disciplina. Ela proporciona a oportunidade de criar intercessores entre elas, fazer séries, agenciar, *nomadizar as fronteiras*, torná-las instáveis (PASSOS; BARROS, 2000; SOUSA; ROMAGNOLI, 2012).

Por não ter seu funcionamento pautado em leis dicotômicas, centrais em muitos seguimentos da epistemologia ocidental, que segregam sujeito e objeto, a transdisciplinaridade opera de modo a romper os limites entre as disciplinas, assim como coloca em xeque os especialismos (PASSOS; BARROS, 2000).

Desestabilizar os campos do conhecimento ao ponto de torná-los caóticos, fazendo deles campos de criação de outros objetos-sujeitos, é uma das possibilidades que a aposta trans proporciona. Desta forma, é possível colocar em análise os funcionamentos dos saberes e práticas - assim como seus efeitos - que neste caso se propõem a cuidar, garantir direitos, medicalizar, disciplinar e também controlar jovens, encarnados nesse texto nos corpos de João e Ingrid.

Apostar que a saúde é um fenômeno multideterminado, que não se isola em questões biológicas, é colocá-la enquanto campo de forças, composto por vários atravessamentos. É nesta aposta política - de tornar comum experiências acumuladas pelas diferentes disciplinas e especialidades - que a transversalidade comparece como um modo de operar com a clínica no campo da saúde pública. Segundo Passos e Barros (2000), essa clínica pode ser operada de maneira multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar.

A perspectiva multidisciplinar é caracterizada por um conjunto de olhares que tentam dar solução para um objeto cuja natureza é multifacetada. Numa perspectiva interdisciplinar, ao invés de um somatório de olhares, uma zona de interseção é criada entre as disciplinas, delimitando um objeto específico. Estes dois casos, apesar de constituírem modos possíveis de operar com a clínica, reafirmam as fronteiras entre as diferentes disciplinas e especialidades. Já na perspectiva transdisciplinar, o que se busca é uma atitude crítica, um modo transversal de operar com a clínica, desestabilizando os limites instituídos das disciplinas. A transdisciplinaridade produz um efeito de modulação das disciplinas que se lançam, assim, em um movimento de diferenciação que não se resolve em um novo território disciplinar: “na transdisciplinaridade temos um processo de diferenciação que não tende à estabilidade” (PASSOS; BARROS, 2000, p. 77).

Contudo, é importante ressaltar que o pensamento transdisciplinar não anula as diferenças, a especificidade e a importância de cada disciplina. A diferença de saberes existe, mas interessa ainda mais a ressonância entre eles. Deleuze (2010) coloca esta questão: “Como é possível, sobre linhas completamente diferentes, com ritmos e movimentos de produção inteiramente diversos – como é possível que um conceito, um agregado e uma função se encontrem?” (p.154). Os saberes diferenciados estão aí, mas existe uma relação intrínseca entre eles, eles se conectam no campo da vida. A criação ocorre quando deixamos de pensar de maneira que segrega, divide (SOUSA; ROMAGNOLI, 2012) e passamos a nos atentar as temáticas que se cruzam, que se compõem, e o que pode ser produzido a partir daí.

Pensando a partir das contribuições de Deleuze e Guattari (1996), podemos destacar que o encontro entre as disciplinas e os saberes, tal como proposto pela perspectiva trans, podem caminhar a favor de uma classificação, o que os autores chamam de reterritorialização, ou lançar-se nas forças inventivas. Esses funcionamentos distintos coexistem, na realidade, no rizoma; as formas, os territórios são criados nas forças e as forças escapam aos territórios, as formas se atualizam nas nossas práticas e podem produzir efeitos de reprodução e reconhecimento ou de produção, invenções criativas e inovadoras.

As práticas trans nos proporcionam a possibilidade de criar, a partir do encontro com outros saberes, no “entre” das disciplinas. E esse “entre” das coisas “não designa uma correlação localizável que vai de uma para outra e reciprocamente, mas uma direção perpendicular, um movimento transversal que as carrega uma e outra, riacho sem início nem fim, que rói suas duas margens e adquire velocidade no meio” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 37).

Sendo assim, o pensamento transversal está aberto às multiplicidades, rompendo com as hierarquias, com o modelo de árvore cuja raiz está fixada sobre verdades absolutas e universais. Sousa e Romagnoli (2012), afirmam que o sistema rizomático, do mesmo modo que o pensamento transdisciplinar, é uma micropolítica, uma prática, que passa por experimentações, um exercício inevitável de tentar sair do funcionalismo, da territorialidade, e abrir-se para o novo.

Histórias como as de João e Ingrid nos convocam a apostar nessa pesquisa trans como aquela que nos permite não isolar a vida em um único campo ou disciplina, mas proporcionar um olhar integral dessas vidas, vidas que transitam por vários campos, e assim como os agenciamentos¹⁵ que as compõem, estão sempre ligados e conectados a outros múltiplos.

