

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional

ANSELMO CLEMENTE

**CIDADE E POLITICA SOBRE DROGAS: DESAFIOS DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEMPORÂNEO**

VITÓRIA
2014

ANSELMO CLEMENTE

**CIDADE E POLITICA SOBRE DROGAS: DESAFIOS DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEMPORÂNEO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como parte das exigências para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Institucional

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Campello Lavrador.

VITÓRIA

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

ANSELMO CLEMENTE

**CIDADE E POLITICA SOBRE DROGAS: DESAFIOS DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEMPORÂNEO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como parte das exigências para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Institucional

Aprovada em 07 julho de 2014

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dra Maria Cristina Campello Lavrador
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dra Maria Elizabeth Barros de Barros
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dra Analice de Lima Palombine
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Aos,

Meus pais, por toda um vida de apoio, aprendizado e carinho.

Aos meus amigos, irmãos de vida...

Aos amigos e parceiros do programa de mestrado, por toda compreensão e cuidado

AGREDACIMENTOS

São tantos e tão especiais,

Ao João, por tudo: pela amizade, discussões, afetações e aprendizado mutuo de grande contribuição para esta dissertação.

A Cristina, orientadora querida, amiga e companheira nessa caminhada.

Aos amigos e companheiros de luta da rede de Saúde Mental de Vitória.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo, pelo fundamental apoio e financiamento do Estágio Técnico Científico Internacional.

Ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Institucional, pelo enorme compreensão e apoio nesta caminhada.

À Coordenação Nacional de Política de Humanização do Ministério da Saúde, pelo acolhimento nesta nova fase da minha vida.

Aos companheiros da Luta Antimanicomial.

Ao SICAD, Ministério da Saúde Português, pelo acolhimento durante o estágio e especial Paula Andrade pelo acolhimento.

À minha amiga Cláudia, pelo apoio na revisão final do texto.

vida repensada
noite de insônia -
manhã cansada

Zezé Pina

RESUMO

No contexto da reforma psiquiátrica, esta pesquisa está relacionada ao campo da atenção aos usuários de drogas, particularmente aos “usuários de crack” que perambulam pelas regiões metropolitanas das cidades brasileiras. Amplia-se o debate com as discussões relacionadas à formação da cidade considerando a convivência urbana. Nesse sentido, o embate entre o público e o privado, a governamentalidade dos corpos na urbe e a serialização da vida na contemporaneidade atravessam o cuidado prestado nos serviços de saúde mental. Organizada em forma de três capítulos científicos, esta dissertação de mestrado utiliza-se do estilo em escrita literária para tratar da produção de subjetividade no urbano. Discute este contexto a partir de pesquisa acerca da consolidação/tensionamento experimentado por uma rede local de saúde mental e amplia a pesquisa à luz de um relato de experiência de estágio internacional na rede de atenção aos usuários de drogas de Portugal, referência para os organismos internacionais na área. Conclui-se com o resgate do processo desenvolvimentista vivenciado no urbano nos anos finais do século XIX e inícios do século XX, e consequente exclusão dos desviantes através dos manicômios, tomando como exemplo a cidade do Rio de Janeiro.

Palavras chaves

Reforma Psiquiátrica, Políticas de Saúde Mental e Drogas, Cidade

ABSTRACT

In the context of psychiatric reform, this research concerns the attention to drug users, particularly "crack users" who live in metropolitan areas. The overall debate looks into the formation of the city by taking urban life into consideration. In that sense, the conflict between the public and the private spheres, the governmentality of human bodies within the 'urbe', as well as the serialization of contemporary life emerge in the care provided in mental health services. The present dissertation is organized into three scientific chapters, one of which written in literary style in order to address the production of subjectivity in the city. The context in which the research is developed touches the experience of a local mental health institutional network in its consolidation and tensions. The present research also expands to report the experience on the international stage of care provided to drug users in Portugal, in reference to international organizations in the area. Finally, the conclusion brings forth the developmental urban process experienced in the final years of the nineteenth and of the twentieth century as well as the subsequent exclusion of deviants of social life via mental hospitals, taking as example the city of Rio de Janeiro.

Keywords

Psychiatric Reform, Drug and Mental Health Policies, City

LISTAS DE ABREVIATURAS SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CAT	Casa de Acolhimento transitório
CAT	Centro de Atendimento a Toxicodependentes
CEPD	Centros de Estudos e de Profilaxia da Droga
CRI	Centro de Respostas Integradas
CDT	Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência
CT	Comunidade Terapêutica
eCR	Consultório na Rua
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência
OMS	Organização Mundial de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
PS	Pronto Socorro
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SPPT	Serviço de Prevenção e Proteção da Toxicodependência
UA	Unidade de Acolhimento
UNODC	Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime

SUMÁRIO

Introdução	12
1. Habitar a cidade, a via pública e a luz da meia noite	14
2. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras na rede de saúde mental da cidade de Vitória – ES	35
3. Diálogos sobre a Política Brasileira e Portuguesa de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas: Relato de Experiência de Estágio	55
4. Considerações sobre a Cidade e a Política de Drogas.....	96

1. INTRODUÇÃO.

Em março de 2012 ingressei no mestrado do Programa de Pós-Graduação em de Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (PPPSI/UFES), através da linha de pesquisa designada como “Subjetividade e Clínica” e particularmente do grupo de pesquisa “Desafios Contemporâneos em Saúde Mental”.

Como trabalhador do campo da saúde mental e militante da reforma psiquiátrica, a proposta inicial de pesquisa tratava da discussão acerca dos desafios da consolidação da política de saúde mental na região metropolitana de Vitória frente aos tensionamentos cotidianos vivenciados nos dispositivos da rede de atenção psicossocial, tensões estas relacionados à atenção aos usuários de drogas (em especial usuários de CRACK em certa situação de rua).

Desde o início da pesquisa, sabíamos que esta temática era desafiadora dada às múltiplas dimensões em que poderíamos abordar a atenção dispensada aos “usuários de crack em situação de rua” no contexto da reforma psiquiátrica. Sabíamos que essas dimensões não passariam somente pelo registro da consolidação, dilemas e desafios de uma rede local de atenção psicossocial a esses usuários, mas também por uma discussão mais ampliada relacionando o campo da saúde mental e a própria noção de cidade/urbanidade no contemporâneo.

Conforme essas dimensões entre a Cidade e a loucura/uso de drogas que foram comparecendo no percurso da pesquisa, resolvemos dimensionar a apresentação da dissertação em camadas ou capítulos que se relacionam, mas também mantém unidade, formato, estilo de escrita próprios. Isso por que, os capítulos aqui apresentados são produções objetivando a publicação em formato de artigo científico.

Sendo assim, optamos por apresentar a dissertação na forma de três artigos científicos. Esta modalidade, ainda pouco tradicional no Brasil,

oportunizou a divulgação mais rápida e prática dos resultados.

No primeiro capítulo apresentamos o artigo científico intitulado **Habitar a cidade, a via pública e a luz da meia noite**, publicado na revista **Mnemosine Vol.9, nº 2, p.250-270 (2013)**. Neste artigo trabalhamos em estilo de narrativa literária e com recursos da literatura as noções de cidade subjetiva, convivência urbana, espaço público e privatização da vida.

No segundo capítulo apresentamos o artigo científico intitulado, **Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras na rede de saúde mental da cidade de Vitória – ES**, publicado na revista **Polis e Psique, Vol.3, n.1, 2013**. Neste artigo trabalhamos os desafios da reforma psiquiátrica através da consolidação e tensionamentos vivenciados pela rede local de saúde mental de Vitória – ES, com enfoque na convivência da cidade e a atenção aos usuários de crack vivem pelas ruas.

No terceiro capítulo apresentamos o artigo científico intitulado **Diálogos sobre a Política Brasileira e Portuguesa de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas: Relato de Experiência de Estágio**. Trata-se de relato de experiência vivenciado pelo autor na rede de atenção aos usuários de drogas em Portugal. Este artigo de certa forma amplia as discussões de reforma psiquiátrica, serviços de atenção aos usuários de drogas e convivência na cidade num contexto internacional

Os dois primeiros artigos estão compilados dentro da formatação exigida por cada um dos periódicos científicos em que foram publicados, o terceiro capítulo, organizado como relato de experiência, esta em fase de submissão em periódico científico.

Habitar a cidade, a via pública e a luz da meia noite

To inhabit the city, the streets and the midnight light

Anselmo Clemente; Maria Cristina Campello Lavrador

Universidade Federal do Espírito Santo

RESUMO:

A problemática que nos incita a escrever a duas mãos diz respeito à cidade, a rua, ao espaço público e à possibilidade de encontro entre os corpos/afetos. Trata-se aqui de uma cidade sensível, com certa nuance subjetiva e até clandestina em alguns aspectos, que traz à cena o pulsar da vida urbana em seus processos de subjetivação. Bem como se trata de inquietar os personagens com indagações sobre o a noção de público e de privado. A literatura também comparece no texto pela contribuição narrativa das crônicas de João do Rio e Ribeiro Couto, às quais se agrega a experiência de cidade do personagem Carlos, no filme São Paulo Sociedade Anônima. Todos eles inspiraram esta experimentação de tema/escrita em que interessa a experiência da cidade com seus personagens ficcionais. Nas passagens escritas em estilo narrativo, pouco importa quais são seus nomes ou lugares em que se inserem. Importa o movimento/encontro dos afetos e as vibrações que atravessam os corpos e produzem experiências.

Palavras-chave: cidade; subjetividade; espaço público; prática narrativa

ABSTRACT:

The issue that encourages us to co-author concerns the city, the streets, public spaces and the possibility of the encounter between bodies/affections. It is about a sensitive city, its subjectivity aspect and even illegal situations that bring to light the pulse of urban life in its processes of subjectivities. As well as to unease the characters with questions about the notion of public and private. Literature is also presented in the text by the narrative contribution of the chronicles by João do Rio (2003) and Ribeiro Couto (1924) and the urban experience of the character Carlos from the movie “São Paulo, Sociedade Anônima” that inspired this attempt at subject writing on the city experience with its fictional characters. In the passages written in narrative style it doesn't matter what their names are or where they live. What matters is the movement/encounter of affections and the vibrations that go through bodies and produce experience.

Key-words: city; subjectivity; public space; narrative practice

Introdução

A problemática que nos incita a escrever a duas mãos diz respeito à cidade, à rua, ao espaço público e à possibilidade de encontro entre os corpos/afectos¹. Trata-se aqui de uma cidade sensível, com certa nuance subjetiva e até clandestina em alguns

aspectos, que traz à cena o pulsar da vida urbana em seus processos de subjetivação. Bem como se trata de inquietar os personagens com indagações sobre o urbano em nós e sobre a noção de ‘público’, de via pública e suas diferenças quanto à noção de privado.

Vamos traçar brevemente e historicamente a relação entre público e privado a partir dos estudos de Richard Sennett (1988).

Os primeiros usos da palavra ‘público’ em inglês significavam o bem comum na sociedade. Depois de algumas décadas lhe foi acrescentado o sentido daquilo que é manifesto e está aberto à observação geral. Entre o século XVII e o século XVIII, a oposição entre ‘público’ e ‘privado’ era clara, isto é, público significava aberto à observação de qualquer pessoa e privado significava um território protegido da vida, que era definido pela família e pelos amigos. No século XVIII o público e o privado eram dois lados de uma mesma moeda.

De acordo com Sennett (1988), três forças agiram na mudança das ideias de privado e de público no século XIX:

1) O duplo relacionamento do capitalismo industrial com a cultura pública nas grandes cidades, que se caracterizava pelas pressões de privatização suscitadas na sociedade burguesa e pela mistificação da vida material em público. O impacto do capitalismo teria produzido a busca de proteção no domínio privado. Dessa forma, a família idealizada como fonte de segurança foi se afirmando. Gradativamente, a família vai se tornando um parâmetro moral para se medir o domínio público. Tal fato ocorre, em grande parte, em face dessa ordem idealizada de privacidade e estabilidade no espaço familiar e, como decorrência disto, a legitimidade da ordem pública foi sendo colocada em questão. Os padrões de produção em massa de roupas levaram grande parte dos cosmopolitas a adotarem uma aparência semelhante e as marcas públicas perdiam suas formas supostamente únicas. As mercadorias eram revestidas de qualidades humanas e de atributos próprios à personalidade íntima como um modo de fugir da uniformidade. A ilusão de que se é o único em meio à homogeneização da aparência fica estremecida. Aliás, este ideal de ‘singularidade singular’ é bastante premente na atualidade.

2) A reformulação do secularismo em termos de crença sobre a vida terrena, que modificou o modo como as pessoas interpretavam o desconhecido, o estrangeiro. A cultura pública urbana do Antigo Regime, apesar de se manter aparentemente intacta, vai se transformando por dentro. Em oposição ao código transcendente, surgia um novo

secularismo que se baseava em um código imanente. Os fatos, os sentimentos, as sensações e as emoções imediatas eram compreendidos e explicados em si e por si mesmos. Essa passagem teve impacto forte sobre a vida pública. Isto porque, se tudo tem significação em si mesmo, não se pode distinguir o que diz respeito às circunstâncias pessoais que se relacionam com a experiência imediata, e o que é impessoal. Não se consegue traçar um limite entre o domínio privado e o domínio público. Tal fato não significa que o domínio público tenha desaparecido, mas que foi se desgastando na sua especificidade impessoal. Pois qualquer sinal que despertasse sensação, emoção, era considerado como relevante, tanto no domínio público quanto no privado. Como consequência, o domínio privado vai se estendendo ao domínio público.

3) A cultura pública urbana contrabalançou as forças do secularismo, mantendo, até hoje, alguns sinais do domínio da vida pública. Pois era em público que a moral era violada e ao mesmo tempo tolerada, onde se podia romper as leis de responsabilidade; era em público que se podia fugir desse ideal de família, e também onde as pessoas podiam permanecer estranhas umas às outras. Para os homens, a imoralidade da vida pública significava liberdade, ao contrário das mulheres, que viam a vida pública como um espaço de insegurança. Além disso, a experiência adquirida em contato com estranhos vai se tornando imprescindível para a formação da 'personalidade'.

Na atualidade, cada vez mais, temos assistido a uma exacerbação tanto da noção de privado como da noção de público - ambas estão voltadas eminentemente para os interesses particulares, idiossincráticos, ou seja, do íntimo; enfim, do 'eu'. "O que é público vem se misturando a certa lógica de funcionamento e de significação do privado. O domínio privado transborda os espaços privados e se espalha pelos espaços públicos. As significações do domínio privado recobrem os espaços públicos e o domínio público constituindo uma mistura entre público e privado. Estaríamos diante de uma espécie de privatização do público ou de criação de um público privado. Talvez, a diluição da fronteira entre público e privado seja um dos efeitos do poder disciplinar, através de seus dispositivos de fabricação de individualidades" (LAVRADOR; MACHADO, 2000, p. 297-298).

O domínio público e o domínio privado não expressam momentos estáticos. "Falamos de público e privado como se fossem estados fixos, uma vez que assim é mais fácil abordá-los. Mas, de fato, eram elos evolucionários complexos" (SENNETT, 1988:

120). "Esse balanceamento estava estruturado por aquilo que hoje chamamos impessoalidade. Nem em público nem privativamente, 'os acidentes da personalidade individual' constituiriam um princípio social" (SENNETT, 1988: 128). Contudo, é nessa mesma época que começa a tomar forma a ideia da personalidade individual como um princípio social, que se expressará com mais força no século XIX.

 Não é por casualidade que a noção de público, muitas vezes, somente aparece como referência ao que é gratuito ou a espaços que mesmo sendo pagos permitiriam a circulação de um número maior de pessoas, como praças ou museus. Anteriormente, a palavra 'público' fazia referência ao que estava aberto à observação geral e ao que era o bem comum de uma sociedade, ao mesmo tempo designava um espaço regido pelos princípios da impessoalidade (LAVRADOR; MACHADO, 2000: 297).

Na França, na época do Renascimento, o termo "público" era usado num sentido amplo, significando o bem comum do corpo político. Aos poucos foi se tornando também um território especial da sociabilidade. O termo "cosmopolita" surgiu mais cedo em inglês do que em francês, embora não fosse muito usado antes do século XVIII. Cosmopolita é o homem que se movimenta despreocupadamente em meio à diversidade, que se sente à vontade em situações sem nenhum vínculo com aquilo que lhe é familiar.

Tanto no comportamento como na crença, os cidadãos das capitais do século XVIII tentaram definir o que era a vida pública, e a vida privada constituía um campo em que as exigências de civilidade - comportamento cosmopolita - eram confrontadas com as exigências da natureza - o centro era a família. Procuravam manter o equilíbrio desses domínios, pois se recusavam a ocupar-se de um em detrimento do outro.

O fato de as pessoas se relacionarem com estranhos de uma forma emocionalmente satisfatória, e sem por isto manterem contato íntimo com elas, era visto como um meio pelo qual o animal humano tornava-se um ser social. A vida com a família ou com os amigos era considerada como potencialidade humana e não como criação humana, isto é, o homem se fazia em público e realizava sua natureza no domínio privado.

A Cidade Anônima: narrativas literárias e personagens ficcionais

Entre o público e o privado nas formas de habitar a cidade, como diário de campo optamos por um modo de escrita em estilo narrativa em algumas partes do texto que estão sempre marcadas em itálico. A literatura também comparece pela contribuição

narrativa das crônicas de João do Rio (2003) e Ribeiro Couto (1924), à qual se conecta ainda a experiência de cidade do personagem Carlos no filme *São Paulo Sociedade Anônima*. Tudo isso inspirou esta experimentação de tema/escrita em que interessa a experiência da cidade com seus personagens ficcionais. Nas passagens escritas em estilo narrativo pouco importa quais são seus nomes ou lugares em que se inserem. Importa o movimento/encontro dos afetos e suas vibrações que atravessam os corpos e produzem experiências.

A criança e os apitos da fábrica

Nas proximidades da cidade, a Fábrica de Papel produzia incessantemente. Impetuosa em sua ação, seus trabalhadores revezam-se em pequenos exércitos que por turno não paravam a produção. Exaustos, intercalavam-se semanalmente em escalas que ocupavam as manhãs, as tardes, as noites e as madrugadas de suas vidas. No interior da fábrica, os galpões produziam como uma orquestra. Num olhar mais atento, havia certa áurea nevada no ar, formada por pequenas partículas de papel que aderiam aos corpos e cabelos de todos.