É exatamente por não caberem só no âmbito da justiça que João e Ingrid são obrigados a frequentar o CAPSi, ao mesmo tempo que são acompanhados pelo CREAS e todos os outros serviços pelos quais eles circulam vão sendo acionados. Para pensar esse caso, ou melhor, para pensar essas vidas, é preciso buscar a relação de intercessão com outros saberes/poderes/disciplinas. É aí que a noção de rizoma pode contribuir, com a possibilidade de invenção que pode acontecer a partir dos encontros entre os campos.

Essa leitura da transversalidade é usada como recurso epistemológico para se pensar a complexidade da vida, das tramas sociais e de seus consequentes desdobramentos. Quando delineamos o caso de João e Ingrid, somos convocados a pensar, usar ferramentas dos campos da promoção de saúde, da autonomia dos usuários, da redução de danos, da

¹⁵ Ao falar de agenciamento, Guattari e Rolnik (1986) se referem uma “noção mais ampla do que a de estrutura, sistema, forma, etc. Um agenciamento comporta componentes heterogêneos, tanto de ordem biológica, quanto social, maquina, gnosiológica(sic), imaginária” (p. 317).

desinstitucionalização da loucura, do enfrentamento das vulnerabilidades, judicialização e medicalização da vida, entre outros.

Caminhar na direção de uma prática transdisciplinar é, sem dúvida, um exercício complexo, pois requer trabalhar com os devires e os acontecimentos. O acontecimento que sustenta a prática transdisciplinar traz o estranho, o processo de transformação. A escolha em apostar na pesquisa trans parte daí, desse incômodo em ter que delimitar em um campo essas vidas. Guattari (1992) vai dizer que a escolha por essa forma de prática vem de um interesse pelo risco:

Deve-se levar em conta a iniciativa, o gosto pelo risco, a fuga de esquemas pré-estabelecidos, a maturidade da personalidade (mesmo tratando-se de pessoas muito jovens). Ainda uma vez, teremos mais a ganhar ao nos referirmos neste depoimento ao processo de criação estética do que às visões padronizadas, planejadas, burocratizadas que reinam frequentemente nos centros de pesquisas científicas, nos laboratórios e nas universidades (GUATTARI, 1992, p. 7).

Talvez esse seja o ponto central deste trabalho, a exposição ao risco, a aposta na verdade para contar uma outra versão de uma história que já foi contada por outros meios, como prontuários e relatórios médicos-jurídico. Tentar trazer aqui uma verdade outra acerca da vida de jovens infames exigiu solitário empenho de pesquisa, idas e vindas hesitações, avanços e recuos, escolhas que nem sempre podem ter apontado as melhores sendas, ou que não tenho sido exploradas o suficiente. Mesmo assim, sabendo dos limites deste trabalho apostado na escrita desta pesquisa como um instrumento da luta pela diferença que não contribua para os mecanismos de dominação. Sigo com os mesmos questionamentos, *O que pode ser produzido a partir de um incômodo? O que de potente se cria a partir de forças tão reativas como a indignação?* Mas agora me fortaleço com algumas pistas que podem indicar possíveis respostas. Acreditar no mundo é preciso!

FIM DA HISTÓRIA?

*Passaram-se anos que não tinha notícias de Joao e Ingrid, eles ainda estavam em mim. É apenas muito tempo depois que consigo novamente notícias dos dois. Na verdade, quem me encontra são eles. Meses depois de tentativas frustradas de entrar em contato, em um sábado pela manhã, meu telefone toca, eu ignoro a chamada, ainda eram 7 da manhã e eu queria dormir mais. Toca outra vez, atendo com certa preocupação pensando ser algo grave devido a insistência daquele número. Com a voz meio embaralhada de sono digo um alô, e logo escuto uma gargalhada do outro lado da linha. Em seguida escuto um “**Te acordei**”? Era João, tinha conseguido meu telefone com “uma tia lá do CAPS que encontrou na rua”. Afirmou que não podia mais ir ao CAPSi, porque o serviço trocou de endereço e agora estava no território de outra facção.*

Conversamos por horas, João disse que ele e Ingrid terminaram o relacionamento, pois estavam brigando muito, há mais de um ano. Disse que ela não mora mais na cidade, trocou de número e que não queria mais saber dela. Contou estava namorando outra pessoa e que tinha acabado de ter um filho com a nova companheira. Falou ainda que a avó dele e a prima de Ingrid ainda estavam tentando recuperar a guarda do primeiro filho. Falou também que estava trabalhando de assistente de pedreiro. Disse que largou o tráfico e estava de boa.

Em algum momento da ligação comentei sobre uma vaga de um curso técnico gratuito na cidade e se ele tinha interesse, mas que a condição era que o candidato tivesse ensino fundamental completo. Ele me disse com uma certa ironia que não tinha terminado a escola: “Rafa eu entrei para o tráfico com 12 anos, depois disso tudo que aprendi foi na rua”. Fiz silencio. Ele rapidamente muda o assunto, e começa a dar notícias sobre os “maconheiros que participavam daquele grupo do CAPS” (o tal grupo “DQ”), conversamos sobre isso um tempo.

Alguns estão presos, outros estão em situação de rua, poucos mantem o vínculo com os serviços de atenção psicossocial, outros mortos. Um silêncio acompanhou a notícia da morte do amigo de João, que assim como ele, também

*era usuário do CAPSi, participava do grupo de maconheiros¹⁶ e teve percursos de institucionalização em instituições totais. Morreu aos 17 anos. João corta o silêncio dizendo diz: “**é, e eu tô aqui, ainda não rodei nem morri, geral falava que eu não ia chegar nos 19 vivo, até eu achava isso**”. João resiste!*

João diz que precisa trabalhar, e desliga o telefone. Marcamos várias vezes de nos encontrar pessoalmente, de eu ir visita-lo e conhecer o seu filho. Mas ainda não conseguimos nos encontrar pessoalmente, porém, mantemos o contato, com certa frequência João manda mensagens, dando notícias suas e do seu filho.

Minha relação com João permanece, (com formato diferente da época que eu o acompanhava no CAPSi), ela passa pela criação de uma vinculação que ultrapassa a institucionalidade dos lugares pré-estabelecidos pelas hierarquizações psicólogo-paciente/ técnica-usuário. Construímos juntos outras formas de cuidar, circulando pela cidade, com liberdade para poder falar sobre o uso de drogas, por exemplo. João me ensinou, não só sobre locais mais seguros de circulação na cidade, dentre outras coisas que só uma aposta de cuidado no território, pautada em uma ética da redução de danos foi capaz de produzir.

Gostaria muito de encerrar o texto, já que essa história não se finda com o final dessas páginas, dizendo que construí com Ingrid a mesma relação que tenho com João. Que tenho notícias dela, que ela está bem. Finalizando estes escritos com certa leveza. Mas diante do compromisso que assumi, ao apostar na coragem da verdade, não posso dar essas boas novas.

Não tenho notícias de Ingrid, e não foi possível construir com ela uma vinculação que estremecesse os lugares instituídos. A privação de liberdade que foi sentenciada a ela, a impossibilidade de circulação pela cidade, foi fator que impediu que criássemos experiências outras, que não passasse pela institucionalização.

Penso que isso está diretamente relacionado aos discursos e práticas que cortaram o corpo de Ingrid. O fato dela ser uma jovem, negra, moradora de rua e usuária de drogas garantiu a patologização e medicalização do seu uso de

¹⁶ Os jovens se referiam assim ao Grupo que frequentavam no CAPSi.

drogas, o processo de exclusão e institucionalização a qual foi submetida, as violências físicas.

Reconhecer que nossa sociedade é instituída pelo racismo, patriarcado e luta de classes (PEREIRA, PASSOS, 2017), não significa dar a Ingrid rótulo de vítima, passiva a tudo que a aconteceu. Fazer isso seria produzir mais uma marca em Ingrid. Seria desconsiderar as diversas fugas dos abrigos, como movimentos de resistência frente ao poder disciplinar que tentava docilizar e esquadriñar seu corpo, seria amolar outra faca que a perfura.

Autoras como Collins (2019) e Ângela Davis (2016), afirmam que por trás da máscara hora de conformidade, hora vítimas passivas, que é imposta às mulheres negras, existem atos de resistência organizados e anônimos. As mulheres negras resistem as opressões. ***Ingrid resiste!***

Assim, haverá aqueles que lerão este discurso e que negarão sua veracidade a respeito do sujeito que o enuncia. Porém a liberdade de tudo dizer da parresia, faz ser possível falar de outras verdades não oficiais. Portanto, esta pesquisa não se pretende detentora de uma verdade estática ou natural. Nossa verdade aqui não é científica, nem jurídica, não as negamos enquanto legítimas, mas não nos conformamos à uma submissão a elas.

Se olharmos de perto, veremos que seus corpos dispersos e descartáveis para a sociedade, são também atravessados pela insistência em viver. Apesar de todos os esforços dos equipamentos sociais em esquadrihá-las, estigmatizá-las, encurralá-las definindo papéis e lugares na sociedade, essa juventude trazida aqui nos corpos de Ingrid e João inventam outros modos de viver e se colocar nesse mundo. Mesmo com todas as violências cometida em nome da garantia de direitos, de todas as tentativas de docilização desses corpos infames, eles desafiam os governos da vida, insistem em resistir.

Sem vitimizar ou glamourizar as jovens infâmias, esse caso nos convoca a pensar como é importante cuidar do cuidar dessas vidas: como cultivar a arte do encontro com elas, como construir sentidos na prática psi? Sentidos que cuidem da vida, que potencializem essas vidas? Como reinventar práticas diante de vidas cujo objetivo primeiro é sobreviver?

Ingrid e João colocam a partir de seus modos de vida algumas pistas em direção a possíveis respostas. Assim como escancaram grandes desafios às lutas antimanicomial e antiproibicionista, que ultrapassam aqueles

macropolíticos, garantidos pelas portarias, notas técnicas e decretos governamentais, eles se fazem nas batalhas diárias, dentro dos próprios serviços que surgem para substituir os manicômios.

Esse modo de vida também nos convoca a outras formas de atuação: que não seja a de classificar, rotular, esquadrihar e segregar, lembrando que o modo de atenção psicossocial acontece na vida cotidiana dos serviços de saúde mental, no trabalho vivo diário de seus profissionais, usuários e familiares que produzem saúde.