A Fábrica não podia parar. Próximo dali, um pouco afastada da rodovia, mais para dentro das estradas de chão, a corporação mantinha uma comunidade com cerca de dez casas com objetivo de ter alguns profissionais fundamentais, para que nada afetasse o funcionamento dia e noite de suas máquinas da cadeia produtiva do papel. Seus moradores a chamavam de “sitio”.

Habitavam o em torno da cidade, não podia se dizer que era urbano, mas nem tanto totalmente rural. A vida era mais próxima das coisas da terra. As famílias viviam em casas pequenas, todas iguais. Não havia muro, nem cerca entre as casas, e todos compartilhavam uma única linha telefônica. A pequena comunidade se alojava no meio do mato, que já se rareava pela ação do urbano que lentamente ao longo dos anos se aproximava. Primeiro, as matas deram lugar as roças, depois as roças deram lugar a granjas. As trilhas deram lugar a estradas de chão cada vez maiores e com mais qualidade até se asfaltarem.

A vida no “sitio” tinha muitos rituais: as crianças iam para a escola próxima dali, às margens da rodovia, e as esposas cuidavam da casa no mesmo horário. Os maridos saíam para trabalhar, todos na mesma Fábrica de Papel. À tarde, com todos almoçados, as donas de casa se juntavam em alguma das varandas das casas para por

o papo em dia, tricotar, se apoiarem ou divergirem. As crianças, em bando, inventavam as brincadeiras, gastavam o tempo e se perdiam até o anoitecer pelo meio do mato.

Certa vez, a Fábrica despejou restos da produção de papel nos arredores do sítio. A massa fétida, insólita e multicolorida, ainda úmida, compôs-se na paisagem entre as árvores. Na sua ronda matinal, as crianças descobriram a novidade e massa foi campo de brincadeiras durante um verão inteiro. Sendo palco de batalhas, combates, conspirações e tomadas de poder da vida infantil.

À noite, no absoluto silêncio e escuridão do “sítio” todos dormiam. O menino ainda sem sono ocasionalmente via o pai e mãe se agitarem já em horas adiantadas, sempre a partir de um “BIP”. O aparelho, mais moderno que um sino, convocava o trabalhador para irromper à madrugada e solucionar os problemas das máquinas engasgadas.

Depois da saída do pai, a noite voltava a silenciar-se. O menino curioso pensava para onde o pai ia depois daquele chamado e orgulha-se pelo pai portar um “BIP”, mas estranhava quando o pai retornava exausto às vezes dias depois.

Certa noite, perdido em seus pensamentos, enquanto todos dormiam e a quietude e a escuridão dominavam o menino indagava-se sobre o silêncio. Era uma noite particularmente quieta, nem os animais da noite, nem qualquer veículo veloz pela rodovia ousam romper seu manto com algum barulho.

Concentrado, o menino fez esforço, pois queria ouvir o barulho da cidade que já não estava tão longe assim. Certo dia, até já tinha fugido de bicicleta pra lá. Quando constatou que havia barulho no absoluto silêncio. Esticava o ouvido para tentar entender e percebia que ao longe o barulho era ritmado, composto por assovios entrecortados por metais. Satisfeito, entendeu que havia coisas por de trás do silêncio. Anos mais tarde, quando começou a trabalhar na mesma Fábrica que o pai. Já mais crescido, descobriu que aquele silêncio-orquestrado-das-madrugadas-sem-sono-da-infância tratava-se apenas do incessante Fábrica a produzir papéis em suas imensas engrenagens, bobinas e vapores.

Então se mudou para a cidade...

A Fábrica de papéis alegoricamente remonta o modo serializado com o que a cidade se aproxima da vida do menino, entendido aqui como pura potência que indaga a vida dos papéis estabelecidos. Fecha-se essa primeira parte com esta potência indo para dentro da cidade. Agora não mais como uma experiência de exterioridade à cidade e sim como algo paradoxal no cotidiano das ruas, como expressado nos trechos seguintes que,

assim como este, foram trabalhadas em estilo narrativo. Por cotidiano, tomamos como referência Michel de Certeau:

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. Não se deve esquecer este “mundo memória”, segundo a expressão de Péguy. É um mundo que amamos profundamente, memória olfativa, memória dos lugares da infância, memória do corpo, dos gestos da infância, dos prazeres. Talvez não seja inútil sublinhar a importância do domínio desta história “irracional”, ou desta “não história”, como o diz ainda A. Dupront. O que interessa ao historiador do cotidiano é o Invisível... (CERTEAU, 1996: 31).

Em seguida serão utilizadas as narrativas em forma de crônicas do cotidiano da cidade experienciada de João do Rio e de Ribeiro Couto. João do Rio (pseudônimo do jornalista Paulo Barreto), em seu livro *A alma encantadora das ruas* - uma reunião de textos publicados na imprensa carioca entre 1904 e 1907. Já Ribeiro Couto publica em 1924 o livro *A cidade do vício e da graça – vagabundagem pelo Rio noturno*. Ambos os escritores narram em suas crônicas o dia-a-dia das ruas, as transformações urbanísticas e os personagens mundanos que encontram em suas andanças pela cidade. Prevaecem nos textos boas indagações sobre o intenso processo de transformação da urbe, seus paradoxos e abstrações. Seus personagens, riquíssimos para se pensar a produção de subjetivações nas cidades do início do século XX, são ainda muito atuais e fundamentais para se entender determinados processos dos nossos cotidianos.

Os jardins dos poetas, ladrões, soldados e mendigos²

Não poder orientar-se em uma cidade não significa grande coisa. Mas se perder em uma cidade como quem se perde em uma floresta requer toda uma instrução. Nesse caso, o nome das ruas deve soar para aquele que se perde como o estalar do graveto seco ao ser pisado, e as vielas do centro da cidade devem refletir as horas do dia tão nitidamente quanto um desfiladeiro (BENJAMIN, 1993: 73).

Há muito que o urbano tornou-se tema central nos debates sobre a vida que se vive. A cidade e os modos de existir que comporta e produz é foco de discussões vindas de todos os lados; no entanto, os discursos da segurança pública ganharam no

contemporâneo um caráter hegemônico sobre outros que dizem do urbano de modo diferenciado, os quais são tantas vezes abandonados e esquecidos. As questões da cidade contemporânea gestam lampejos históricos. Não são de todo novas, mas atualizam-se. Desse modo, propomos pensar a cidade literária e historicamente, conferindo relevo a tais discursos minoritários que são silenciados pelas urgências do agora. Interpelar a literatura e a história possibilita pensar a urbe de modo diferente, um deslocamento nos modos endurecidos de ver e experimentar a cidade.

Podemos tomar como exemplo o livro *A Cidade do Vício e da Graça - Vagabundagem pelo Rio noturno*, obra de Ribeiro Couto de 1924, que traça delicioso itinerário pelos bairros do Rio de Janeiro no início do século XX. Com humor e sarcasmo próprios à sua obra, o autor santista traduz nesse pequeno livro certo clima perpassando a cidade que se moderniza. Descreve com generosidade cenas cotidianas, seus passantes a transitar, a vida urbana noturna e as figuras com as quais esbarra pelo caminho em suas errâncias³. O escritor deixa assim entrever em seus textos um modo inusitado de experimentar o urbano. Diz ele da inquietude que o acomete fazendo buscar novas esquinas e farejar novas ruas: “Dentro de mim a alma do vagabundo sente o seu cativo delicioso. Ela bate as asas inquietas, todas as noites, em torno deste pedaço luminoso da cidade” (RIBEIRO COUTO, 1924: 17).

Na cidade retratada em suas crônicas, revelam-se as mudanças urbanísticas das ruas, praças, avenidas e demais espaços públicos que afetaram os modos de vida de seus habitantes. Nos textos de Ribeiro Couto, habitam não apenas os cidadãos comuns no vai e vem de casa para o trabalho, mas também as figuras pitorescas que se configuram nos espaços de trânsito da cidade ou perambulam altas horas da noite em determinados bairros. Em seu olhar soturno, o autor dirá: “A meia-noite é o princípio de uma vida diferente. Depois da meia-noite todas as criaturas têm a sua finalidade trágica marcada no rosto, ou no gesto, ou na voz. Todas se confessam sem querer” (RIBEIRO COUTO, 1924: 70). Atento às mudanças da cidade, presenteia-nos com um ótimo retrato sobre modos de viver o urbano, assim como seus dilemas que talvez ecoem sentidos em nosso tempo.

A cidade como a conhecemos – esta do ir e vir, da impossibilidade de permanecer, da velocidade e do empobrecimento dos encontros – não é de agora. O urbano se torna questão em meio ao século XIX, quando são colocados à vista problemas de gerenciamento das multidões, da concentração da população, do ritmo alucinado das fábricas e do vai e vem de pessoas e mercadorias. No entanto, as linhas

que organizam esse momento histórico e fazem explodir a cidade como acontecimentos podem ser seguidos até o nó de onde emerge o capitalismo, enquanto lógica de regulação da vida e das relações entre as pessoas. As cidades precisavam alargar suas ruas para que o fluxo fosse liberado, era preciso também localizar as regiões disseminadoras de males físicos e morais e extirpá-las do meio citadino. Nessa cidade do ir e vir – do urbano entendido como corpo –, seus órgãos deviam funcionar perfeitamente, privilegiando os fluxos e vendo com maus olhos tudo que demanda outra temporalidade. Nasce aqui também uma noção de periculosidade atrelada aos que permanecem ou lentificam; mais uma vez disse Ribeiro Couto (1924: 64): “Somos, somos suspeitos... Andar à noite por aqui é o mesmo que andar, há esta hora, por uma cidade sitiada. E afinal, não tenhas dúvidas, são eles mesmos, esses que têm cofres fortes a vigiar, são eles mesmos que se sitiam mutuamente. E são eles mesmos que sitiam as cidades”.

Por fim, o escritor ironiza um paradoxo que permeia os espaços públicos da cidade do ir e vir à sua época:

É sempre assim, os jardins vivem abandonados. Todos. Durante o dia, como agora, ao luar, pouca gente vem a um jardim, sentir a frescura das árvores. É preciso ser poeta, ladrão, soldado ou mendigo... Doçura dos jardins... Velha doçura dos jardins abandonados... É bem melhor que a cidade não os frequente! Felizes de nós, dos soldados, dos ladrões e dos mendigos (RIBEIRO COUTO, 1924: 45).

Sendo assim, de outro modo, o homem domiciliado que existe em nós se entrincheira cada vez mais contra o horror do caos, da noite e do desconhecido. “Sua casa encerra em suas paredes tudo que a humanidade pacientemente recolheu ao longo dos séculos” (EDELMAN apud PERROT, 2009: 285). Em oposição à fragilidade da nossa existência, organiza sua civilidade e de certa forma funda sua identidade. “Aquele que não possui nem eira nem beira, portanto nem fé nem lei, condensa em si toda” (EDELMAN apud PERROT, 2009: 285) inquietude da vagabundagem, guarda então o gesto revolucionário da fragilidade. Convocar a literatura e a história para a discussão acerca do urbano confere espessura e possibilidade crítica diante dos discursos homogeneizantes. Propõe que a vida não se enclausure e continue a ser invenção de possibilidades.

A cidade engarrafada

A rua era para eles apenas um alinhado de fachadas por onde se anda nas povoações. [...] Ora, a rua é mais do que isso, a rua é um fator da vida das cidades, a rua tem alma! Em Benares ou em Amsterdã, em Londres ou Buenos Aires, sob os céus mais diversos, nos mais variados climas, a rua é a agasalhadora da miséria. Os desgraçados não se sentem de todo sem o auxílio dos deuses enquanto diante dos seus olhos uma rua abre para outra rua. A rua é o aplauso dos mediocres, dos infelizes, dos miseráveis da arte (DO RIO, 2003: 29).

Pela via da cidade engarrafada, os carros param pelas avenidas. Trabalhadores afoitos encerram o expediente. Começa a anoitecer. Há certo desespero pelas calçadas, que no vai-e-vem dos pedestres lotam os pontos de ônibus na pressa de chegar a casa. Alguns, na rua mesmo, despem-se do cansado dia-de-trabalho e desejam extrapolar a exploração cotidiana, amontoando-se pelos bares da cidade para exercitar o entorpecimento do período cansativo de atividades, em animadas rodas de conversa. Nos mesmos bares, há também aqueles que em solitários goles de alguma coisa desaceleram e injetam tranquilidade no corre-corre. É preciso paralisar algo para movimentar novas engrenagens e a noite cai.

Mesmo na cidade movimentada em corpos decididos de direção, mesmo entre os que pararam pelas vias, há também os que desviam pela multidão e se conectam no tráfego de informações que derivam. Ali mesmo, no segmento, animam-se processos sutis e que escapam às determinações produzidas.

Os ônibus ainda estão repletos de passageiros e as vias começam a desengarrafar. Muitos já chegaram a sua casa na tentativa de terminarem o dia que vai se encerrando, mas ainda há muito que se fazer na programação. À noite, a cidade vira outra pelas calçadas, o comércio começa a fechar dando entrada a outras circulações. Nas praças já escuras, alguns circulam, outros se quedam pelos bancos, por toda parte a cidade produz espaços vazios, ermos até em que tudo se passa mais devagar. Assusta-se a princípio sua falta de ocupação e funcionalidade aparente, mas muita coisa se opera ali. Por ali, cheiros, vontades, desejos, alguns com determinada dominação, outros permitem o transitar de olhares que se fitam. Pelos bares animados, ébrios, lívidos, alguns começam a enfim tomar o caminho de casa. Outros ainda insistem. Há aqueles também, que já mais tarde, com a noite plena, despídos do dia, saem às ruas determinados...

A cidade à luz da meia noite

A alma da rua só é inteiramente sensível há horas tardia. Há trechos em que a gente passa como se fosse empurrada, perseguida, corrida – são as ruas em que os passos reboam, repercute, parecem crescer, clamam, ecoam e, em breve, são outros tantos passos ao nosso encalço. Outras que se envolvem no mistério logo que as sombras descem (DO RIO, 2003: 37).

Perto da meia noite é sempre assim, costuma perder o sono. Há muito tempo tem hábitos noturnos. Por mais cansado que esteja, perto da meia noite fica inquieto. A leve brisa do sono se vai e se pega totalmente desperto. Frequentemente, sozinho no silêncio do apartamento mexe nas coisas da casa, cuida das plantas ou às vezes interrompe o silêncio da noite com alguma música predileta. Antes, vale ressaltar que o silêncio a essa hora não é exatamente vazio ou ausente de qualquer expressão. Em todo centro de qualquer cidade com algum tamanho deve ser assim. As ruas movimentadas, com seus comércios variados e barulhentos durante o dia dão lugar de madrugada a uma brisa silenciosa de barulho atenuado com seus carros que mesmo em altas horas insistem em circular. Pra onde eles vão? Quais compromissos possuem seus condutores?

O centro de Vitória é um centro como o de qualquer cidade com certo porte nesse país, com aquele certo sincretismo arquitetônico das décadas que influenciam as fachadas. Em algumas ruas, prédios seculares, em outras um prédio sobrevivente de uma década passageira de desenvolvimento discreto. Publicidades de todas as ordens enchem suas fachadas com anúncios dos mais variados produtos.

Contudo, esse centro também possui suas peculiaridades, como um porto acoplado ao canal (ora é braço de mar ora de rio ao sabor da maré) que o recorta e o circunscribe. De madrugada, mesmo com um relativo silêncio, quando há um intervalo entre um carro e outro. Ouvem-se os barulhos ritmados de seu funcionamento. Os sons parecem denunciar os maquinários que os produzem. Tem esteiras, guindastes, e navios agitados que insistem em trabalhar a noite toda. Parece ser um porto bem importante, navios imensos dos mais variados destinos do mundo atracam em sua estrutura, como numa certa coreografia depositam e carregam gigantes contêineres. Que tipo de produto será que é levado ali dentro? Não parece ser fácil adentrar com navios por esse canal tão estreito. Como numa via aquática desde antes da terceira ponte, ainda no mar, existem luzes que sinalizam essa "estrada", no caminho, pedras, ilhas e rochedos exercem seus desafios.

Retornando à condição da noite, quando a cidade dorme e o fluxo de veículos diminui, insone como é nesse horário decide por vezes sair às ruas da cidade. Acaba indo até

Rua 7 mesmo, uma espécie de ponto de encontro entre os moradores do centro com seus botecos repletos de estórias. Lá, entre cervejas, cigarros e iguarias de boteco seus frequentadores realizam animadas conversas. Algumas noites a Rua 7 logo se esvazia, noutras fica repleta de vida como se todos resolvessem fazer uma conspiração coletiva contra o sono e os compromissos matutinos de cada um do dia seguinte.

No caminho, após descer 18 andares de elevador e ganhar a rua passeia pelas calçadas desertas. Curiosamente existe certa "verdade" nas madrugadas de um centro urbano. A rua vazia ganha certos contornos marginais ou de borda se comparada há poucas horas atrás em que seu movimento era exercido por outra lógica de funcionamento. Moradores de rua, usuários de crack, prostitutas, estudantes animados, artistas veteranos da cidade e outras figuras, menos notados durante o agitado dia de comércio intenso, povoam o cenário. Saiu do apartamento, são 00:12, atravessa a via e anda pela calçada da Escola de Teatro, Dança e Música (FAFI), atravessa até a outra via, segue por uma rua silenciosa e chega à Praça Getúlio Vargas. Antes, no trajeto, é abordado por um jovem de olhos vivos e de aparência suja, o rapaz vaga pela noite, mesmo ativo trafega vacilante, está à procura de algo, sugere um programa em troca de dinheiro para pegar "uma parada" na boca. Diante da negativa e percebendo que não haverá nenhuma troca no sentido esperado, sai como um gato esguio na noite.

A rua faz as celebridades e as revoltas, a rua criou um tipo universal, tipo que vive em cada aspecto urbano, em cada detalhe, em cada praça, tipo diabólico que tem dos gnomos e dos silfos das florestas, tipo proteiforme, feito de risos e de lágrimas, de patifarias e de crimes irresponsáveis, de abandono e de inédita filosofia, tipo esquisito e ambíguo com saltos de felino e risos de navalha, o prodígio de uma criança mais sabida e cética que os velhos de setenta invernos, mas cuja ingenuidade é perpétua, voz que dá o apelido fatal aos potentados e nunca teve preocupações, criatura que pede como se fosse natural pedir, aclama sem interesse, e pode rir, francamente, depois de ter conhecido todos os males da cidade, poeira d'ouro que se faz lama e torna a ser poeira - a rua criou o garoto! (DO RIO, 2003: 31).

Essa vida-da-meia-noite-no-centro-de-vitória de alguma forma o mobiliza, produz encontros e afetos singulares, parece que ao adormecer o comércio pode-se ser tomado de assalto por sensações finas sobre sua existência. Frequentemente nesse trajeto, sente-se tranquilo e satisfeito, mas pode também ser tomado de temor e cautela. No silêncio da rua, por um instante sente uma Insustentável Leveza do Ser⁴ ou como se houvesse algo que não se escolhe, que não se premedita, mas faz grande sentido.

Sobre humanos e as vitrines da calçada

A expressão do urbano torna a discussão sobre as subjetividades essencial, pois durante o decorrer do século passado vivenciamos extraordinária mudança das populações para as cidades como forma hegemônica de vida dos homens. Aliado a este processo, em conseqüente advento do capitalismo pós-industrial, pauta-se a vida urbana numa economia de consumo cada vez mais planetária e interconectada pelo avanço das tecnologias. Verifica-se, assim, que ao mesmo tempo que a vivência nas cidades capitalizadas se homogeneiza em diversos pontos do planeta, também produz grandes variações em relação à sua densidade e fluidez.

Para Sueli Rolnik (1997:1), no texto “Toxicômanos de identidade”, “as subjetividades, independentemente de sua morada, tendem a ser povoadas por afetos desta profusão cambiante de universos; uma constante mestiçagem de forças delinea cartografias mutáveis e coloca em cheque seus habituais contornos”.

E ela ainda acrescenta:

[...] a mesma globalização que intensifica as misturas e pulveriza as identidades implica também na produção de kits de perfis-padrão de acordo com cada órbita do mercado, para serem consumidos pelas subjetividades, independentemente de contexto geográfico, nacional, cultural, etc. Identidades locais fixas desaparecem para dar lugar a identidades globalizadas flexíveis que mudam ao sabor dos movimentos do mercado e com igual velocidade (ROLNIK, 1997: 1).

As cidades já colonizadas pelo modo de operar descrito acima se apresentam como palco privilegiado de criação de subjetividades, pulverização de modos de ser alinhados com certa estética de consumo, e processos cada vez mais velozes de territorialização e desterritorialização⁵. De certa forma, a virtualidade das novas tecnologias nos “territorializa na desterritorialização”, ainda que a cidade guarde em seu cotidiano processos potentes de criação de singularidades, desvios e resistências. “A cidade nos habita. As subjetividades são produzidas em relação, na concretude de suas ruas e edificações, nas subjetivações tecidas nos encontros” (NOGUEIRA, 2008: 2).

Nessa perspectiva, a cidade não é apenas o palco para o encontro de seus viventes. Os lugares e os cotidianos adquirem grande importância, pois não é apenas o tempo que se passa sobre seus cidadãos que produz subjetividade, mas muito mais a experiência e a espaço praticado pelos mesmos. Ou seja, apesar de as cidades operarem no sentido de uma racionalidade técnica sobre a organização cotidiana das pessoas e das coisas, ao estabelecerem lugares, papéis e produto a consumir, é nesse mesmo cotidiano que o “homem ordinário” inventa o cotidiano com mil maneiras de “caça não

autorizada”, escapando silenciosamente a essa conformação através do que Michel de Certeau (apud DURAN, 2007: 118) denomina “artes de fazer”, “astúcias sutis”, “táticas de resistência”, variando assim códigos e objetos e possibilitando uma re-apropriação dos espaços urbanos.

Os lugares da cidade podem trazer para o cotidiano, através do espaço, territórios e modos de subjetivação. Em alguns espaços da cidade se enunciam “poros” do tecido social por onde, de certa forma, se respira e se engendram novos modos de viver. Em outros, por sua vez, aglutinam-se produções de identidade serializadas.

Há lugares também que se potencializam em certas horas do dia e não têm geografia definida, a não ser pela potência que se mobiliza. Funcionam como dispositivo ativo do tecido social. Podem ser histórica e espacialmente construídos e possibilitam a alteridade e a diferenciação de forças. Ao caminhar pelas ruas de uma cidade, o encontro com a rua pode engendrar subjetividades que de certa forma desviam, ligam-se a outros processos de produção de si⁶ e do espaço. As ruas, as praças, os parques, as edificações e outros espaços de circulação guardam essa potência e paradoxos relacionados aos modos de subjetivação, atualizados a partir do encontro.

É possível também, contudo, que o encontro com a rua produza serialidades, cristalize-se na relação com o espaço, capturando-se assim formas segmentarizadas que fixam identidades. Neste sentido, verifica-se no contemporâneo que a construção de si e do outro, por intermédio dos encontros nas cidades, mesmo com toda a potência das relações no tecido social, passa a ser superficial e protegido em relação à diferença. Marca-se certo regime de exclusão em que se vigiam e se organizam os corpos que pela cidade circulam. Paradoxalmente, na cidade capitalista essa mesma diferença é propagada o tempo todo. 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. Privatizam-se assim os espaços públicos da cidade. Trata-se da cristalização de referências normativas imutáveis, sustentando, por sua vez, identidades hipervalorizadas, um regime identitário figurativo (NOGUEIRA, 2008).

No limite oposto, talvez quem não tenha sido reconhecido por essa inscrição, na tentativa da não aniquilação subjetiva de si, se constua em espaços urbanos vazios, ou desviantes da captura capitalística. Reconhecem-se no improvisado dos locais desterritorializados e a cidade ganha, assim, outros contornos. As mesmas ruas, praças, parques e edificações modificam-se.

Nas cidades modernas, apesar de nascerem como espaços de liberdade e resistência à servidão feudal, engendram-se jogos de forças maquinados pela racionalidade do campo privado que afirma o individualismo. Reforçam-se e se contrapõem identidades em linhas de força de segmentaridade, produzindo valorização de certas identidades em detrimento de outros modos de habitar. Erguem-se, pelos espaços urbanos, muros e cercas reais e simbólicos.

Já no início do século passado, Simmel (1979) destacava a gravidade da afirmação do individualismo, da racionalidade e do dinheiro na vivência das metrópoles. A afirmação do privado sobre a cidade reduz a potência da ação urbana sobre o encontro com o outro, pois este se torna negado. Nessa perspectiva, “[...] os espaços urbanos se tornam simples cenários, sem corpo, espaços desencarnados” (JAQUES, 2006: 127). A mesma autora ainda afirma que os mesmos espaços urbanos, como simples cenários, seguem a perspectiva do espetáculo e os entende:

No sentido de uma ‘disneyficação’ urbana que leva a uma ‘shoppinização’ dos espaços públicos, uma inversão de modelos, se os parques temáticos e shoppings imitavam as cidades tradicionais inicialmente, hoje o que se passa é o inverso, vários projetos urbanos passaram, principalmente de espaços públicos ou áreas históricas patrimonializadas, a imitar os espaços globalizados, securitários e homogêneos dos parques temáticos e shopping centers (JAQUES, 2006: 137).

Na cidade espetacularizada, a rua parece se constituir como algo residual, quase como um obstáculo urbano, e a relação com alteridade na cidade se reduz. O encontro com o outro requer “[...] um exercício ativo de desterritorialização, em que se deixa afetar pela potência diferenciante do outro, à medida que o incorporo” (NOGUEIRA, 2008: 5). Contudo, no domínio do privado, há uma reificação do outro, e a diferença aparece maximizada e reproduzida em mil espelhos, como novos “kits de si” nos outdoors da cidade. Trata-se da radicalização da alteridade, no tecido urbano, no contexto da sociedade do espetáculo e da aparência.

Quando Alice chegou ao parque de diversões da cidade, com tantas opções percorreu o local com admirável desenvoltura. Após algum tempo, já cansada dos brinquedos, tinha a sensação que já tinha experimentado todos. Quando se deparou, num canto do parque, com uma grande estrutura com quase nenhuma fila para brincar. Então, percebeu que ainda lhe faltava um! Tratava-se de uma “Casa dos Espelhos”. Curiosa,

adentrou o espaço e para seu espanto e agitação percebeu-se refletida em mil imagens variantes de si, projetadas em um labirinto sem fim, por onde se perdeu.

Recomeçar, recomeçar, recomeçar de novo!!!

Tomamos aqui emprestado o personagem Carlos do filme brasileiro “São Paulo – Sociedade Anônima”(1965), de Luís Sérgio Person. No final da década de 50, o Brasil passava por um período de euforia desenvolvimentista, atrelada à instalação de indústrias estrangeiras no país. Carlos, um jovem da classe média paulistana, ingressa numa empresa do ramo de automóveis e neste ramo se estabelece, após aceitar um cargo numa fábrica de auto-peças onde acaba se tornando gerente. A progressão na carreira de Carlos é acompanhada por outros papéis que para ele se estabelecem, como de pai e chefe de família. Apesar de uma aparente estabilidade, Carlos parece pressentir, em suas andanças pelas ruas da cidade (que comportam suas angústias, mas também atualizam os afetos de sua existência), o projeto pré-fabricado de vida em que se envolveu. Em crescente ruptura com este projeto de vida, mas sem conseguir construir para “si” um projeto que aplaque suas questões, só lhe resta fugir.

O homem cria a cidade e, assim fazendo, recria a si mesmo. Lugar da vida moderna, por excelência, a cidade é o espaço da arte e da produção: simultânea e contraditoriamente, o lugar da vida é o da exclusão, dos sonhos frustrados e da marginalidade. Vida e morte se encontram na cidade da criação (HISSA, 2006: 88).

No filme “São Paulo Sociedade Anônima”, a cidade e suas ruas são como um grande palco primoroso para seus viventes. Os transeuntes caminham frenéticos para todas as direções enquanto Carlos, atônito, caminha entre os passantes, mais lento que os demais, absorto em seus conflitos. Carlos os vivencia na rua ao lembrar-se de sua relação amorosa com Ana. A cidade de Carlos progredia, se modernizava e ganhava a cada dia novos contornos, protagonizando a vida de seus cidadãos. Era assim também na vida de Carlos, que trabalhava como inspetor de peças em uma fábrica de automóveis e fazia curso de inglês nas horas vagas. A vida de Carlos também se modernizava e a cidade construía para ele um lugar para pertencer. Carlos também “[...] cria a cidade e, assim fazendo, recriava a si mesmo” (HISSA, 2006: 88). Carlos, trabalhador, homem de família, bom cidadão configurado na cidade que se moderniza se desconstroi na rua que, alheia a sua história, acontece e se adianta no concreto.

Já fustigado pela velocidade com que precisa se atualizar no urbano, Carlos sucumbe. Atônito, decide roubar um carro em um estacionamento e fugir o mais rápido

possível daquele lugar. Desorientado, despede-se em igual velocidade à que a cidade urge sobre ele. Já longe dali, ainda na estrada, adormece; pouco depois, acorda para continuar sua fuga. Continua sua empreitada, de carona em caminhão. Ainda muito cansado, acaba dormindo novamente. E quando finalmente acorda, mal consegue acreditar que voltara à mesma cidade de que tentara fugir insistentemente. Perde-se pelas ruas novamente. Refletindo sobre sua epopeia urbana, Carlos diz para si mesmo em pensamentos: “Recomeçar, recomeçar, recomeçar, recomeçar de novo!!”.

Enfim, ao meio dia da vida, parece que Carlos, em seu devaneio, pressente que estará fadado à repetição num ciclo sem fim naquela cidade. Mas também parece querer romper com algo que só conseguiu visualizar em sua fuga até a estrada. Para Carlos, desviar-se, contrapor-se, desconstruir-se parece ser sempre um processo vivenciado pelas ruas, onde pode encontrar, entre a pressa dos passantes, um poro possível de respiro. O tempo então alonga-se e produz diferença, dando espaço à criação de novos modos de viver.

Concluindo...

Este texto foi motivado pela pesquisa de dissertação sobre a experiência de Reforma Psiquiátrica Brasileira, principalmente no que se refere aos seus dilemas e contradições atuais, que se foram desenhando nas ultimas décadas. Partimos deste ponto, pois mesmo que relativamente jovem e no bojo da Reforma Sanitária⁷, também experienciada no país, muito da produção deste campo se fez a partir de experiências inovadoras que buscaram romper com as tecnologias de mortificação da vida e biopolíticas que não cansam de se atualizar.

Nesse sentido, ressaltam-se as atualizações manicomiais em que a vida de sujeitos e grupos é segregada, reificada, controlada - ironicamente, em nome da própria vida. Mas sabemos que uma vontade de vida quer uma intensificação de potência e não o seu controle.

A legitimação de leis e normas que, a partir desses processos, será necessário inventar passará ser confundida com a própria vida?. Como observado por Agamben (2004), “uma lei que pretende fazer-se integralmente vida encontra-se hoje cada vez mais frequentemente diante de uma vida que se desanima e mortifica em norma” (p.193).

Contudo, a vida que se mortifica em norma não se caracteriza apenas na atualidade. Sabe-se que “o termo biopolítica designa a maneira pela qual o poder tende

a se transformar, entre o fim do século XVIII e começo do século XIX, a fim de governar não somente os indivíduos por meio de certo número de procedimentos disciplinares, mas o conjunto dos viventes constituídos em população: a biopolítica – por meio dos biopoderes locais – se ocupará, portanto, da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade etc., na medida em que elas se tornam preocupações políticas”. (REVEL, 2005: p. 26).

Na discussão entre o público e o privado apresentada, ganha relevo o impacto do capitalismo industrial que iria desgastar o sentido da vida pública como um espaço moralmente legítimo. A reformulação do secularismo iria resgatá-lo enquanto uma esfera impessoal, já que nenhum fato imediato poderia ficar restrito, a priori, ao campo da vida privada ou ser despido de qualidades psicológicas. Contudo, essas duas forças não são suficientes para explicar como a história, na qualidade de domínio público, foi se despedaçando. É necessário considerar também a cultura pública urbana enquanto uma força conservadora, que mantinha alguns sinais do domínio público do Antigo Regime e que foi se transformando por dentro e lentamente - como podemos perceber, por exemplo, através da formação da personalidade.

A erosão do equilíbrio entre o domínio público e o domínio privado é resultante de uma mudança que começou com a queda do Antigo Regime e a formação de uma nova cultura urbana, secular e capitalista. Além disso, é também resultante de quatro condições psicológicas.

A primeira condição foi o desvendamento involuntário da personalidade. Hoje em dia são comuns as expressões "fazer algo inconscientemente" ou "cometer um ato falho", que revelam aos outros os autênticos sentimentos de alguém. Isto demonstra a crença na exposição involuntária de estados psicológicos, que começou a ganhar força no século passado, quando as pessoas achavam que suas roupas e seu discurso demonstravam as suas personalidades.

A segunda condição foi a superposição dos imaginários público e privado, que se caracteriza pelo discurso político atual. Um líder político ganha confiança e credibilidade, muitas vezes, não pelas suas ações ou projetos sociopolíticos, mas sim pelo seu tipo de personalidade, pela exposição de sua vida privada. Essa superposição é consequência de confusões comportamentais e ideológicas entre o espaço privado e o espaço público, que surgiram no século XIX.

A terceira condição foi a defesa, através do retraimento e do silêncio, contra a própria crença no desvendamento involuntário da personalidade e contra a superposição

dos imaginários privado e público. Já que não se podia evitar mostrar o que se sentia, a única defesa seria evitar sentir, ou tentar não ter sentimentos a exibir.

Finalmente, a quarta condição psicológica foi a defesa através do silêncio. O silêncio em público era um meio através do qual se podia experimentar a vida pública sem se sentir vulnerável.

Para Sennett (1988), cumpre pensar na herança da crise da vida pública no século passado, de um lado, e de outro nestas quatro condições psicológicas:

As obsessões com a individualidade são tentativas para se solucionar os enigmas do século passado pela negação. A intimidade é uma tentativa de se resolver o problema público negando que o problema exista. Como acontece com toda negação, isso só serviu para entrincheirar mais firmemente os aspectos mais destrutivos do passado. O século XIX ainda não terminou (SENNETT, 1988: 44).

Referências

- AGAMBEM, G. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua 1*. Belo Horizonte: UFMG, 2004.
- BARROSO FILHO, W.; BARROSO, M. V.; PAULINO, I. R. A questão do narrador e as duas insustentáveis levezas do ser: no romance e no filme. In: *Todas as Letras - Revista de Língua e Literatura*, Universidade Presbiteriana Mackenzie de São Paulo, v. 14, n. 2, p. 66-77, 2012.
- BENJAMIN, W. Rua de mão única. In: _____. *Obras escolhidas II*. São Paulo: Brasiliense, 1993.
- CERTEAU. GIARD, Luce; MAYOL, Pierre. *A invenção do cotidiano: 2, morar,cozinhar*. Petrópolis: Artes de Fazer, 1996.
- COUTO, R. *A cidade do vício e da graça: vagabundagem pelo Rio noturno*. Rio de Janeiro: Arquivo Público do Estado do Rio de Janeiro, 1924.
- DELEUZE, G. *Le cours de Gilles Deleuze. Cours Vincennes, 24 jan. 1978*. Tradução de Francisco Traverso Fuchs. Disponível em: <www.webdeleuze.com/php/texte.php?cle=194&groupe=Spinoza&langue>. Acesso em: 21 jan. 2012.
- DELEUZE, G. *Mil platôs*, v. 3. São Paulo: Editora 34, 2004.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O que é a filosofia?* Tradução de Bento Prado Junior e Alberto Alonso Munoz. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- DELEUZE, G.; PARNET, C. *Diálogos*. São Paulo: Escuta, 1998.