Ingrid e João nos ensinam a resistir, principalmente mediante o cenário político atual, no qual estamos no combate de práticas abomináveis. Para resistir é necessário acreditar no mundo, que nas palavras de Deleuze (1992, p.) significa suscitar” acontecimentos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempos, mesmo de superfície ou volume reduzidos(...)é ao nível de cada tentativa que se avalia a capacidade de resistência.

João quebra novamente o silêncio, lembrando: “é, e eu tô aqui, ainda não rodei nem morri”.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Johnny; PASSOS, Eduardo. Cartografar é habitar um território existencial. *In*: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA., Liliana da. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 131-149.

AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

AMARAL, Henrique Melo Alves. Interstícios da saúde e território: Trilhando percursos. (**Dissertação de Mestrado**) Programa de Pós Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2019.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro: Vida, Genocídio e 60 Mil Mortes No Maior Hospício do Brasil**. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BADINTER, Elisabeth. **O conflito: a mulher e a mãe**. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BAPTISTA, Luís Antônio dos Santos. **A cidade dos sábios: reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades**. São Paulo: Summus, 1999.

BASAGLIA, F. **Basaglia scritti II (1964-1980) - dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica**. Einaudi, Turim, 1982.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados**. Editora Garamond, 2005.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo?. **Interface**. Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 fev. 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200014>.

BEZERRA, Teresa Olinda Caminha; GURGEL, Claudio Roberto Marques. A política pública de cotas em universidades, enquanto instrumento de inclusão social. **Pensamento & Realidade. Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em Administração-FEA. ISSN 2237-4418**, v. 27, n. 2, 2012

BILGE, Sirma. , “Théorisations féministes de l’intersectionnalité”. *Diogène*, 1(225), 2009.

BOCCO, Fernanda. Cartografias da infração juvenil. Porto Alegre: **Abrapso Sul**, 2006.

BOITEUX, Luciana. Possibilidades e perspectivas da descriminalização das drogas ilícitas. **Le Monde Diplomatique**, v. 3, n. 26, 2009.

BOITEUX, Luciana. Drogas e Cárcere: Repressão às drogas, aumento da população penitenciária brasileira e alternativas. *In*: **Drogas uma nova**

perspectiva. SHECAIRA, S.S.(org). Instituto Brasileiro de Ciências Ccriminais. São Paulo, 2014.

BOCK, Ana Mercês Bahia. A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: a adolescência em questão. **Cadernos Cedes**, v. 24, n. 62, p. 26-43, 2004.

BOTELHO, Ivana Carneiro. **Narrando experiências, montando ca(u)sos. Análises das práticas de cuidado na saúde mental infanto-juvenil.**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Institucional. Vitória: 2014.150p.

Disponível em:

http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_8370_Ivana%20Botelho.pdf . Acesso em 20 fev. 2020.

BRANDÃO, P. A prática da redução de danos no espaço de convivência. Centro de Convivência É de Lei. **Cultura, juventudes e redução de danos / Centro de Convivência É de Lei – São Paulo: Córrego, 2015.**

BRASIL. Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília, 09 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 23 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 20 fev 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional De Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Exame Nacional Do Ensino Médio (Enem): Fundamentação Teórica Metodológica. Brasília, DF: **INEP**, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.**

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 20 fev 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.132 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em: 20 fev 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336 de 19 de Fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 20 fev 2020.

BRASILIANO, S. Psicoterapia psicanalítica de grupos para mulheres drogaditas: o que há de feminino? In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. (orgs.). **Drogas e pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Eduerj; 2003. p. 68-75.

BUCK-MORSS, Susan. Hegel e o Haiti. São Paulo: n-1 edições, 2017.

BUTLER, Judith. Relatar a si mesmo. Crítica da violência ética. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

BUTLER, J. The psychic life of power: theories in subjection. Stanford: Stanford University Press, 1997.

BUTLER, Judith. Relatar a si mesmo. Crítica da violência ética. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

CARTA DE BAURU. Bauru, 1987. **II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental**. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 20 fev 2020.

CASA DIA, Clínica. Clínica de Recuperação. **Clínica de Recuperação Dia**, 2016. Disponível em: <<http://www.clinicaderecuperacaodia.com.br/index.php>>. Acesso em: 17 Outubro 2016.

CASTEL, Robert. O Salvamento da Instituição Totalitária. In: CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. Cap. 2. p. 55-95.

CENTRO de Convivência É de Lei. **Cultura, juventudes e redução de danos / Centro de Convivência É de Lei – São Paulo: Córrego, 2015.**

CERTEAU, Michel: A invenção do cotidiano: 1. Artes de fazer. Petrópolis: Vozes, 2008.

CERTEAU, Michel de; INVENÇÃO DO COTIDIANO, A. Artes de fazer. **A invenção do cotidiano**, v. 1, 2013.

CHAVES, E. **Michel Foucault e a Verdade Cínica**. Campinas, SP: Editor PHI, 2013.

CLEMENTE, Anselmo; LAVRADOR, Maria Cristina Campello; ROMANHOLI, Andrea Campos. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória – ES. **Polis e Psique**, Vol.3, n.1, 2013. Disponível em <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/41111>. Acesso em: 19 fev. 2020.

COFEN. **Resolução COFEN Nº 427/2012 de 7 de maio de 2012**. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html. Acesso em Março de 2020.