- DO RIO, J. A. *Alma encantadora das ruas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.
- DURAN, M. C. G. Maneiras de pensar o cotidiano com Michel de Certeau. *Diálogo Educacional*, Curitiba, v. 7, n. 22, p. 115-128, set./dez, 2007. Disponível em: <www2.pucpr.br/reol/index.php/DIALOGO?ddl=1577&dd99=pdf>. Acesso em 15 mar. 2013.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
- HISSA, C. E. V. Ambiente e vida na cidade. In: BRANDÃO, C. A (Org.). *As cidades da Cidade*. Belo Horizonte: UFMG, 2006.
- JACQUES, P. Elogio aos errantes: a arte de se perder na cidade. In: JACQUES, P.; JEUDY, H. *Corpos e cenários urbanos*. Salvador: EDUFBA, 2006.
- LAVRADOR, M. C. C. *Loucura e vida na contemporaneidade*. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Vitória, 2006.
- LAVRADOR, M. C. C.; MACHADO, L.D.M. Configurações contemporâneas do público e do privado. In: SILVA, A.A.; BARROS, M.E.B. (Orgs.). *Psicopedagogia: alguns hibridismos possíveis*. 2000.
- NOGUEIRA, M. L.; SANDER, J. A cidade: o jogo da alteridade. *Corpocidade: debates em estética urbana 1*, Salvador/BA, 2008. Disponível <www.corpocidade.dan.ufba.br/arquivos/resultado/ST4/MariaNogueira.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2012.
- PEPE, V.L.E. (coord.). *Assistência farmacêutica em foco no estado do Rio de Janeiro: normas e documentos para ação*. INTRODUÇÃO. 2ed.rev. e atual./coordenação por Vera Lúcia Edais Pepe e Miriam Ventura. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública; Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, 2011.
- PERROT, M. *História da vida privada 4: da revolução francesa à primeira guerra*. Tradução de Denise Bottmann e Bernardo Joffily. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.
- ROLNIK, S. Toxicômanos de identidade: subjetividade em tempo de globalização. In: LINS, D. (Org.). *Cultura e subjetividade: saberes nômades*. Campinas: Papirus, 1997.
- SÃO PAULO Sociedade Anônima. Direção: Luiz Sérgio Person. Distribuidora: Videofilmes. Ano: 1965. Brasil. DVD (111 min.)
- REVEL, J. *Foucault: conceitos essenciais*. São Carlos: Clara Luz, 2005.
- SENNETT, R., *O declínio do homem público: as tiranias da intimidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

SIMMEL, G., A metrópole e a vida mental. In: VELHO, O. G. (Org.). *O fenômeno urbano*. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar/Biblioteca de Ciências Sociais, 2.

Anselmo Clemente e Cristina Campello Lavrador fazem parte do Mestrado em Psicologia Institucional da UFES

E-mail: cristinacampello@uol.com.br

¹“ O que é uma afecção do seu corpo? Não o sol, mas a ação do sol ou o efeito do sol sobre você. Em outros termos, um efeito, ou a ação que um corpo produz sobre outro – note-se que Spinoza, por razões decorrentes de sua física, não acredita em uma ação à distância: a ação implica sempre um contato – é uma mistura de corpos. A afecção [affectio] é uma mistura de dois corpos, um corpo que se diz agir sobre outro, e um corpo que recolhe o traço do primeiro. Toda mistura de corpos será chamada de afecção” (DELEUZE, 1978).

² O texto “Os jardins dos poetas, ladrões, soldados e mendigos” foi publicado parcialmente no formato de artigo para o Caderno Pensar, do jornal *Gazeta do Estado do Espírito Santo*, dia 23/02/2013.

³ Utilizamos o termo errância no sentido daquilo que transpõe a oposição entre verdadeiro e falso, entre certo e errado. A noção de errância “[...] deve ultrapassar a oposição metafísica do verdadeiro e do falso, do erro e da verdade” (DELEUZE, 2004: 90). A errância tem uma positividade que não é derivada de nenhuma totalidade, que é irreduzível a qualquer tipo de unidade e de finalidade. Ela está para além do erro e do acerto ou do errado e do certo, ela simplesmente faz parte da vida (LAVRADOR, 2006).

⁴ *A Insustentável Leveza do Ser*, romance publicado por Milan Kundera em 1984, narra as vidas entrelaçadas de Tomas, Tereza e Sabina. “Como bem confia o narrador-autor, Tomas nasce sob a luz do pensar filosófico a respeito do mito nietzscheano do Eterno Retorno e das discussões acerca dos polos contrários de filósofo pré-socrático Parmênides, especialmente o peso e a leveza. [...]. Tomas e as demais personagens com as quais se relaciona, especialmente Tereza e Sabina, não podem ser desvinculados seja do incômodo Eterno Retorno nietzscheano, seja das contradições de Parmênides [...]. Com Tereza e Sabina, Tomas vive um triângulo amoroso onde o peso do amor de Tereza se contrapõe à leveza existencial de Sabina, tais relações são representativas de uma busca de Tomas não pelo outro, mas por si mesmo, pelo equilíbrio entre os polos negativos e positivos de Parmênides [...]. A consciência quanto às incertezas ou a impossibilidade mesmo de retornar faz a vida ser tratada como um esboço, em que cada momento deve ser vivido e experimentado como único, pois, num mundo fundado pela inexistência do retorno, tudo estará perdido tão logo seja vivido” (BARROSO FILHO; BARROSO; PAULINO, 2012: 69).

⁵ “A desterritorialização e a reterritorialização se cruzam no duplo devir. Não se pode mais distinguir o autóctone e o estrangeiro, porque o estrangeiro se torna autóctone no outro que não o é, ao mesmo tempo em que o autóctone se torna estrangeiro a si mesmo, à sua própria classe, à sua própria nação, à sua própria língua: nós falamos a mesma língua, e todavia eu não entendo você...” (DELEUZE; GUATTARI, 1992: 142); “O mais importante é avaliar os movimentos de desterritorialização e de reterritorialização, e [...] perguntar: quais são suas linhas, indivíduo ou grupo, e quais os perigos sobre cada uma delas? (DELEUZE; PARNET, 1998: 166).

⁶ A noção de ‘si’ para Foucault (1984: 28) “[...] implica também certa relação a si; essa relação não é simplesmente ‘consciência de si’, mas constituição de si enquanto ‘sujeito moral’, na qual o indivíduo [...] age sobre si mesmo, procura conhecer-se, controla-se, põe-se à prova, aperfeiçoa-se, transforma-se”.

⁷ A partir do processo de redemocratização do país depois de décadas de ditadura, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira questionava a realidade de exclusão, da maior parte dos cidadãos, do direito à saúde. Apenas os trabalhadores que contribuíam com o Instituto Nacional de Previdência Social tinham acesso ao serviço de saúde, ainda que de maneira “contraprestacional e da cidadania regulada”. A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no ano de 1986, contou com a participação de técnicos do setor saúde, de gestores e da sociedade organizada, propondo um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral. Em seu relatório final, a saúde passa a ser definida como o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes (PEPE, 2011).

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-ES¹

Challenges of network of psychosocial attention: problematization of an experiment about the implantation of new devices of alcohol and other drugs in mental health network of the city of Vitória-ES

Desafíos de la red de atención psicossocial: problematización de una experiencia sobre la implantación de nuevos dispositivos de alcohol y otras drogas en la red de salud mental de la ciudad de Vitória-ES

Anselmo Clemente

Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Maria Cristina Campello Lavrador

Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Andrea Campos Romanholi

Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Resumo

O presente artigo apresenta a experiência de implantação de novos dispositivos ligados a Rede de Atenção Psicossocial, voltados principalmente ao usuário de drogas na cidade de Vitória-ES. A partir do paradigma de Reforma Psiquiátrica Brasileira, reconhece-se que nos anos mais recentes, os agravos de saúde referentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas passaram a ganhar destaque. O Ministério da Saúde passou a financiar através do SUS, projetos tais como de Consultórios Móveis de Rua, Casas de Acolhimento Transitório, o que propiciou o surgimento de experiências de diversificação de dispositivos assistenciais para além dos CAPS AD. Tais mudanças resultam de uma disputa pelo modelo de atenção em saúde mental no país em que está em jogo afirmar práticas a favor da vida, em que o outro, moribundo ou não, seja acolhido em suas dores visíveis e invisíveis.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; RAPS; Políticas de Saúde Mental; Atenção em Álcool e outras Drogas.

Abstract

This article presents the experience of deploying new devices connected to Network of

Psychosocial Attention, geared primarily to drug users in the city of Vitória-ES. From the paradigm of Brazilian Psychiatric Reform, it is recognized that in last years, the health hazards related to the abuse of alcohol and other drugs were gaining prominence. The Ministry of Health began funding through Unified health System - SUS, projects such as Consultórios Móveis de Rua, Casas de Acolhimento Transitório, which has given rise to a diversity of experiences of caring beyond the CAPS AD. These changes result from a dispute over the care model for mental health in the country where the question at stake is affirm practices in defense of life, in that the other, moribund or not, to be welcomed into their visible and invisible pains.

Keywords: Psychiatric Reform; RAPS; Mental Health Policies; Attention on Alcohol and other Drugs.

Resumen

En este artículo se presenta la experiencia de la implementación de nuevos dispositivos conectados a la Red de Atención Psicosocial, orientados principalmente a usuarios de drogas en la ciudad de Vitória-ES. Desde el paradigma de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, se reconoce que en los últimos años, los riesgos de salud relacionados con el abuso de alcohol y otras drogas fueron ganando protagonismo. El Ministerio de Salud comenzó a financiar a través del SUS, proyectos como los Consultórios de Rua y Casas de Acolhimento Transitório, lo que ha dado lugar a una diversidad de experiencias de cuidado más allá de la de los CAPS AD. Estos cambios resultan en una disputa acerca del modelo de atención a la salud mental en el país en el que se juega la afirmación de prácticas en favor de la vida en las cuales uno, moribundo o no, sea acogido en su dolor visible e invisible.

Palabras clave: Reforma Psiquiátrica; RAPS; Políticas de Salud Mental; Atención sobre el Alcohol y otras Drogas.

Introdução

O presente artigo tem como objetivo apresentar a experiência acerca da implantação de novos dispositivos ligados a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), relativas ao campo da saúde mental, álcool

e outras drogas, voltadas principalmente ao usuário de drogas na cidade de Vitória-ES. Para tanto se pretende atualizar as reconfigurações da rede local de saúde mental e apontar os desafios em se ampliar essa rede substitutiva de cuidados.

Historicamente, a trajetória da

Reforma Psiquiátrica Brasileira deu-se muito em função da desconstrução dos manicômios como lugar privilegiado de tratamento da loucura e paulatina reversão desse lugar a partir da produção de uma rede substitutiva à internação psiquiátrica. A Lei 10.216/2001 (Brasil, 2001), juntamente com a Portaria 336/2002 (Brasil, 2002), propõem inclusive que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sejam os ordenadores dessa rede na construção do cuidado, aqui colocada em oposição ao tratamento dispensado no interior das instituições asilares. O modo de atenção psicossocial é a forma de cuidado preconizado por esses novos serviços e busca 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 estratégias de Acolhimento (Brasil, 2010a) e de Clínica Ampliada (Brasil, 2009) gerando Projetos Terapêuticos Singulares (Brasil, 2010a) compartilhados com a rede intersetorial e construindo políticas transversais aos vários setores.

Sendo assim, as ações em saúde mental devem acontecer em rede 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. Na última década, com o avanço das Políticas de Saúde Mental, ampliou-se a oferta de serviços substitutivos, com a criação/institucionalização de Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD), Centros de Atenção Psicossocial 24 horas (CAPS III), Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e etc.

Contudo, nota-se que nos anos mais recentes, os agravos de saúde referentes ao uso abusivo e nocivo de álcool e outras drogas passaram a ganhar destaque nas políticas públicas, no que se refere ao reconhecimento da questão do uso de drogas como sendo responsabilidade do campo da saúde, em um suposto detrimento de setores da justiça e da segurança. Dizemos suposto detrimento porque a justiça e a segurança estão sempre presentes para garantir uma suposta ordem, um suposto bem comum que não é comum a todos.

Notamos que mesmo após algumas conquistas, como a aprovação da Lei 10.216, a prática de cuidados aos usuários de drogas não ocupava o discurso de seu texto. Logo após, em 2002, a Portaria 336, ao caracterizar as diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial, inclui os CAPS AD como um dos serviços

centrais na organização da nova rede substitutiva de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Contudo, somente em 2003, através da “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, é que o Ministério da Saúde assume de forma mais veemente a “*necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS*”, reafirmando “*que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública*” (Brasil, 2003). Esta política se alinha, assim, com o projeto de Reforma Psiquiátrica no que se refere ao reconhecimento da necessidade da reversão de modelos assistências e o direito à saúde:

A ausência de cuidados que atinge, de forma histórica e contínua, aqueles que sofrem de exclusão desigual pelos serviços de saúde, aponta para a necessidade da reversão de modelos assistenciais que não contemplem as reais necessidades de uma população, o que implica em disposição para atender igualmente ao direito de cada cidadão. Tal lógica também deve ser contemplada pelo planejamento de ações voltadas para a atenção integral às *pessoas que consomem álcool e outras drogas* (Brasil, 2003, p.5).

E aproxima ainda mais, a estratégia de Redução de Danos ao campo da Saúde Mental, pois “*reconhece cada usuário em*

suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida” (Brasil, 2003, p.10).

Em documento recente elaborado pelo Ministério da Saúde sobre os Consultórios Móveis de Rua, fica clara a importância do avanço nesta área:

O cenário epidemiológico atual do consumo prejudicial de substâncias psicoativas, especialmente álcool, cocaína (na forma de cloridrato ou pó, crack, merla e pasta base) e inalantes, e as graves consequências sanitárias e sociais para os usuários e a comunidade, têm convocado diferentes setores do governo e da sociedade civil para a criação de estratégias e intervenções com vistas à prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução de danos sociais e à saúde (Ministério da Saúde, 2010b, p.4).

Nesse cenário apontado, algumas iniciativas do Governo Federal merecem destaque: o lançamento, em 2009, do 'Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde-SUS' (PEAD), instituído pela Portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009; e o 'Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas' (PIEC), instituído pelo Decreto Presidencial nº 7179 de 20 de maio de 2010c.

Baseado no PEAD e no PIEC, o Ministério da Saúde passou a financiar através do SUS, Projetos de Consultórios na Rua, Casas de Acolhimento Transitório (CAT), Escolas de Redutores de Danos o que propiciou o surgimento de experiências de diversificação e expansão de dispositivos assistenciais para os usuários de álcool e drogas, para além da instalação dos CAPS AD. Esses dispositivos, de certa forma já estavam sendo implantados pelo país de maneira desigual, seja por resultados de projetos piloto localizados (a exemplo do Consultório de Rua de Salvador/BA), seja pelo esforço de outras políticas que também incidem sobre esse campo problemático de atenção aos usuários de drogas. Nota-se aqui, que o PEAD e o PIEC, também financiavam leitos em Comunidades Terapêuticas, na contramão dos movimentos sociais e de toda uma história da luta antimanicomial no Brasil.

Em comemoração ao dia 7 de setembro de 2011, a primeira presidente do Brasil, em seu pronunciamento oficial, destacou nosso país como privilegiado frente às mudanças políticas, sociais e a crise econômica vivida em grande parte do mundo desenvolvido. A presidente sugere que para que continuemos em crescimento econômico e de mercado, avancemos também na melhoria da qualidade e do acesso dos serviços públicos,

principalmente nas áreas de educação, saúde e segurança. Ao destacar o setor saúde, apesar de considerar os avanços que o SUS trouxe para o país, pondera que ainda teríamos sérios problemas a resolver. Um ponto vital desses problemas uniria a questão da saúde com a segurança: o combate às drogas e, em especial, ao crack. Anuncia o lançamento de uma grande rede em 'saúde mental, crack, álcool e outras drogas', composta por unidades de acolhimento, utilização de leitos em comunidades terapêuticas, enfermarias especializadas e consultórios de rua. Essa rede garantiria alternativas de atenção e cuidado. Nota-se neste discurso a ausência dos CAPS como dispositivos constitutivos dessa rede, e apresentam-se as Comunidades Terapêuticas como mais um elemento da atenção.

Atentos a esse movimento, em carta aberta enviada à presidência em julho também de 2011, as diversas entidades do movimento da Luta Antimanicomial, no intuito de reiterarem seu compromisso com a Reforma Psiquiátrica, posicionaram-se em relação a recente Política de Álcool e Drogas do Governo Federal e destacaram que os usuários de drogas são "os novos sujeitos do perigo social, ameaçados, como os loucos o foram antes, pelas propostas de segregação e exclusão" (Carta das Entidades de Defesa da Reforma Psiquiátrica, 2011). O mesmo documento

ainda adverte, ao posicionar-se sobre modos antagônicos de cuidado presentes nesse campo, que a "Reforma Psiquiátrica não tem como sustentar ética, mas também financeiramente, dois modelos. Serviços que convidam ao exercício da liberdade não convivem com outros que negam este mesmo direito, os primeiros trabalham para substituir os segundos, esta é a proposta e a lógica" (Carta das entidades de Defesa da Reforma Psiquiátrica, 2011).

Ainda em 2011, com o avanço 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, 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". Nota-se que a proposição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) alinha-se a Lei 10.216 ao atualizar a proposta de uma rede substitutiva de cuidados em saúde mental. Contudo, destaca-se também sua ampliação basicamente com pontos de atenção mais ligados à temática de álcool e drogas em relação às temáticas da "loucura".

O cuidado em saúde mental preconizado por uma Rede Atenção Psicossocial voltada para pessoas com sofrimento mental e com necessidades

decorrentes de álcool e drogas, que incluem os novos dispositivos citados até aqui, caracteriza-se num primeiro momento por uma tentativa de que estes dispositivos se instalem de acordo com a legislação vigente em saúde mental nos pais. A caracterização desses dispositivos passará também pela capacidade das redes locais de saúde expandirem efetivamente sua capacidade de cuidado nesse sentido e de produzirem Projetos Terapêuticos Singulares potentes, juntamente com seus usuários, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Tecendo Redes de Atenção Psicossocial no Cuidado em Saúde Mental, Álcool e Drogas

As Políticas Públicas sobre Álcool e outras Drogas configuram como cenário vivo aquilo que hoje está instituído e colocado como certo grau de conquista, e que, há poucas décadas era fonte instituinte de mudanças no cuidado às pessoas com sofrimento psíquico. Este cenário movimenta-se e dialoga com os atores que estão em cena e, ao narrá-lo, de alguma forma também atualizamos os debates passados, 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.

Fundamentalmente nesse momento é importante relatar como essa legislação vigente em saúde mental vem tecendo redes no município de Vitória, não só a partir de suas estruturas hierarquizadas e estratificadas, mas também em seu modo de relação, tensionamentos, contradições, e dramas cotidianos. Abaixo descreveremos o que foi instituído até então e quais processos instituintes estão em curso.

Importa também narrar essa rede do ponto de vista de sua configuração de serviços: o atual Programa de Saúde Mental apresenta-se por seus equipamentos configurados e articulados, sua composição até o fim de 2011 era de um CAPS II (CAPS Ilha de Santa Maria); um CAPS AD (conhecido como Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos - CPTT); e um CAPS i voltado para as questões de saúde mental na infância e adolescência. No município de Vitória, os três CAPS são responsáveis pelo apoio matricial às 28 unidades de saúde, ação realizada de modo compartilhado com a área técnica de saúde mental.

É diretriz da saúde mental no município que as unidades acolham todas as pessoas que necessitam de atenção em saúde mental de seu território, exercendo o cuidado quando possível e compartilhando-o com os CAPS nos casos mais complexos. Praticamente todas as Unidades são compostas por equipes

mínimas de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde) e equipe ampliada (psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, técnicos esportivos, pediatras, fonoaudiólogos). Essas Equipes de Referência (Brasil, 2004) compostas dessa forma procuram efetuar cuidados em saúde inclusive para as questões de saúde mental. Mais que uma formatação burocrática, a intenção dessa lógica é que as equipes das unidades conheçam e se tornem referência para usuários e familiares. Além disso, ter as unidades de saúde como referência no cuidado aos usuários da saúde mental, álcool e outras drogas, possibilita a circulação destes usuários pelos serviços da rede de saúde em geral e pelo território, e não só pelos serviços de saúde mental, o que contribui não só com sua autonomia e inserção, como também com a produção de mudanças na cultura.

Como um dos avanços da rede, desde dezembro de 2011, dois dos três CAPS descritos acima - a saber, o CAPS da Ilha de Santa Maria e o CAPS AD/CPTT - passaram a funcionar na modalidade de CAPS III, ou seja, com funcionamento 24 horas e ampliação na atenção a partir do dispositivo de acolhida noturna. O CAPS AD III/CPTT conta com 08 leitos disponíveis para acolhida do usuário que apresente indicação de

acolhida noturna em seu projeto terapêutico singular e o antigo CAPS Ilha de Santa Maria, agora CAPS III, conta com 05 leitos para esse fim. Tratando-se dos primeiros CAPS III do estado, os técnicos desses dois serviços estão agitados, esperançosos e preocupados. Fonte dessa preocupação: a equipe sabe que "banciar" uma acolhida noturna requer que se esteja muito bem articulado com os fluxos de atenção à urgência e emergência - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), retaguarda em prontos-socorros e leitos em hospitais gerais, sendo que esta retaguarda é um dos grandes nós históricos locais, uma vez que esse nível de atenção não se encontra organizado no município, ainda apenas sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde. Tal situação põe em "cheque" a proposta da atenção integral que deve ser oferecida e facilitada com os CAPS III, produzindo tensionamentos na rede de cuidados. As tramas se acirram e as equipes tendem a se tornar pouco permeáveis aos fluxos e movimentos de cada situação singular.

A rede de saúde mental de Vitória enfrenta este momento, lidando com a oferta de cuidado intensivo nos CAPS III que recebem toda uma pressão ao acolher e cuidar de usuários em crise sem ter o respaldo de serviços de urgência que se fazem necessários em momentos em que

quadros críticos se apresentam.

Para alcançar o ponto de parceria que hoje temos entre as unidades de saúde e os CAPS, o processo de apoio matricial em Saúde Mental à Atenção Básica se mostrou essencial. Este matriciamento teve início em meados de 2006, a partir da própria discussão realizada com os profissionais da rede sobre a importância do cuidado e da atenção continuada em saúde mental em todos os dispositivos do município.

Inicialmente foram implantadas equipes regionais de saúde mental que assumiram a função de matriciamento das Unidades Básicas. Cabe destacar, que, além de não termos conseguido implantar as equipes em todas as regiões, também não foi possível realizar a composição planejada das equipes, pois não tínhamos os profissionais previstos. De todo modo, tais dificuldades não impediram que o processo tivesse início, tendo havido um constante trabalho de análise do mesmo e de adequações à medida que o caminhar nos mostrava a necessidade de mudanças. Assim, nas regiões em que não foram implantadas as equipes regionais, as equipes passaram a contar com o apoio matricial a partir dos CAPS que nesse momento começaram a atuar diretamente junto aos territórios em todo o município.

Em todas as regiões e serviços a equipe da área técnica de saúde mental

também estava envolvida, apoiando as ações e equipes. Foram organizadas reuniões regionais mensais, coordenadas pela área técnica e com participação aberta a qualquer profissional que atuasse em saúde mental, ficando ao encargo de cada um se identificar e aderir ao convite para participar das reuniões. Também existiam as reuniões gerais de saúde mental que reuniam profissionais e gestores de todos os serviços, a partir de sua adesão. Estas reuniões se constituíram em espaços coletivos para discussão, acompanhamento e supervisão de casos, e construção conjunta de projetos terapêuticos, estratégias de cuidado e de atuação no território. Diversas ações foram pactuadas nesses espaços e podemos destacar as intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades, visitas domiciliares e atendimentos compartilhados em casos de maior complexidade, além de orientação e supervisão da medicação de manutenção pelos médicos de família. As reuniões também se constituíram como importante espaço de educação permanente e discussão de conhecimentos técnicos em assuntos específicos, visando à incorporação destes para lidar com casos de saúde mental. Por fim, tais reuniões também configuravam espaços de encontros entre os profissionais, permitindo o contato direto e pessoal, o relato das angústias e alegrias vividos no

trabalho e o compartilhamento de algumas experiências e situações inusitadas, inovadoras e exitosas, o que realimentava a todos frente às dificuldades e tensões próprias da atenção em saúde mental.

Houve grande envolvimento da maioria das equipes das unidades de saúde, porém devemos reconhecer que o processo teve desenvolvimento desigual nas diferentes regiões e serviços, havendo algumas unidades bastante avançadas e outras em que o processo ainda é incipiente. Contudo, atualmente, estima-se que cada unidade de saúde faça o acompanhamento de 350 a 400 pessoas. Além disso, um importante indicador observado foi à redução das internações psiquiátricas de moradores de Vitória ocorrida a partir do início do trabalho mais efetivo junto ao território e à atenção básica.

Em 2010, após avaliação dos resultados, processos, das possibilidades e dificuldades de sustentação deste funcionamento, principalmente contingências relacionadas à dificuldade de manutenção das equipes, estas equipes matriciais foram incorporadas aos CAPS, ficando destinado apenas a esses serviços o papel de matriciador da rede básica de saúde, com o apoio da Área Técnica de Saúde Mental. Esta mudança gerou resistências e frustrações, mas também levou a avanços na ampliação da

integração dos CAPS com os demais serviços da rede, possibilitando sua efetiva inserção territorial.

Expansão da Rede de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas em Vitória

Na cidade de Vitória/ES, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) aprovou desde 2010, através de chamadas de financiamento baseados no PEAD/PIEC, projetos como Consultório Móvel de Rua, Escolas de Redução de Danos, Casas de Acolhimento Transitório e contratação de leitos em comunidades terapêuticas pelo SUS. Apesar dos projetos ainda guardarem o ideário da reforma psiquiátrica e posicionarem o CAPS AD, a partir do paradigma da Redução de Danos, como o ordenador desse cuidado, o tratamento desse usuário na rede ainda é frágil e tem apresentado novos desafios para a Política de Saúde Mental. Assim, vemos emergir com cada vez mais nitidez um novo sujeito/usuário desses serviços, distante das experiências de loucura vividas nos hospícios.

Em relação à Política de Álcool e outras Drogas, o município vem trabalhando dentro da lógica de redução de danos e articulando parcerias intersetoriais diversas com outras secretarias do município, além de outros órgãos públicos,

filantrópicos, ONGs e etc. O CAPS AD/CPTT coordena e participa do Fórum Permanente Metropolitano de Atenção ao Uso de Drogas, fórum que se reúne mensalmente com representações diversas dos municípios da região metropolitana de Vitória, especialmente diretores de CAPS AD e coordenações municipais e estaduais de saúde mental e álcool e drogas.

Outro espaço importante na cidade é a ‘Rodada para implementação e fortalecimento da Rede de Atenção a Crianças e Adolescentes usuários de Drogas de Vitória. A “Rodada”, como seus participantes se referem, é um espaço caracterizado como um fórum permanente de discussão e articulação intersetorial específico para as questões de qualificação e ampliação da rede de atenção a crianças e adolescentes usuárias de álcool e outras drogas no município. Participam representantes e técnicos das secretarias de educação, Saúde, Cidadania e Direitos Humanos, Assistente Social, Cultura, Conselho Tutelar, Vara da Infância e Ministério Público.

Desde 2009 tem-se uma parceria e uma articulação junto ao Governo Estadual, quando foram abertos oito leitos em hospital geral para internação de crianças e adolescentes em situações graves ligadas ao uso de álcool e outras drogas. Em 2012, a “Rodada” propiciou uma nova conquista, a saber a abertura de

mais 8 leitos, ampliando a capacidade de acolhimento, tratamento e de vida para estas crianças e adolescentes. Estes são os únicos recursos de atenção hospitalar voltados para esta faixa etária no Estado, destinando-se à desintoxicação de crianças e adolescentes.

O CAPS AD III do município tem trabalhado com a atenção em todas as faixas etárias, sendo o trabalho com adultos atualmente 24 horas, dependendo do Projeto Terapêutico Singular do usuário, e com crianças e adolescentes de 16 às 20 horas. Tal situação se estabeleceu em função de articulações com a Secretaria de Assistência Social, nas quais ficou clara a necessidade de criação de ações para infância e adolescência, principalmente daqueles que viviam/vivem em situação de rua. A partir deste trabalho, a equipe de atenção às crianças e adolescentes também iniciou atuação volante nos territórios da cidade em que o uso de drogas na rua se fazia mais intenso, iniciando, desde 2009, mesmo sem financiamento do Ministério da Saúde, uma atuação numa lógica de “Consultório de Rua”. Até o final de 2012 deve-se ampliar a atenção às crianças e adolescentes usuárias de álcool e drogas ou com outras questões geradores de vulnerabilidade com a inauguração do CAPS AD no bairro São Pedro, voltado para essa faixa etária.

O município já tem desenvolvido,

desde 2006, ações de redução de danos através de convênio com a Associação Capixaba de Redução de Danos (ACARD), a partir do qual são desenvolvidas ações de campo junto a usuários. Os recursos deste convênio são oriundos do Programa de Atenção às DST/AIDS, todavia as ações são desenvolvidas numa parceria que agrega a Área Técnica de Saúde Mental, o CAPS AD/CPTT, a área de DST/AIDS e a ACARD.

Hoje, uma das questões mais relevantes a serem trabalhadas para fortalecimento da rede oferecida é a construção de uma atenção efetiva por parte da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) no que se refere à urgência (SAMU e PS) e aos leitos de retaguarda, pois este fato torna vulnerável a rede de saúde mental no acompanhamento e na garantia do cuidado nos momentos agudos. No cotidiano dos serviços de saúde, as equipes locais muitas vezes acompanham situações de crise de difícil manejo, e se sentem de “mãos atadas” quando precisam construir uma breve internação hospitalar aos casos.

Consultório Móvel na Rua

O mapeamento realizado no período de setembro/2009 a fevereiro/2010 pela equipe do CAPS AD/CPTT aponta a existência, em diferentes regiões da cidade,

de pelo menos cinco locais de concentração de usuários de drogas, com presença total de cerca de 140 pessoas de faixas etárias variadas, existindo muitos adolescentes e jovens. Nesta atuação incipiente nas ruas foram encontradas situações como adolescentes usuárias de drogas grávidas, cerca de seis pessoas com tuberculose (algumas tendo iniciado tratamento e outras já tendo iniciado e abandonado), dois casos de usuários com sífilis, entre outras.

A equipe vem utilizando um carro da cooperativa conveniada com a Prefeitura, não contando com veículo próprio, o que dificulta as ações, pois não é possível adequar o mesmo para guarda de material ou mesmo fazer a identificação do veículo. A equipe considera esta identificação necessária para facilitar o contato nas áreas de uso de drogas, pois evitaria a sobreposição com outras ações que nem sempre são bem-vindas pelos usuários.

As equipes de abordagem de rua da Secretaria de Assistência Social relatam haver cerca de 500 pessoas vivendo em situação de rua ou já morando na rua, sendo cerca de um terço de crianças e adolescentes. Além disso, descrevem uma mudança do perfil na população de rua, com maior presença de pessoas de classe social não tão baixa e aumento da presença de crianças e adolescentes na rua.

Ao realizar um breve resgate histórico do processo de implantação do Consultório de Rua na rede de saúde de Vitória, observa-se que este vem acontecendo de forma gradativa, sendo que desde 2009, o CAPS AD/CPTT iniciou um trabalho de mapeamento semanal dos locais de concentração de uso de drogas na cidade e de abordagem e acolhimento dos usuários nestas regiões. A partir de 2010, dentro do PEAD, nossa rede local de saúde foi contemplada com recursos para financiamento do Consultório de Rua, o que permitiu que o projeto fosse ampliado com a contratação de três agentes de redução de danos. Atualmente, ainda contamos com parte destes recursos em execução e verificamos que o projeto vem conseguindo atingir seus objetivos. Porém, também vem se deparando com grandes desafios como a construção de um fluxo de atenção, o acolhimento diferenciado nas diferentes unidades de saúde e o manejo intersetorial dos casos.

O projeto teria potencial para oferecer atendimento à população de rua por oito horas diárias, preferencialmente nos períodos vespertino e noturno. Porém, devido a atual restrição de recursos humanos, o funcionamento neste momento se restringe a um só turno, no horário vespertino, que não seria o mais adequado para centrar as ações na rua uma vez que o movimento nas ruas é predominantemente

noturno. Por outro lado, é no horário da tarde que a equipe pode realizar as articulações com a rede local de saúde e com os demais parceiros intersetoriais, atividade fundamental para garantir a integralidade da atenção. Isso impede a transferência do projeto para o período noturno. Em resumo, se o projeto atuar por quatro horas diárias a noite, não realizara durante o dia as articulações com a rede. Se permanecer atuando durante a tarde, não atende o principal público que realiza uso de drogas pelas ruas da cidade. Essa contradição no projeto, vinha produzindo mal-estar tanto entre os membros da equipe que se veem com baixa resolutividade nas ações tanto com a população alvo do projeto que estão se organizando através do Movimento Nacional de População de Rua e cobrando da administração pública da cidade ações mais efetivas por parte de diversas políticas sociais para esse segmento, inclusive da saúde.

Em janeiro de 2012, o Ministério da Saúde publica a Portaria 122, que define as diretrizes de organização, financiamento e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (eCR). Como principal novidade está a garantia de financiamento permanente desses dispositivos e a localização das eCR na Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidas na Política Nacional de

Atenção Básica. Sendo assim, o atual projeto de Consultório de Rua de Vitória passara cada vez mais a estar vinculado, em termos de logística, às Unidades Básicas de Saúde em detrimento do CAPS AD, mesmo que do ponto de vista do cuidado essas duas dimensões de atenção permaneçam extremamente interligadas. Essa mudança de nível de atenção também possibilitará uma ampliação da integralidade do cuidado dessa população em relação aos seus principais agravos de saúde. No manejo clínico do projeto, a fim de realizar essa transição, já estão incluídas como apoio a equipe, as Áreas Técnicas de Saúde Mental, DST/AIDS, Saúde do Adulto, Atenção Básica e representação da Secretaria Municipal de Assistência Social.

Com estas mudanças, atualmente o projeto de equipe de Consultório na Rua de Vitória vem acontecendo em uma das Unidades de Saúde da Família e recebe novos profissionais de acordo com a portaria vigente, o que significa que passará a ser composta por um psicólogo, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e um Técnico de Saúde Bucal, todos profissionais com carga horária de 40 horas semanais, e selecionados de acordo com a demanda dessa população. Retomam-se assim os desafios desse dispositivo, tais como integrar-se a todas as unidades de saúde da cidade que tem grande população de rua em seu território,

garantir o princípio da integralidade em suas ações, manter forte intersectorialidade junto à rede sócio-assistencial e ocupar lugar estratégico na relação com os CAPS AD da cidade e Casa de Acolhimento Transitório Infante Juvenil.

Casa de Acolhimento Transitório Infante-Juvenil (CATij)

Outro dispositivo que já está sendo implantado na rede local de Saúde Mental é a Casa de Acolhimento Transitório infante juvenil (CATij), também financiada ainda pelo PEAD.

A proposta das Casas de Acolhimento Transitório implica a implantação de dispositivos que permitam abrigo temporário, acolhimento e proteção social, em espaços da saúde, no contexto de um Projeto Terapêutico Individualizado desenvolvido em Centros de Atenção Psicossocial, em articulação com a atenção básica e com dispositivos intersectoriais (saúde, assistência social, direitos humanos, justiça, educação, e outros) (Brasil, 2010d, p.1).

A CATij está em funcionamento desde agosto de 2012 e oferta 10 vagas de acolhimento para crianças e adolescentes. Os usuários que estão no espaço são muito conhecidos da rede local, já manejados de modo intersectorial pelo CAPS AD III/CPTT da cidade, CREAS, Hospital dos

Ferrovários (Referência de Leito Hospitalar) e também pelo próprio Consultório na Rua. No momento, com a expectativa de abertura do segundo CAPS AD, que será exclusivo para as crianças e adolescentes, a CATij será uma extensão desse novo serviço, permitindo a oferta efetiva do cuidado integral e a construção de Projetos Terapêuticos Singulares que busquem a construção conjunta de projetos de vida e de novos modos de inserção social. A equipe do CAPS São Pedro encontra-se em fase final de contratação e os profissionais já estão se familiarizando com os usuários e a rotina da CATij.