COIMBRA, C. **Guardiães da ordem: uma viagem pelas práticas psi no Brasil do “Milagre”**. Rio de Janeiro: Oficina do autor, 1995.

COIMBRA, C. Produzindo a periculosidade do adolescente na contemporaneidade. In: MELLO, A., CASTRO, A.L. e GEIGER, M. (Orgs). Conversando sobre adolescência e contemporaneidade. Porto Alegre: **Conselho Regional de Psicologia** 7, 2004, p. 128-141.

COIMBRA, C. **Operação Rio: o mito das classes perigosas**. Rio de Janeiro: Oficina do autor/Intertexto, 2001.

COIMBRA, C.; NASCIMENTO, M. L. A produção de crianças e jovens perigosos: a quem interessa. **Jovens em tempo real**, p. 58-63, 2003.

COIMBRA, C. M. B; BOCCO; NASCIMENTO, M. L. Subvertendo o Conceito de Adolescência. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 57, 2005.

COLLINS, Patricia Hill. **Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento**. Trad. Natália Luchini. Seminário "Teoria Feminista", Cebrap, 2019.

COUTO, M. C. V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. **A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política.**, Belo Horizonte, p. 61-74., 2011

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 390-398, Agosto 2008.

CRM. **Resolução CFM Nº 2057 DE 20/09/2013**. Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=261677>. Acesso em março de 2020.

DAVIS, Angela. **Estarão as prisões obsoletas?**. Editora Bertrand Brasil, 2018.

- DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. Boitempo Editorial, 2016.
- DELEUZE, Gilles e FOUCAULT, Michel. Os intelectuais e o poder. In FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 16ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p.69-78.
- DELEUZE, G.: **Foucault**. Tradução de Claudia Sant'Anna Martins; revisão da tradução de Renato Janine Ribeiro. São Paulo: Brasiliense, 2008.
- DELEUZE, Gilles. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, v.2, 2010.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, v.1, 1995.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, v.3, 1996.
- DELFINI, S. D. S.; REIS, O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **CADERNOS DE SAUDE PUBLICA**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 357-366, Fevereiro 2012.
- DELGADO, P. G. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p.1-4, 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200200>. Acesso em: 29 set. 2019.
- DELGADO, P. G. G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. **Arq. Bras. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p.114-121, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000200012>. Acesso em: 29 set. 2019.
- DIAS, Rafael Mendonça. Luta antimanicomial e antiproibicionista no Brasil: contracultura e experimentações clínico-políticas. **Mnemosine**, v. 15, n. 2, 2019.
- DONZELOT, Jacques. A polícia das famílias. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- DOSSE, François. **Biografias cruzadas: Gilles Deleuze & Félix Guattari**. Porto Alegre: ARTMED, 2010.
- SCOREL, Sarah. Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário. **Dissertação de Mestrado** em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1987.
- ESCOHOTADO, Antonio. **O livro das drogas**. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.
- ESCOHOTADO, A. **História general das drogas**. Editora Espasa Calpe. Madri, 2005.

ESPINHEIRA, Gey. Os Tempos e os Espaços das Drogas. In: TAVARES, Luís Alberto; ALMEIDA, Alba Rivas; NERY FILHO, Antonio (Org.). Drogas, Tempos, Lugares e Olhares Sobre o seu Consumo. Salvador: EDUFBA/CETAD/UFBA, 2004. p.1-26.

FALCÃO, H. G; TEIXEIRA, S. Construindo a histórias dos povos indígenas no Norte e Noroeste Fluminense através do olhar dos viajantes. In: Encontro Regional da ANPUH-RIO: Memória e Patrimônio, 14. Rio de Janeiro, 2010. .

FIGUEIRÊDO, Marianna Lima; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-** Maceió: UNIT, 2014, v. 2, n. 2, p 121-136.

IORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 92, p. 9- 21, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000100002. Acesso em: 15 out. 2016.

FONTE, Eliane Maria Monteiro. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia-ISSN: 2317-5427**, v. 1, n. 18, 2012.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. 1975.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal 1988.

FOUCAULT, Michel. Anti-Édipo: introdução à vida não-fascista. In: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Anti-Édipo**. Rio de Janeiro: Hólon Editorial, 1991. Disponível em: <https://pimentalab.milharal.org/files/2012/05/foucault_anti_edipo.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2019.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 2: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1994.

FOUCAULT, M. A **Ordem do Discurso**. Aula inaugural no College de France. Pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola: 1996.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In M. Foucault **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979

FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos IV**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

FOUCAULT, M. Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. In: **Ditos e escritos IV. Estratégia, Poder-Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, pp.335-351, 2003.

FOUCAULT, M. **Ditos & Escritos V- Ética, Sexualidade, Política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. **Em defesa da Sociedade**. Curso no Collège de France, 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes, 2005a.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 2005b.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)**. Martins Fontes, 2006a.

FOUCAULT, M. **A Hermenêutica do sujeito**: curso dado no Collège de France (1981- 1982). Trad. Márcio Alves da Fonseca, Salma Tannus Muchail. 2ª edição. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2006b.