Atualmente, a CATij vem estruturando seu projeto terapêutico e acompanhando os PTS “dos meninos” como a equipe se refere. Temos trabalhado através de supervisão clínica institucional a importância dessa nova rede de serviços (CAPS São Pedro, Consultório na Rua e CATij) funcionar de forma intimamente articulada entre si para potencializar o cuidado. Este é um importante passo, pois antes desses serviços se configurarem, a rede intersectorial de atenção a estes usuários esbarrava em fragilidades estruturais e os casos acabavam muitas vezes atropelados por processos de judicialização de vagas de internação psiquiátrica por ausência de outras opções. “É como se a CAT representasse outra opção à internação nas comunidades

terapêuticas”, reflete um dos seus técnicos.

Discussão

Ao nos debruçar sobre o avanço da rede municipal de Saúde Mental de Vitória não podemos nos esquecer de que estamos falando de práticas em curso dentro de um contexto de mudanças, tensões e contradições atuais na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Tais mudanças nesse cenário resultam de um confronto ora velado, ora rasgado, em torno de interesses maiores, ou seja, trata-se de uma disputa pelo modelo de atenção em saúde mental no país. Uma disputa em que está em jogo afirmar práticas a favor da vida, em que o outro, moribundo ou não, seja respeitado, acolhido em suas dores visíveis e invisíveis sem pré-julgamentos, sem discriminações de qualquer tipo, sem descaso pela vida do outro, um anônimo que poderia ser qualquer um de nós.

O que temos assistido neste cenário midiático? Uma demonização do crack e de seus usuários. Melhor dizendo, fazem do crack o 'mal' e dos usuários de crack, principalmente aqueles que vivem e/ou circulam pelas ruas, as frágeis e perdidas vítimas do mal/crack. Apresentados como vítimas, 'doentes' ou zumbis, estes sujeitos são anulados em sua subjetividade e em todas suas possibilidades de existência

caso não venham a ser 'salvos' pelas práticas salvacionistas e supostamente humanas e bem intencionadas dos guardiões da ordem pública ou das práticas supostamente competentes e especializadas de um fútil cientificismo que autoriza práticas de desmando, de desrespeito com o outro, com a vida, como foi o caso da chamada 'operação cracolândia', em São Paulo.

A operação cracolândia e o debate que a acompanha na imprensa ilustram as dificuldades do poder na modernidade. Num dos seus melhores seminários (o de 1975, "Os Anormais", Martins Fontes), Foucault mostra que esse poder oscila entre dois modelos: o da lepra e o da peste. Os diferentes e infratores podem ser retirados da circulação, fechados na prisão, na colônia agrícola, no antigo asilo. Esse é o modelo adotado para a lepra; ele segrega no lazareto. Mas, às vezes, os diferentes e infratores, muito numerosos, espalham-se pelo tecido social de forma que sua segregação seria improvável. É o que acontecia no caso da peste. Os contaminados, então, não eram fechados em lazaretos afastados, mas a cidade era dividida em quadras, que eram vigiadas por, digamos, agentes sanitários: os doentes eram proibidos de deixar seu domicílio, e o governo administrava a vida (e a morte) deles dentro de suas próprias casas (Calligaris, 2012).

Nos novos serviços da RAPS, voltados ao cuidado a usuários de álcool e

outras drogas, encontramos experiências que ora avançam em direção a um modelo, ora retrocedem para o outro. Vemos que o foco das últimas políticas tem sido exatamente os usuários de álcool e outras drogas que estão em situação de rua, sendo muitos dos novos dispositivos voltados para estes usuários em especial.

Avaliamos que sua nova configuração, a rede de saúde mental de Vitória - agora com o CAPS AD III, o Consultório na Rua e as Casas de Acolhimento Transitório - pode proporcionar um cuidado que acompanhe e respeite os modos de circulação dos sujeitos pelas ruas, sua história e sua forma de construir sua vida e de habitar a cidade, sem levar a uma formatação ou territorialização padrão destes sujeitos. Porém, esta mesma rede, também pode vir a ser uma rede de captação de sujeitos voltada para a formatação de sua subjetividade em modelos padrão, serializados e despotencializados, assujeitados à sua suposta condição de zumbis a serem recuperados.

A utilização desta nova rede que permite abordar, acolher, conhecer e oferecer abrigo aos sujeitos que circulam pela cidade e que tem nas drogas uma das formas de alívio de sua dor, só será potente e antagônica às malhas do estado de dominação² se os serviços/dispositivos e as equipes conseguirem lidar com a

desterritorialização³ inerente a estes modos de viver e habitar a cidade.

O "morador de rua" das cracolândias, nas grandes cidades, nos lembra o movimento esquizo dos nômades que invadiam o coração do Império Chinês, descrito por Pelbart, 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, da linguagem" (Pelbart, 2001, p.1).

Este convite que Pelbart nos faz de circular neste interstício dentro e fora demandarão das equipes uma grande capacidade de circular livremente, acompanhando de certo modo os movimentos da cidade e de seus habitantes 'marginais'. A mesma capacidade de lidar com a desterritorialização presente nestes, e que parece ser parte de sua potência, será exigida também de quem cuida, de forma a se construir novos modos de cuidar. Além disso, será demandado ainda destas equipes a capacidade de lidar com as pressões de produção de serialidade que em geral é o que se espera dos equipamentos da saúde pública.

Nesse sentido, destacamos a importância que passa a ter nestas práticas em construção a capacidade de lidar com as forças que incidem na produção de subjetividade, principalmente aquelas mais ligadas a vivências cotidianas que em geral

negligenciamos como se fossem um fundo difuso sobre o qual circulamos impunes. A própria relação com a cidade ganha peso e passa a ser importante lembrar que “A cidade nos habita. As subjetividades são produzidas em relação, na concretude de suas ruas e edificações, nas subjetivações tecidas nos encontros” (Nogueira, 2008).

Nessa perspectiva, a cidade não é apenas o palco para o encontro de seus viventes. Os lugares e os cotidianos adquirem grande importância, pois não é apenas o tempo que se passa sobre seus cidadãos que produz subjetividade, mas muito mais a experiência e a espaço praticado pelos mesmos. Os lugares da cidade podem trazer para o cotidiano, através do espaço, territórios e modos de subjetivação. Em alguns espaços da cidade se enunciam através de “poros” do tecido social por onde de certa forma se respira e se engendra novos modos de viver. Por outros, aglutinam-se produções de identidade serializadas.

Há lugares também, que se potencializam em certas horas do dia e não tem geografia definida, a não ser pela potência que se mobiliza. Funcionam como dispositivo ativo do tecido social. Podem ser histórico e espacialmente construídos e possibilitam a alteridade e diferenciação de forças. Ao caminhar pelas ruas de uma cidade, o encontro com a rua pode engendrar subjetividades que de certa

forma desviam-se e ligam-se a outros processos de produção de si e do espaço, a linhas de fuga. Contudo, é possível também que o encontro com a rua produza serialidades, cristalize-se na relação com espaço, capturando-se assim formas segmentarizadas que fixa identidades. As ruas, as praças, os parques, as edificações e outros espaços de circulação guardam essa potência e contradição de modos produção de subjetividades. A cidade é o lugar dos encontros.

A cidade é o lugar fabricado para o encontro, para o entretenimento, para a troca. Assim, floresceram as cidades ao longo da história, fortalecendo significados. O lugar da troca e da negociação é, também, lugar da produção. A cidade, nesses termos, é lugar da criação, da fertilização (Hissa, 2006).

Contudo, 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.

Nas cidades modernas, apesar de nascerem como espaço de liberdade e resistência à servidão feudal, engendram-se jogos de forças maquinados pela racionalidade do campo privado que afirma o individualismo. Reforça e contrapõe identidades em linhas de forças de segmentaridade, produzindo valorização de certas identidades em detrimento da exclusão de outros modos de habitar. Erguem-se pelos espaços urbanos, muros e cercas reais e simbólicos.

Os serviços de saúde mental devem trabalhar sua capacidade de se fazerem de pontos de passagem nos quais se produzam encontros potentes e capazes de mobilizar nos sujeitos processos de mudanças ativas de modo a que, sem paralisar os percursos, possam ter efeitos.

Notas

¹ Artigo inédito resultado de pesquisa desenvolvida no Programa de Mestrado em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo.

² “Mesmo quando a relação de poder é completamente desequilibrada, [...] um poder só pode se exercer sobre o outro à medida que ainda reste a esse último [alguma] possibilidade” (Foucault, 2004, p. 277). [...] “... é preciso distinguir as relações de poder como jogos estratégicos entre liberdades [...] e os estados de

dominação, que são o que geralmente se chama de poder” (Foucault, 2004, p. 285). Mas será que foi um jogo de poder aberto, será que se jogava “com um mínimo possível de dominação”? (Foucault, 2004, p. 284). Nos “estados de dominação” as práticas de liberdade são um fio excessivamente reduzido e situado em um único lado”.

³ Félix e eu construímos um conceito de que gosto muito, o de desterritorialização. (...) precisamos às vezes inventar uma palavra bárbara para dar conta de uma noção com pretensão nova. A noção com pretensão nova é que não há território sem um vetor de saída do território, e não há saída do território, ou seja, desterritorialização, sem, ao mesmo tempo, um esforço para se reterritorializar em outra parte (Gilles Deleuze, em entrevista em vídeo).

Referências

- Brasil. (2001). Presidência da República. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. *Lei nº 10.216*, de 6 de abril de 2001. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em 10 de novembro 2012.
- Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de

- fevereiro de 2002. *Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos centros de atenção psicossocial*. Brasília: Diário oficial da União.
- Brasil. (2003). Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009). Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. (2 ed., 5 reimp.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010b). Presidência da República/Gabinete de Segurança Institucional/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/Ministério da Saúde/Comitê Gestor do Plano Integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas. *Edital nº 003/2010/gsipr/senad/ms*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010c). Decreto Presidencial nº 7179 de 20 de maio de 2010. Institui o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas, (piec), cria o seu comitê gestor, e dá outras providências.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Equipe de referência e apoio matricial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009). *Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas no sistema único de saúde - SUS (PEAD 2009-2010)*, instituído pela portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de Rua do SUS*. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Epjn-Fiocruz.
- Calligaris, C. (2012). *Nota sobre as cracolândias*. Fragmentos do artigo publicado no jornal folha de São Paulo. Disponível em: <http://avaranda.blogspot.com.br/2012/01/notas-sobre-cracolandia-contardo.html>. Acesso em 15/07/12.
- Carta das Entidades de Defesa da Reforma Psiquiátrica. Disponível em: <http://blogsaudefrasil.com.br/2011/>

- [08/01/carta-das-entidades-de-defesa-da-reforma-psiquiatrica/](#)>. Acesso em: 26 de setembro de 2011.
- Deleuze, G. *O abecedário de Gilles Deleuze*. (Raccord, Trad. e legendas). A série de entrevistas, feita por Claire Parnet, foi filmada nos anos 1988-1989.
- Deleuze, G. (1998). Políticas. In G. Deleuze, & C. Parnet. *Diálogos*. São Paulo: Escuta.
- Foucault, M. (2004). *Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, Coleção Ditos & Escritos V.
- Hissa, C. E. V. (2006). Ambiente e vida na cidade. In C. A. Brandão. (Org.). *As cidades da cidade*. Belo Horizonte: UFMG.
- Nogueira, M. L., & Sander, J. (2008). A cidade: o jogo da alteridade. In *Corporidade: debates em estética urbana 1*. Salvador, BA, s/p. Disponível em: <http://www.corporidade.dan.ufba.br/arquivos/resultado/st4/marianogueira.pdf>. Acesso em: 14 jul 2012.
- Pelbart, P. Pal. (2001). Exclusão e biopotência no coração do império. In *Seminário estudos territoriais de desigualdades sociais*. São Paulo. Disponível em: (<http://www.cedest.info/peter.pdf>) acesso em: 20 set. 2011.
- Anselmo Clemente:** Psicólogo, mestrando do Programa de Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES e psicólogo membro da Área Técnica de Saúde Mental da Secretária Municipal de Saúde de Vitória – ES. Atua na área de saúde mental; direitos humanos; atenção primária à saúde; saúde pública e saúde coletiva.
Email: anselmo_clemente@hotmail.com
- Maria Cristina Campello Lavrador:** Professora Adjunta do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional/PPGPSI da Universidade Federal do Espírito Santo/UFES. Atua na área de Saúde com ênfase em Políticas de Saúde Mental: modos de subjetivação na contemporaneidade, reforma psiquiátrica, desinstitucionalização da loucura e atenção psicossocial.
Email: cristinacampello@uol.com.br
- Andrea Campos Romanholi:** Psicóloga mestre em Psicologia Social pelo Programa de Psicologia Social da Universidade Federal do Espírito Santo e professora da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo. Atua na área de saúde mental, álcool e outras drogas; reforma psiquiátrica; atenção primária em saúde; organização e gestão de redes de atenção.
Email: andrearomanholi@superig.com.br

3 DIÁLOGOS SOBRE AS POLÍTICA BRASILEIRA E PROTUGUESA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

Anselmo Clemente¹

Maria Cristina Campello Lavrador²

3.1 O MAPA DA EXPERIÊNCIA

Em 2013, eu e minha orientadora de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, Profa. Dra. Maria Cristina Campello Lavrador, tivemos a oportunidade de entrar em contato com representantes do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (Sicad) do Ministério da Saúde de Portugal. A partir desse contato, realizamos, com a participação valiosa da representante do Sicad, Paula Valle de Andrade, o evento “Colóquio internacional – Diálogos entre Brasil e Portugal nos desafios da política de drogas”, realizado em 17 de setembro de 2013, no Auditório Manoel Vereza, (CCJE-UFES). Desse contato e debate acerca da política de drogas em curso nos dois países, seus dilemas e tensionamentos, pude candidatar-me e ser aprovado em estágio técnico internacional, Edital nº 002/2013, modalidade “ETE D”, por meio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (Fapes). Com financiamento deste órgão, tive a oportunidade de conhecer, ao longo de quatro semanas, a experiência portuguesa de atenção ao usuário de drogas, com supervisão da própria Paula do Valle Andrade, no Sicad.

O serviço tem a missão de promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências. Para esse fim, organiza a rede de atenção à saúde e outras políticas sociais nas áreas de prevenção, dissuasão,

1 Psicólogo, trabalhador da saúde do município de Vitória (ES), militante da luta antimanicomial, técnico-bolsista da Fiotec/Fiocruz da Coordenação Nacional da Política de Humanização do Ministério da Saúde.

2 Professora Adjunta do Departamento de Psicologia e Graduação do Programa em Institucional/PPGPSI de Pós-Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo/UFES.

tratamento, redução de danos e reinserção. O estágio foi realizado sob uma metodologia de vivência e imersão de maneira global nas áreas temáticas citadas e pontualmente em serviços selecionados da rede de tratamento aos usuários de álcool e drogas.

Este artigo trata de um relato dessa experiência e também está incluído no texto final da dissertação de mestrado acima citada, uma vez que guarda relação direta com minha pesquisa acerca da reforma psiquiátrica brasileira no que tange à política de drogas, tanto em seus avanços quanto tensionamentos, produzidos por outros setores da sociedade e vividos no cotidiano pelos trabalhadores de saúde mental. De outra forma, colaboraria também para a promoção do intercâmbio de experiências a partir de realidades de países tão distintos, com possibilidades de correlação pertinentes para a geração direta de conhecimento e debate acerca de um tema premente nos contextos capixaba e brasileiro.

3.2 NO TRABALHO DO ESTALEIRO OU COMO CONSTRUIR UM NAVIO QUE SUPORTE ATRAVESSAR O OCEANO

A oportunidade de estabelecer diálogos com uma política de drogas de Portugal, mesmo que este represente, na esteira da história, vetor “colonizador” fundamental na formação do Brasil, nos pareceu um grande desafio, posto que suas diferenças em relação à realidade brasileira são tão grandes quando a distância do oceano que nos separa. Talvez se fossemos rumo à Itália, às experiências remanescentes da chamada Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana, não estaríamos tão distantes...

Por conta desse estranhamento luso-brasileiro, precisaríamos de uma pequena embarcação, para apenas um tripulante, que fosse capaz de realizar uma viagem oceânica. E, ainda que numa viagem solitária, pudesse ser acompanhada por muitos...

Como estaleiro para construção dessa pequena embarcação, utilizamos o projeto de pesquisa em andamento “Desafios contemporâneos em saúde mental”, do mesmo programa e instituição em que desenvolvo o meu mestrado.

Esse estaleiro, já há algum tempo, constrói embarcações e/ou outros modos de navegação para investigar as problemáticas e os desafios contemporâneos que perpassam o campo da saúde mental.

Sabíamos, por força da rotina de trabalho, que os desafios que se impõem cotidianamente ao movimento da luta antimanicomial são muitos. A experiência brasileira de reforma psiquiátrica, que vinha navegando em águas relativamente claras rumo à extinção gradativa dos hospícios, e consequente acolhimento do usuário em rede integrada de cuidados, dentro de seu território de relações e afetos, enfrenta agora algumas tempestades. Como boas amarrações de trabalho, nesse estaleiro, discussões sobre as práticas de atenção e a clínica em saúde mental, as internações compulsórias e as formas de adesão ao tratamento, entre outros temas, ajudaram a firmar o pé.

Nossas ferramentas de trabalho: levantamento, estudo e análise de material bibliográfico sobre a rede integrada de serviços de saúde, políticas públicas de saúde mental, reforma psiquiátrica no Brasil e atenção psicossocial; coleta de dados; construção do instrumento de coleta dados, seu tratamento e sua categorização; análise qualitativa do material coletado, em articulação com os dados quantitativos, com os estudos teóricos e com os objetivos estabelecidos nas pesquisas em curso. Importante destacar que por esse lugar de produção/criação já passaram 12 alunos de mestrado (grande parte bolsistas Fapes e Capes) e graduandos do curso de psicologia da UFES, incluindo bolsistas de iniciação científica (PIBIC).

Sabíamos que a construção de tal embarcação envolvia a utilização de material resistente e capaz de dar entendimento aos inúmeros desafios das políticas públicas brasileiras de álcool e outras drogas, bem como suas dissonâncias e paradoxos que, particularmente, reforçam em determinados estratos políticos e sociais experiências de tratamento punitivo em detrimento do tratamento de saúde.

No Brasil, o enfrentamento público quanto ao uso de substâncias psicoativas ilícitas é dicotômico. De um lado, o poder público aposta em uma política de “guerra” às drogas, de caráter proibicionista, higienista e repressivo, que atinge principalmente a população pobre e negra, mais uma vez vítima de

criminalização em razão da sua condição socioeconômica. Há a exemplos de retrocesso ético e político no campo da reforma psiquiátrica brasileira, quando observávamos a produção de um negócio lucrativo na priorização das internações compulsórias em comunidades terapêuticas ou na desqualificação/deslocamento de dispositivos de cuidados psicossociais integrados em rede intersetorial, como os consultórios de/na rua e os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad). Por outro lado, há experiências locais no país que são exemplos de resistência a essa tendência reacionária, que representam a inovação e o avanço das propostas da reforma psiquiátrica no campo da atenção às drogas, como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em implantação no município de São Bernardo do Campo (SP).

Pronto, estaleiro apresentado!

3.3 RUMO À “TERRINHA”: CONSTRUÇÃO DA EMBARCAÇÃO E UMA ROTA DE DIÁLOGOS ENTRE BRASIL E PORTUGAL NOS DESAFIOS DA POLÍTICA DE DROGAS

Desde há muito o caminho que atravessa o Oceano Atlântico ligando Portugal e Brasil já é conhecido. Por essas águas muita coisa passou, muita coisa se perdeu, muita coisa foi levada... Precisávamos de uma rota de ligação direta entre Vitória e Lisboa. Para chegarmos ao nosso destino sem nos perder, precisávamos também dotar nossa embarcação de ancoras, bussolas; levar cartas náuticas e radiocomunicador. Portanto, tratando-se de uma viagem longa, seria importante nos prevenir. Por isso, na construção da embarcação incluímos três ancoras importantes para uma viagem segura ou para possíveis paragens necessárias.

3.3.1 Primeira Ancora – Função: Manter a Ligação com o Restante da Pesquisa

No Brasil, historicamente, a trajetória da reforma psiquiátrica deu-se muito em função da desconstrução dos manicômios como lugar privilegiado de tratamento da loucura e a paulatina reversão desse lugar a partir da produção

de uma rede de atenção substitutiva à internação. Na legislação atual da saúde mental, os CAPS projetam-se como ordenadores dessa rede, construindo o cuidado de modo oposto ao projeto dos manicômios. O modelo de atenção psicossocial, a ideia de clínica ampliada, a valorização da intersetorialidade, o respeito às singularidades e a tentativa de desconstrução do lugar da doença/loucura são alguns dos aspectos relevantes desses novos serviços.

Na última década, observamos também o avanço das políticas de saúde mental, com a ampliação da oferta de serviços substitutivos ao manicômio, a criação/institucionalização de residências terapêuticas, centros de convivência, Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), de Álcool e Drogas (CAPSad) e 24 horas (CAPS III), além de leitos de saúde mental em hospital geral, entre outras iniciativas.

Particularmente, sabíamos que uso problemático de drogas se constitui um grave problema de saúde pública em diversos países. No Brasil, apesar dos esforços do Sistema Único de Saúde (SUS), como o avanço da RAPS para a ampliação de serviços de tratamento, as características culturais e as condições históricas, sociais e econômicas dos diversos segmentos de usuários de drogas, bem como as políticas de atenção implementadas, dialogam diretamente com o tema da evolução das cidades no século XX, os modos de vida no urbano, utilização espaços públicos, o gerenciamento da vida nas cidades modernas.

3.3.2 Segunda Ancora – Função: Estabelecer Relações Fundamentais para Ligar as Experiências da Política de Drogas Portuguesa e Brasileira

O governo português, através do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, vinculado ao Ministério da Saúde, apresenta importante iniciativa ao trabalhar o fenômeno da dependência química de maneira global, integrando áreas como prevenção, redução de danos, tratamento e inserção social numa rede articulada de políticas intersetoriais.

Portugal, com uma população três vezes maior que a do Espírito Santo (pouco mais de 10 milhões de habitantes) e área territorial duas vezes maior a capixaba, dividiu sua ação em cinco Delegações Regionais: Algarve; Alentejo; Lisboa e Vale do Tejo; Central; e Norte. A exemplo do modelo adotado no Brasil, o atendimento à saúde em Portugal é descentralizado e regionalizado, via delegações, por meio de rede diversificada de serviços, que inclui a atenção e o tratamento aos usuários de drogas. Em pouco mais de dez anos, o sistema de saúde português instalou por todo o país serviços territorializados, como as unidades de *alcoologia* e de *desabituação*, os Centros de Respostas Integradas (CRI) – que guardam grande semelhança com os nossos CAPSad – , as *equipas* de tratamento e o Cadastro de Comunidades Terapêuticas, além de muitos projetos regionais, que têm forte caráter intersetorial.

As experiências das políticas de saúde de ambos os países, ao menos em plano global, parecem apontar para um horizonte no qual o usuário é reconhecido em sua singularidade. Isso porque dispõe de uma oferta diversificada de programas de tratamento e de cuidados, que contemplam uma vasta gama de abordagens psicossociais e farmacológicas, orientadas por princípios éticos e pela evidência científica.

3.3.3 Terceira Ancora – Função: Nunca se Esquecer de Onde Partimos

O Estado do Espírito Santo, especificamente, insere-se no cenário descrito acima apresentando a problemática da droga como uma das questões mais prementes da sociedade local, seja pelo apelo midiático despertado pelos casos mais dramáticos, seja pelo crescimento no número de internações para tratamento em comunidades terapêuticas, seja pela implantação de políticas públicas e serviços.

Sabendo que as respostas de cuidados variam muito caso a caso, a rede capixaba de tratamento precisa crescer em oferta de serviços e alargar suas fronteiras para outras áreas, tais como justiça, a assistência social, a educação e a cultura, a exemplo da exitosa experiência portuguesa e também das orientações da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

do Ministério da Saúde brasileiro. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) local e regional e o programa do governo federal brasileiro “Crack é possível vencer” (com contradições) parecem buscar avanços nesse sentido.

Na capital Vitória e municípios vizinhos, os governos locais mostram certo empenho para avançar na implantação de uma rede de serviços que consiga cuidar de usuários de drogas. E com grande foco nos usuários que apresentam condições de vida precárias e grande vulnerabilidade social.

Embarcação construída e pronta para partir!

3.4 AVISOS AOS NAVEGANTES: BOM TEMPO E ÁGUAS TRANQUILAS, MAS CUIDADO COM AS PROFUNDEZAS DO MAR...

Zarpamos! Em águas internacionais, sabíamos de algumas recomendações. O Brasil já vinha sendo advertido sobre alguns rumos tomados em suas políticas de drogas. Estávamos indo de peito aberto e coração esperançoso para a travessia, que nos permitiria trocar experiências. Então, com bom tempo e águas calmas, já no início da viagem observamos três cartas náuticas que nos mostraram os meridianos e as paralelas de localização e nos informaram sobre a profundidade das águas, faróis, bóias, perigos submersos da viagem.

Vamos então à primeira carta náutica. A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou, em 2013, documento intitulado de “Nota Técnica da OPAS/OMS no Brasil sobre internação involuntária e compulsória de pessoas que usam drogas”, reconhecendo a priorização por parte do Estado brasileiro na implantação de serviços de base comunitária para a atenção em saúde nessa área, que resultou, inclusive, na expansão da rede de atendimento e acesso ao tratamento. Contudo, o documento alertava:

Ainda que a lei 10.216 de 2001 descreva a internação como uma das estratégias possíveis para o tratamento dos transtornos mentais, ultimamente, alguns Estados e Municípios têm utilizado a internação como principal forma para lidar com a dependência de drogas. A OPAS/OMS no Brasil considera inadequada e ineficaz a adoção da internação involuntária ou

compulsória como estratégia central para o tratamento da dependência de drogas.”³

Nessa mesma carta náutica havia orientações mais gerais. Em 2008 foi elaborado documento pela OMS,⁴ em conjunto com o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (Unodc), que descreve dez princípios gerais que orientam o tratamento da dependência às drogas. Reflete que as políticas devem ser baseadas na saúde e não na punição, que produz a discriminação e o estigma associados aos usuários de drogas.

Ainda, que o tratamento sem o consentimento de usuários de drogas deve ser restringir-se a situações emergenciais de curto prazo e de intoxicação aguda ou quando o indivíduo possa colocar em risco a própria vida ou a de outros. Nesse sentido, o documento destaca que,

[...] diante da preocupação com a garantia dos direitos humanos e com o respeito ao processo legal para autorizar e manter a internação compulsória, 12 agências das Nações Unidas, entre elas a OMS, emitiram em 2012 comunicado conjunto sobre os Centros de Detenção e Reabilitação Compulsória⁵ da própria citação. Esta iniciativa recomendou aos países que esses centros sejam fechados, ou, na impossibilidade do fechamento imediato, que sejam seguidas recomendações descritas no documento.”⁶

Segundo o documento, essas agências

[...] recomendam claramente que seja priorizada a implantação de ações e serviços de saúde comunitários com características voluntárias. As internações compulsórias só devem ser utilizadas em circunstâncias claramente definidas como

-
- 3 Disponível em:
<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3206:nota-tecnica-da-opasoms-no-brasil-sobre-internacao-involuntaria-e-compulsoria-de-pessoas-que-usam-drogas&Itemid=0>. Acesso em: 15 maio 2014.
- 4 Disponível em:
<http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf>. Acesso em 16 maio de 2014.
- 5 Este comunicado conjunto encontra-se disponível em
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf
- 6 Idem citação da nota 3.

excepcionais e, mesmo assim, devem respeitar os direitos humanos previstos na legislação internacional.” [...] A OPAS no Brasil, em consonância com as referências citadas, acredita que o fortalecimento da rede de atenção psicossocial é prioritário e se constitui como opção mais adequada à resposta do setor saúde para o consumo de drogas.⁷

A segunda carta náutica é um relatório da Comissão Global de Política sobre Drogas, de 2011, cujos membros incluem quatro ex-presidentes, um ex-secretário-geral da ONU e um prêmio Nobel. O documento desaprova a guerra às drogas e chama a atenção das nações para considerarem seriamente alternativas para o enfrentamento da questão, como a descriminalização. Num dos pontos destacados a comissão declara que, em 2011,

A guerra global contra as drogas falhou, com consequências devastantes para indivíduos e sociedades pelo mundo. Cinquenta anos após o início da Convenção de Narcóticos da ONU, e 40 anos depois do presidente Nixon ter lançado a guerra contra as drogas nos EUA, reformas fundamentais em controle global de drogas nacional e internacionalmente são urgentemente necessárias". (GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY, 2011, p. 2).

Permanece a ideia de que iniciativas em vários países do globo que apostaram em políticas de drogas baseadas quase exclusivamente na repressão não conseguiram reduzir o seu consumo. Pelo contrário, essa escolha aumentou o estigma e a criminalização dos usuários, tornando mais difícil a eles o acesso ao tratamento. Ao contrário, legislações repressivas prejudicam a saúde pública.

Finalmente, nossa terceira carta náutica, ao descrever e refletir sobre a política de drogas de Portugal, destaca que a ONU, por meio da Unodc, em seu “Relatório mundial de drogas”, tem confirmado que as ações para acabar ou controlar a produção de substâncias psicoativas ilegais vêm fracassando, muito em função de medidas repressivas que não levam em conta o fator humano.

7 Ibidem notas 3 e 5.

Prisões no mundo inteiro estão cheias de pessoas condenadas por crimes relacionados com drogas. Muitas delas viram-se envolvidas com o consumo ou tráfico de drogas devido a problemas de adição ou pobreza. As altas taxas de encarceramento têm um impacto negativo junto dos reclusos, das suas famílias e das sociedades, para quem representam um enorme fardo econômico. Frequentemente, a punição é largamente desproporcionada, com longas penas de prisão atribuídas a pequenos delitos (DOMOSLAWSKI, 2011, p. 7).

3.4.1 Que Bons Ventos os Trazem: Política Sobre Drogas e a Experiência de Portugal

As cartas náuticas foram muito úteis durante a viagem e nos ajudaram a percorrer em segurança terras internacionais. Felizmente, já próximos do destino final, nossa pequena embarcação começou a receber pelo radiocomunicador mensagens importantes para que nos preparássemos para aportar em terra firme. Nosso rádio recebia as primeiras informações sobre a política portuguesa de enfrentamento às drogas, e as mensagens pareciam muito boas:

Ao descriminalizar as drogas em meados dos anos 2000 Portugal quebrou o paradigma de “guerra às drogas”. Ao invés de insistir em medidas repressivas ineficazes, quando não claramente contraproducentes, Portugal optou por políticas mais humanas e eficientes. (...) foi o primeiro país a seguir integralmente a recomendação da Comissão Global sobre Política de Drogas, Organização das Nações Unidas (ONU)” (...) de encarar as “pessoas que usam drogas não como criminosas e sim como pessoas que precisam de ajuda, tratamento e reinserção social (DOMOSLAWSKI, 2011, p. 4).

As indagações eram muitas: quais os tipos de serviços montados para atender os usuários? Quais os impactos da descriminalização na relação com a justiça e a saúde? Qual o tratamento dado ao tráfico de drogas?

Noutra mensagem recebemos, então, a seguinte informação:

Surpreendentemente, Portugal – um pequeno país conhecido pelos seus valores conservadores, de forte tradição católica e com uma democracia relativamente recente – tornou-se um modelo internacional em termos de política da droga. Num dramático afastamento da norma, Portugal descriminalizou a

posse de drogas para consumo em 2000. Ao remover a questão da posse pessoal da esfera judicial para a esfera da saúde pública, Portugal deu ao mundo um poderoso exemplo de como uma política nacional da droga pode funcionar em benefício de todos (DOMOSLAWSKI, 2011, p. 8).

Estava claro que a descriminalização da posse de drogas foi um importante vetor de mudança de paradigma na política portuguesa. Com isso, na última década, diziam as mensagens, o país conseguiu uma diminuição expressiva no número de infecções por HIV e de mortes relacionadas às drogas, e,

[...] em vez de definharem numa cela de prisão, os dependentes de drogas em Portugal recebem atualmente tratamentos efetivos em programas que os procuram integrar de volta na sociedade. Até o sistema judicial beneficiou, com as polícias focadas na interseção do tráfico de larga escala e das redes internacionais de tráfico. Como resultado, a segurança pública aumentou (DOMOSLAWSKI, 2011, p. 8).

Uma última mensagem afirmava que, a partir da descriminalização da posse de drogas no país, uma certa “[...] contraordenação administrativa [...]” (DOMOSLAWSKI, p. 15 2011), também foi possível aos portugueses incluir um grande número de medidas em áreas como a prevenção e educação social, desencorajando o uso de substâncias psicoativas, com foco na redução de danos, no tratamento de toxicodependentes e na assistência para reinserção social dos usuários.

3.5 EM TERRAS DE ALÉM-MAR

O trajeto sobre o Oceano Atlântico foi tranquilo; nossa embarcação resistiu bravamente e, enfim, aportamos em Lisboa, nosso destino. Numa manobra, adentramos pela foz do rio Tejo e, mais adiante, atracamos em Lisboa, numa linda tarde ensolarada.

Após navegarmos por tanto tempo, ainda com o corpo cansado e o olhar marejado, nos instalamos e tratamos de caminhar por Lisboa, para sentir seu cheiro, conversar com sua gente. A cidade tem uma história muito antiga, boa

parte dela ligada ao rio Tejo, fonte inspiradora dos fados, da poesia e das crônicas lisboetas. Os “miradouros”, as ruas, os becos e as vielas revelam sua arquitetura sempre impressionante. Registros muito antigos ainda guardam marcas da passagem dos fenícios, dos romanos e dos mouros, nos fazendo pensar no caldeirão cultural que formou toda a Península Ibérica. Nos faz pensar também na formação do povo português, voltado para o mar, de onde, há alguns séculos, aportou em terras da gente brasileira.

Com a energia refeita, voltamo-nos para o trabalho planejado. Agora era necessário nos despirmos da embarcação construída para a viagem. Paula, encarregada de supervisionar nosso trabalho durante as quatro semanas de estágio, ajudou na montagem de um roteiro/mapa inicial, feito a partir de encontros. No campo, demos início às coletas de entrevistas, de registros audiovisuais, de materiais impressos, de folhetos, de artigos publicados na mídia portuguesa, de sensações. Enfim, tudo interessava. Estávamos quase como num trabalho extrativista: caminhando pela mata e coletando o que interessava à pesquisa. Desse processo retiramos muitos conhecimentos essenciais sobre a formação da política de drogas portuguesa.

3.5.1 Como Num Fado Tropical...

Descobrimos que a política portuguesa de drogas, de grande visibilidade no mundo nos últimos anos, começou a ser forjada ao final do período de ditadura no país – a mais longa da Europa, que durou de 1926 a 1974, a maior parte, até 1968, conduzida pelo ditador António de Oliveira Salazar. Foi na década de 1970 que o uso de drogas passou a emergir em Portugal como problema social, de forma súbita e diferenciada do contexto europeu de então (DIAS, 2010). Conta-se que, enquanto outros países do continente tiveram um contato progressivo com a realidade da droga e, conseqüentemente, tempo para uma “adequação” ao cenário das substâncias psicoativas ilícitas, em território português isso ocorreu de forma mais rápida.

Em meados daquela década, os portugueses viviam a fase final do longo regime ditatorial. O governo fascista havia fechado o país para o resto do

mundo, fazendo com que a população tivesse muito pouco contato com os outros povos, inclusive europeus. Os portugueses tinham grande dificuldade para viajar ao exterior, mesmo para outras nações da Europa, sobretudo os homens mais jovens, que estavam submetidos à convocação para a guerra colonial.⁸ O país também não era um destino turístico interessante: a juventude que começava a circular livremente pelo mundo e os turistas, de modo geral, que frequentavam os países europeus não tinham Portugal como destino.