FOUCAULT, M. **Os Anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. **O Governo de Si e dos Outros**. Martins Fontes, São Paulo, 2011

FOUCAULT, Michel. **O corpo utópico, as heterotopias**. Trad. Salma Tannus Muzhail. São Paulo: N-1, 2013a.

FOUCAULT, M. **Repensar a Política: Ditos & Escritos VI**. Org. Manoel Barros de Mota. Trad. Ana Lucia Paranhos Pessoa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013b.

FOUCAULT, M. **A Coragem da Verdade: O Governo de Si e dos Outros II. curso no collège de France (1983-1984)**. Martins Fontes, São Paulo, 2017.

GARCIA, C.C. **Ovelhas na Névoa: um estudo sobre as mulheres e a loucura**. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1995.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974. 320

GONDIM, D. **Análise da Implantação de um Serviço de Emergência Psiquiátrica no município de Campos dos Goytacazes-rj.: Inovação ou Reprodução do Modelo Assistencial?**. 2001. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001

GOUVEIA, Rachel. "De escravas a cuidadoras": invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. **O Social em Questão**. n.38. 2017. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_38_art_4_Passos.pdf. Acesso em: 20 fev 2020.

GOUVEIA, Rachel. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 3, p.10-23, 23 dez. 2018. DOI <http://dx.doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.21483>. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483/15672>. Acesso em: 13 abr. 2019.

GOUVEIA, Rachel. As vozes que ecoam: mulheres, ressentimentos e saúde mental. **Cadernos de História da Ciência**, v. 6, n. 1, p. 129-140, 2010.

GROS, Frédéric.. **Foucault e a coragem da verdade**. Editora Parábola, São Paulo 2004.

GUATTARI, Félix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Editora 34, Rio de Janeiro. 1992.

GUATTARI, Félix. Fundamentos ético-políticos da interdisciplinaridade. **Revista tempo brasileiro**, v. 108, p. 19-26, 1992.

GUATTARI, Félix. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. Editora Brasiliense, 1981.

GUATTARI, Félix. **Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional**. Aparecida: Ideias e Letras, 2004.

GUATTARI, F. ROLNIK, Suely. Micropolítica: cartografias do desejo. **Petrópolis: Editora Vozes**, 1986.

GUATTARI, Félix. **Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional**. Aparecida: Ideias e Letras, 2014.

GUIMARÃES, Ana Beatriz Pedriali et al. **Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas**. 2009.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alvez; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**. Ano XXII, nº 44. 2019. p 111-138. Disponível em: osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf. Acesso em: 20 fev 2020.

HAESBAERT, Rogério. Território e desterritorialização em Deleuze e Guattari..In: **O mito da desterritorialização**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, p. 99-141, 2006.

HIRATA, Helena. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo social**, v. 26, n. 1, p. 61-73, 2014.

HISSA, Cássio Eduardo Viana. Ambiente e vida na cidade. **As cidades da cidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, p. 81-92, 2006.

HOCHGRAF, Patrícia Brunfentinker. Alcoolismo Feminino: comparação das características sócio-demográficas e padrão de evolução entre homens e

mulheres alcoolistas. 1995. 112p. Tese (**Doutorado em Medicina**) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 1995

HOOKS, Bell et al. **Otras inapropiables: Feminismos desde las fronteras. Madrid: Traficantes de sueños, 2004.**

HOOKS, Bell. **Erguer a voz: pensar como feminista, pensar como negra.** São Paulo: Editora Elefante, 2019.

IPEA. **Atlas da Violência 2017.** Rio de Janeiro: 2017. Disponível em https://www.ipea.gov.br/portal/images/170609_atlas_da_violencia_2017.pdf. Acesso em: 20 fev. 2020.

IPEA. **Atlas da violência 2018.** Disponível em: www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf. Acesso em: 20 fev 2020.

JUCÁ, V; FERNANDES, C. M. A puberdade e a adolescência somam motivos contra a redução da maioridade penal. **Estadão**, 2015. Disponível em: <http://vida-estilo.estadao.com.br/blogs/crianca-em-desenvolvimento/a-puberdade-e-a-adolescencia-somam-motivos-contr-a-reducao-da-maioridade-penal/>. Acesso em: 25 novembro 2016.

Karam, M. L. A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. **Drogas e cultura: novas perspectivas**, 2007.

LANCETTI, Antonio. **Prevenção, preservação e progresso em saúde mental.** Saúde e loucura, São Paulo: Hucitec, n. 1, 1989.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética.** São Paulo: Hucitec, v. 3, 2006.

LAPASSADE, Georges; SOUSA, Agostinho Trindade. **A entrada na vida.** 1973.

LAPOUJADE, D. **Deleuze, os movimentos aberrantes.** São Paulo: n-1 Edições, 2015.

LARROSA, Jorge. Erótica e Hermenêutica. In: **Linguagem e Educação depois de Babel.** Belo Horizonte: Autêntica, p. 175 – 184. 2004.

LEITE, Gabriela. Porque Gabriela gosta da palavra puta/ Why Gabriela prefers the

MACHADO, Roberto et al. Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. In: **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** 1978.

LEPRE, Rita Melissa. **Adolescência e construção da identidade.** 2005.

LIFSCHITZ, J. A. De açúcar e orixás: Aonde foi a parar a cultura negra em Campos dos Goytacazes? 2008. disponível em: <http://www.abant.org.br/>

conteudo/ANAIS/CD_Virtual_26_RBA/foruns_de_pesquisa/trabalhos/FP%2011/Microsoft%20Word%20-%20Lifschitz%20_FP11_.pdf >, acesso em 20/09/2018.

LIMA, Fátima. Vidas Petas, Processos de Subjetivação e Sofrimento Psíquico: Sobre viveres, feminismo, interseccionalidades e mulheres negras. In: **Luta Antimanicomial e Feminismos: Discussões de Gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 1ª Edição, Rio de Janeiro, 2017.

LIMA, Fátima. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 70, n. spe, p. 20-33, 2018.

LOBO, L. F. Psiquiatrização da Infância no Brasil: Bourneville- Primeiro Pavilhão- Escola para Crianças Anormais do Hospício Nacional de Alienados. In: DO NASCIMENTO, M. L.; FONSE, T. M. G.; (ORG) **Práticas Psi - Inventando a vida**. 1. ed. Niterói : Eduff, 2007.

LOBO, Lilia Ferreira. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Lamparina, 2015.

LOPES, Luciana Rocha. Engrenagens de uma notificação. Medos fabricados e corpos interditos: O feminino, o crack e a maternidade. **Tese de doutorado**- Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2018.

LOURAU, René. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LOURAU, R. El estado en el análisis institucional. In: LOURAU, R e LAPASSADE, G. **El análisis institucional**. Madri: **Campo abierto**, 1977.

LOURAU, René. Objeto e método da análise institucional. In: ALTOÉ, Sônia. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. **Loucura e subjetividade. Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 45-58, 2001.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. Barcelona: Melusina, 2011. Traducción de Elisabeth Falomir Archambault.

MEAD, Margareth. **Adolescencia y cultura en Samoa**. 1ª edición. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1951.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MONKEN, Maurício et al. O território na saúde: construindo referências para análises de saúde e ambiente. In: MIRANDA, Ary Carvalho et al. (orgs.) **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p. 23-41.

- MOREIRA, Tales Willyan Fornazier; PASSOS, Rachel Gouveia. Luta antimanicomial, racismo e o avanço do conservadorismo em tempos "temerosos". **Temporalis**, v. 18, n. 36, p. 178-192, 2019.
- NEGRI, Antonio; COCCO, Giuseppe. Globo (AL). Rio de Janeiro: Record, 2005.
- NIETZSCHE, F. **Humano, Demasiado Humano**. Um livro para espíritos livres. Trad. de Paulo César de Souza. São Paulo: Cia. das Letras, 2008.
- NEGRI, Antonio; HARDT, Michael. **Multidão**. Rio de Janeiro: Record, 2005.
- NIETZSCHE, F. W. **Sobre verdades e mentiras no sentido extra-moral** (Obras incompletas). Tradução e notas de Rubens Rodrigues Torres filho. São Paulo: Abril Cultural, 1983.
- NOGUEIRA, M. L.; SANDER, J. **A cidade: o jogo da alteridade**. Corpocidade: debates em estética urbana 1, Salvador/BA, 2008. Disponível em <http://www.corpocidade.dan.ufba.br/arquivos/resultado/ST4/MariaNogueira.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2019.
- OLIVEIRA, Jeane Freitas de; PAIVA, Mirian Santos; VALENTE, Camila LM. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 473-481, 2006.
- PALOMBINI, Analice de Lima. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. **Psyche**, São Paulo, v. 10, n. 18, p.115-127, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000200012. Acesso em: 29 jun. 2019.
- PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.
- PASSOS, Eduardo Henrique, SOUZA, Tadeu . Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de " guerra às drogas". **Psicologia & Sociedade**, p. 154-162. 2011.
- PASSOS, Rachel Gouveia, PEREIRA, Melissa de Oliveira. Desafios Contemporâneos na Luta Antimanicomial: Comunidades Terapêuticas, gênero e sexualidade. In: **Luta Antimanicomial e Feminismos: Discussões de Gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 1ª Edição, Rio de Janeiro, 2017.
- PASSOS, Rachel Gouveia. Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 18, n. 45, 2020.
- PELBART, P. **Da clausura do fora ao fora da clausura**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

PELBART, Peter Pal. Exclusão e biopotência no coração do império. *In: Seminário estudos territoriais de desigualdades sociais*. São Paulo, 2001.

PELBART, P. P. **Vida Capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo, Iluminuras, 2003.

PINTO, Getúlio S. S. Alegorias psicotrópicas: Substâncias psicoativas ilegais, drogas e as imagens contemporâneas de uma práxis milenar. (**Dissertação de Mestrado**). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional – PPGPI. Universidade Federal do Espírito Santo – UFES. Vitória, 2017

PIMENTEL, E. C. **Políticas Públicas, Saúde e Exercício Ético: mestiças composições**. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional – Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2014.

RAUTER, Cristina. *Criminologia e Subjetividade*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

REVEL, Judith. O pensamento vertical: uma ética da problematização. *In: GROS, Frederic (org.). Foucault: a coragem da verdade*. São Paulo: Parábola Editorial, 2004.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 515-526, 2015.

RIZZINI, I. **O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula e Amais Livraria e Editora, 1997.

RIZZINI, I e PILLOTTI, F. **A arte de governar crianças: a história das políticassociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano del Niño, Editora Universitária Santa Úrsula, 1995.

RODRIGUES, Thiago. Política de drogas e a lógica dos danos. **verve. revista semestral autogestionária do Nu-Sol.**, v. 3, n. 3, 2003.

RODRIGUES, Thiago. Tráfico, Guerra, Proibição. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. **In: Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Labate, B., Goulart, S., Fiori, M., Carneiro, H. (Orgs). pp. 91-104. Salvador: EDUFBA, 2008.

ROLNIK, S. **Uma insólita viagem à subjetividade: fronteiras com a ética e a cultura**. *In: LINS, D.S. (Orgs). Cultura e subjetividade: saberes nômades*. 3ª edição. Campinas: Papius, 2002.

ROTELLI, F. A instituição inventada. *In: Nicácio MF. Desinstitucionalização*. Hucitec, São Paulo. 1990.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via: A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental

e dos “Países Avançados”;. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. Cap. 1. p. 17-59.

SÉVERINE, David. **The specificities of female drug addiction**. [serial on the internet] 2004 August [cited 2004 December 10]; [about 03 p.]. Available from: [http:// www.drugtext.org/library/articles/peddr0033.htm](http://www.drugtext.org/library/articles/peddr0033.htm). Acesso em: 24/10/2007.

SCHEERER, Sebastien. Estabelecendo o controle sobre a cocaína (1910-1920). In: BASTOS, Francisco Inácio; GONÇALVES, Odair Dias (Org.). **Drogas, é legal: um debate autorizado**. Rio de Janeiro: Imago, 1993

SCHWIDERSKI, Antônio Carlos; TCHAIKOVSKI JR, Osvaldo; MANZARRA, Sílvia. **Protocolo de procedimentos de contenção mecânica**. HCAB, São Paulo, 2013.

SILVA, FLÁVIA FERNANDO LIMA. O que não cabe nas ruas de uma cidade? Entre narrativas maiores e resistências brincantes. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014

SILVA, Anelize Teresinha; SILVA, Josiéle Cristina; OLIVEIRA, Fernanda Motta. Infância e adolescência e redução de danos/intervenção precoce: diretrizes para intervenção. *Psicologia Argumento*, v. 31, n. 72, 2017.

SILVA, A. A. Das vidas que não (se) contam: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará. 2015. 345 f. Tese (**Doutorado em Psicologia Social**) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2015.

SIMONINI, Eduardo; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Transversalidade e esquizoanálise. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 24, n. 3, p. 915-929, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v24n3/v24n3a15.pdf>. Acesso em: 20 fev 2020.

SIMONINI, Eduardo; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Transversalidade e esquizoanálise. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 24, n. 3, p. 915-929, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v24n3/v24n3a15.pdf>. Acesso em: 20 fev 2020.

SODRÉ, Rachel Fontes. A comunicação na cidade: polifonia e produção de subjetividade no espaço urbano. In: **Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**. 2006.

SOUSA, Letícia Soares; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Considerações acerca da articulação clínica, rizoma e transdisciplinaridade. **Mnemosine**, v. 8, n. 1, 2012.

SOUZA, Tadeu de Paula. **Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento**. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Niterói: 2007. 116p.

SOUZA, Tadeu. A norma de abstinência e o dispositivo " drogas": direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). Campinas: Universidade Estadual de Campinas. **Faculdade de Ciências Médicas**, 2013.

SOUZA, Tadeu de Paula; CARVALHO, Sergio Resende. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. **Rev. polis psique**, p. 37-58, 2012.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, p. 649-659, 2004.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, p. 73-85, 2001.

VALENT, J. Juventude e Redução de Danos. Centro de Convivência É de Lei. **Cultura, juventudes e redução de danos / Centro de Convivência É de Lei** – São Paulo: Córrego, 2015.

VARGAS, E. V. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas In: Labate, B. C., Goulart, S. L., Fiore, M., MacRae, E. J. B. D. N., & Carneiro, H. **Drogas e cultura: novas perspectivas**. UFBA, Salvador. 2008.

VELHO, Gilberto. Drogas, níveis de realidade e diversidade cultural. **Drogas: a hegemonia do cinismo**, p. 71-89, 1997.

VEYNE, Paul. Foucault revoluciona a história. **Como se escreve a história**, v. 1992, p. 1995, 1982.

VICENTIN, Maria Cristina G.; GRAMKOW, Gabriela e ROSA, Miriam Debieux. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de "novos" manicômios judiciários. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** [online]. 2010, vol.20, n.1, pp. 61-69. ISSN 0104-1282.

VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves; GRAMKOW, Gabriela e MATSUMOTO, Adriana Eiko. Patologização da adolescência e alianças psi-jurídicas: algumas considerações sobre a internação psiquiátrica involuntária. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)** [online]. 2010, vol.12, n.3, pp. 268-272. ISSN 1518-1812. http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1518-18122010000300010&lng=pt&nrm=iss&tlng=pt