Mas o cenário de isolamento não impedia a crescente curiosidade e avidez da população pelo que acontecia “lá fora”. Há 40 anos, com a revolução de 25 de abril⁹ subitamente tudo mudou. Repentinamente, a partir daí, grandes alterações atingiram a sociedade portuguesa, que até então registrava timidamente os ecos dos movimentos hippie e estudantil, principalmente o francês, na década de 1960. Essas revoluções comportamentais e políticas chegavam ao país pelo filtro da grande censura a que a ditadura salazarista submetia os veículos de comunicação. Com o fim da ditadura, houve intenso contato da população portuguesa com as realidades externas, promovido tanto pelos jovens ávidos por novidades e interessados em viajar para outros países da própria Europa quanto pelos estrangeiros, que passaram a visitar Portugal. Esse contato com uma realidade nova também veio com a descolonização, quando os soldados e colonos começaram a regressar para o país, vindos, sobretudo, das ex-colônias africanas que já possuíam algum contato com maconha, por exemplo.

⁸ A Guerra Colonial, oficialmente chamada de Guerra Ultramar, até 25 abril de 1975, Guerra de África – termo vulgarmente utilizado pelos portugueses – ou, ainda, Guerra de Libertação, assim nomeada pelos africanos independentistas, entendeu-se por 13 anos, entre 1961 e 1974. Tratou-se de confrontos entre as Forças Armadas Portuguesas e as forças organizadas pelos movimentos de libertação das antigas províncias ultramarinas de Angola, Guiné-Bissau e Moçambique.

⁹ O 25 de Abril – ou Revolução dos Cravos – é um dos acontecimentos mais importantes da história de Portugal no século XX “[...] e, talvez, um dos mais importantes de todo o processo histórico português, por causa dos desdobramentos e caminhos que ela suscitou e tem, ainda hoje, originado (...) transformou a vida de todos os portugueses, modificando as instituições sociais” (ROANI, 2004, p. 16). Refere-se ao período resultante de um movimento liderado por militares contrários ao regime ditatorial do Estado Novo, que depôs o presidente Marcelo Caetano, sucessor de Salazar, em 25 de abril de 1974, iniciando o processo de redemocratização do país, sob de forte orientação socialista.

Àquela época, frequentemente as pessoas regressavam das colônias africanas com grande quantidade de maconha, que era distribuída livremente, sobretudo aos amigos e conhecidos dos repatriados. Rapidamente também as organizações criminosas começaram a comercializar outras substâncias psicoativas pelo país, que até então desconhecia completamente as drogas. Com isso, de forma rápida, porém intensa, parte da população mostrou-se disposta a viver a experiência alucinógena: quem usava inicialmente a maconha, por exemplo, se dispunha prontamente a experimentar outras substâncias psicoativas que chegavam ao mercado português, entre elas a cocaína e a heroína. Esse desconhecimento sobre as drogas por parte dos usuários favoreceu a disseminação e uma epidemia de uso de heroína.

3.5.2 Parafraseando Cazuzu: “Somos Iguais em Desgraça”

Outro aspecto determinante para a formação histórica das políticas de drogas em Portugal foi o fato de que, aliada à rapidez com que elas se disseminaram no país, o consumo aconteceu de forma transversal, atingindo todas as classes sociais. Diferentemente do que ocorreu no Brasil,¹⁰ a questão do consumo abusivo de drogas em Portugal não era inicialmente um problema restrito aos marginalizados, ou dos “Feios, sujos e malvados.”¹¹ No caso português, desde a primeira hora, o problema do uso de substâncias

¹⁰ Na extensa história brasileira relacionada às políticas públicas contra a utilização de drogas psicoativas e abuso de álcool, os escravos, os pobres, os marginais, os desviantes, os infames e os vadios foram alvos preferenciais, em momentos históricos distintos, de intervenções sobre o corpo e a vida. Da senzala às ruas da cidade, na urgência por modernização, a maioria das populações que habitavam (e ainda hoje habitam) as prisões e os manicômios, por exemplo, é expressão desse viés: “Parte significativa dos indivíduos conduzidos ao hospício pelas mãos da polícia era constituída por aqueles que, vagando ou vivendo nas ruas da cidade sem possuir uma ocupação regular, eram enquadrados na categoria incerta de vadios. (...) Comumente diagnosticados como epiléticos, alcoólatras ou, simplesmente, degenerados, [por exemplo] a presença de indivíduos processados por vadiagem no Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro durante a década de 1920 era expressiva” (ENGEL, 1999, [s.n.]). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000100001>. Acesso em: 16 maio 2014.

¹¹ No filme italiano *Brutti, sporchi e cattivi* (em português, *Feios, sujos e malvados*), de Ettore Scola (1960), a personagem Giacinto Mazzatella mora com a esposa, dez filhos e outros parentes em um barraco de apenas três cômodos, em uma favela de Roma.

psicoativas ilegais atravessou todas as camadas da sociedade. Claro que populações mais pobres e excluídas sofreram mais que a classe média e a burguesia dominante, mas a disseminação do consumo da droga, em especial da heroína, foi tão grande no país que em pouco tempo era praticamente impossível encontrar uma família portuguesa que não tivesse problemas com ela.

Paradoxalmente, o fato do consumo abusivo atravessar toda a sociedade portuguesa muito rapidamente também forçou um entendimento de que os usuários não eram criminosas, mas, sim, que precisavam de ajuda. De forma surpreendente, até mesmo a igreja católica apoiou essa ideia.

Portanto, o início súbito e a rápida agudização social do problema do uso das drogas no país e sua transversalidade social foram condicionantes fundamentais para formação de um determinado tipo de política.

3.5.3 As Primeiras Iniciativas...

Ainda nos anos 1970, o governo português criou as primeiras respostas para o enfrentamento do problema do uso de drogas, disponibilizando ações preventivas e tratamento em saúde. Paralelamente, na mesma época foram instalados, no âmbito do Ministério da Justiça, os Centros de Estudos e de Profilaxia da Droga (CEPD),¹² que tinham, sobretudo, uma postura de prevenção e tratamento, mas ainda guardavam os resquícios de um Estado recém-saído da ditadura. Após a criação dessa estratégia, um quase deserto marcou as iniciativas na área, e por quase uma década nenhuma ação foi adotada. E o poder público restringiu-se ao desenvolvimento de algumas campanhas preventivas, de pouca eficácia e baseadas no terror como forma de combate ao consumo de drogas, marcadas pela indiferença do seu público alvo.

Nesse mesmo período floresceram as respostas privadas, através das comunidades terapêuticas (CT), por iniciativa de algumas organizações como a Le Patriarche. De origem francesa, essa instituição era gerida por um patriarca,

12 O Decreto-Lei nº 792/76 estrutura o Centro de Estudos da Profilaxia da Droga.

que possuía várias comunidades terapêuticas pela Europa, funcionando basicamente sem técnicos, num modelo hierárquico em que os mais antigos tomavam conta dos mais novos. Atraindo cada vez mais usuários, as CT da Le Patriarche eram majoritária e claramente inspiradas nas experiências norte-americanas de Synanon e Daytop. As pessoas até diminuía ou paravam relativamente o consumo, mas acabavam absorvidas, atuando como funcionários, inclusive pedindo dinheiro nas ruas em prol da organização. Mais tarde verificou-se que ela praticava ações criminosas e ilegais, entre as quais abusos sexuais e lavagem de dinheiro proveniente do tráfico da própria droga.

Suspensas as atividades da Le Patriarche, surgiram outras organizações, tidas como “menos danosas” e portadoras de alguma qualidade técnica, mas ainda privadas e altamente lucrativas – os preços praticados eram considerados muito altos para o tratamento. Essas instituições davam algumas respostas, e algumas delas existem até hoje.

3.5.4 O Nascimento e a Consolidação da Política de Drogas Portuguesa a Partir do Centro das Taipas

Somente em 1987 o Ministério da Saúde português criou a primeira resposta mais sólida de enfretamento terapêutico à problemática das drogas. Melhor estruturada, ela materializou-se no Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) - e posteriormente Centro de Respostas Integradas (CRI)¹³ - das Taipas, em Lisboa. Antes da inauguração da unidade, o serviço de apoio aos consumidores de drogas eram os Centros de Estudos e Profilaxia das Drogas (CEPD), que dependiam do Ministério da Justiça.

Desde então dispositivo fundamental da política de atenção aos usuários de drogas, o Centro das Taipas, como é chamado, possui estrutura para

13 O reordenamento jurídico e estratégico do Instituto da Droga e Toxicodependência, (Decreto-Lei n.º 221/2007, Portaria n.º 648/2007, Portaria n.º 131/2008 e Despacho Normativo n.º 51/2008), também veio reforçar, numa lógica de territorialidade, de integração, de parceria e de participação, a institucionalização da redução danos, ao contemplar na sua orgânica estruturas locais de cariz operativo e de administração, os designados Centros de Respostas Integradas (CRI). Estas unidades de intervenção local, compostas por equipas técnicas de redução de riscos e minimização de danos, actuam na comunidade por si e em colaboração com entidades públicas e privadas, dinamizando respostas integradas e territorialmente delimitadas de redução de danos junto de indivíduos toxicodependentes e indivíduos com síndrome de abuso ou dependência de álcool. (BARBOSA,2009,p.41)

tratamento, recuperação e reinserção social. Sua modalidade de respostas é de consulta multiprofissional, centro-dia (com atividades do tipo ateliers, por meio de oficinas de pintura, escultura, literatura etc.), atendimento de urgência 24 horas, centro-noite (para acolher os usuários por uma noite, quando estão em situação de urgência e/ou de ruptura sociofamiliar), internamento (destinado à desabilitação física da droga quando não é possível realizar o tratamento em ambulatório) e serviço de terapias medicamentosas (o caso da distribuição controlada da metadona para usuários de heroína). Mantém, ainda, um serviço de investigação e formação na temática.

As internações são, em geral, de curta permanência. O serviço é do tipo porta aberta para as demandas espontâneas, mas também recebe encaminhamentos da atenção primária e da rede intersetorial. O trabalho acontece, em linhas gerais, em associação com outras estruturas e outros recursos sociais já existentes no território. Os usuários são atendidos pela classificação de baixo e alto limiar, que é definido de acordo com a condição de adesão ao tratamento. Usuários com baixa adesão são acompanhados por outros pontos da rede, que fazem intervenções na rua e promovem a estratégia de redução de riscos ou danos.

O Centro das Taipas originalmente estava instalado em outra estrutura, mas na reestruturação do serviço passou a funcionar numa das áreas de um antigo hospital, oferecendo a partir daí uma série de “valências” (serviços), desde o ambulatorial até internamento de curta permanência, de até dez dias (por exemplo, para desabilitação física de heroína), além de um centro-dia e um serviço de urgência. O serviço foi montado graças ao deslocamento de profissionais da própria rede de saúde. Os indicados de todo o país passavam por um estágio no centro para aprender a realizar o cuidado aos usuários de drogas; alguns acabavam regressando às cidades de origem a convite do Ministério da Saúde para abrir um CAT em outra localidade.

Como explicado em nota na página anterior, com o avanço da política portuguesa e da metodologia das respostas integras, as CAT passaram a assumir a prevenção, a reinserção e a redução de danos no âmbito do cuidado

sendo assim reorganizadas, foram designados posteriormente como Respostas Integradas (CRI)

Atual coordenador do Sicad, João Goulão, médico de família à época, por exemplo, foi um desses profissionais. Após seis meses de estágio, ele foi convidado a regressar para sua cidade, Faro (no Algarve), onde coordenou a abertura de um novo centro de tratamento. Ao mesmo tempo, outros grupos, após serem recrutados ou estagiarem em Taipas, também começaram a montar o serviço por todo país, reproduzindo o modelo integrado de atuação do centro.

Não era, ainda, o estabelecimento de uma política nacional, mas o início de construção de uma rede de serviços regionalizada para a atenção aos usuários em uma mesma perspectiva. A partir dessa experiência, o Ministério da Saúde português assumiu a instalação desses centros, fazendo a contratação direta dos profissionais, muitos dos quais, conforme citado, recrutados em outros serviços da rede. A formação desses profissionais ficava a cargo da equipe das Taipas. O modelo adotado é o integrado, ou seja, desde o início do processo terapêutico se trabalha sob a perspectiva de reinserção social e profissional do usuário em tratamento, entre outros aspectos. Assim, foi se formando uma rede com essa tecnologia. A sua expansão era financiada com recursos do Ministério da Saúde e também com os profissionais que estavam em outros pontos do Serviço Nacional de Saúde, responsável pela gestão da saúde pública portuguesa, semelhante ao SUS.

Com os resultados, essa rede passou a ter destaque e ser prioridade política. É importante lembrar que na mesma época tinha início também a epidemia de aids, o que dificultou muito o processo de tratamento dos usuários de drogas, já que eles começaram a morrer não só em razão de overdoses, mas também por agravos e doenças oportunistas decorrentes da contaminação pelo vírus HIV. O fenômeno da aids se espalhou rapidamente entre os usuários de drogas injetáveis.

Em 1992, o Centro das Taipas, os serviços montados a partir da experiência da aids e os que estavam ligados ao Ministério da Justiça (os CEPD) foram incorporados e organizados por um único órgão, o Serviço de

Prevenção e Proteção da Toxicodependência (SPPT), que continuou se expandindo por meio da instalação de centros em todo território nacional. Em 1997, João Goulão foi nomeado coordenador nacional de toda essa rede nacional de atenção aos usuários.

Paralelamente, após a Revolução dos Cravos, o campo da saúde mental portuguesa também aderiu, ainda que de forma mais lenta, ao movimento das reformas psiquiátricas que estavam acontecendo no mundo. Contudo, por algum motivo não estudado nesta pesquisa, a saúde mental não incorporou a abordagem que o país vinha produzindo para a toxicodependência. E, em certo sentido, essa não incorporação contribuiu também para o surgimento das Taipas. Nesse cenário, houve um movimento de cisão entre a saúde mental e os serviços ligados às estratégias de combate à dependência de substâncias psicoativas. Com isso, os dois campos da atenção se mantiveram muito afastados até recentemente.

Retomando os dados históricos, à época de sua nomeação como coordenador nacional para as políticas de drogas na área da saúde, Goulão coordenava também o SPPT. A própria indicação do médico, especializado em saúde da família e não em psiquiatria, rompeu com a tradição do campo da saúde mental. Contudo, a opção por um profissional com esse perfil colaborou para aproximação dos toxicodependentes da atenção primária. Ou seja, um médico de família, com algum treinamento na área, também poderia colaborar e participar dessa rede de atenção. Assim, os clínicos gerais passam a se envolver mais com a abordagem aos usuários de drogas, distanciando-se desta maneira de uma lógica de atenção focalizada exclusivamente nos médicos psiquiatras. Claro que nos casos em que há comorbidades que demandam intervenções psiquiátricas, e, apesar do distanciamento histórico entre o campo das drogas e o campo da saúde mental, as articulações para o cuidado acabam acontecendo. Apesar de todos os esforços, Portugal, com pouco mais de 10 milhões de habitantes, chegou a ter 100 mil dependentes de heroína. Ou seja, 1% da sua população.

Simultaneamente, com a criação da coordenação nacional do SPPT, o governo português também criou leis que determinaram que cada capital de

distrito tivesse um CAT. Isso permitiu ao país, por exemplo, dar um salto na quantidade de profissionais de saúde prestando cuidados aos usuários.

Vale entender que, em termos de financiamento, na configuração portuguesa esses profissionais de saúde estavam ligados diretamente ao Ministério da Saúde, mas as câmaras municipais eram parceiras logísticas que contribuíam para a instalação dos CAT (oferecendo o espaço e custeando as despesas com água, luz, telefone). A ligação direta dos profissionais com a SPPT colaborou para que se mantivesse um modelo mais coeso de atenção, mesmo com a expansão e variação paulatina dos serviços. O modelo de base continuava a ser a experiência das Taipas, com adaptações de escala e às realidades regionais. O centro pioneiro manteve-se como a referência para essa expansão, continuando a exercer a função de formador dos profissionais.

O SPPT também licenciava, fiscalizava e podia comprar os serviços de instituições privadas sem fins lucrativos, numa lógica de complementaridade ao sistema, semelhante ao modelo brasileiro. Essas instituições privadas – como as comunidades terapêuticas – eram fiscalizadas inclusive em relação a aspectos como estrutura e da equipe técnica, o que evitava degradações e precarizações do atendimento prestado e a violação dos direitos dos pacientes, como ocorrera no passado. Dessa forma o governo basicamente acabou se configurando na atenção mais ambulatorial, enquanto ao setor privado coube o atendimento por meio das comunidades terapêuticas.

Quando essas comunidades eram licenciadas o governo português podia, a partir de sua rede de atenção em saúde, encaminhar para elas os usuários, pagando com recursos públicos o atendimento prestado. Algumas CT, hoje, trabalham também na reinserção social e familiar dos usuários em tratamento, o que também acontece no serviço de referência da rede.

3.6 A FORMAÇÃO DA NOVA LEGISLAÇÃO SOBRE DROGAS DE PORTUGAL E A DESCRIMINALIZAÇÃO DO CONSUMO

Em 1998, apesar do relativo crescimento da rede de atenção, o modelo ainda precisava ajustar algumas arestas. Então, por iniciativa da área da justiça foi criada uma comissão especial, à qual foi encomendado um relatório com

propostas estratégicas para o enfrentamento à adicção. Integrado por nove membros, especialistas de setores variados, o grupo recebeu apoio político e visitou as mais importantes experiências desse campo no mundo, como Holanda, Suíça, Reino Unido e Espanha. Nessas missões, a comissão teve contato com iniciativas como salas de consumo assistido de drogas, programa de administração terapêutica de heroína, trocas de seringa nas prisões etc.

A partir daí foi produzido um relatório com propostas bem definidas de atuação. Em linhas gerais, o documento recomendava o abandono das grandes campanhas midiáticas (com as quais se gastava muito dinheiro, sem muito retorno), o desenvolvimento de políticas de prevenção dirigidas para públicos específicos (jovens, jovens institucionalizados, filhos de dependentes e desenvolvimento de ações preventivas em contextos recreativos etc.). Quanto ao tratamento, propunha a adoção das terapêuticas de manutenção opiácea, como as terapias com metadona, disponibilizadas em todo país, programas de discriminação positiva para inserção do usuário no mercado de trabalho com incentivos fiscais para empresas que absorvessem toxicodependentes em recuperação, desenvolvimento da política de redução de danos com equipes de rua, trabalho de proximidade etc. E para tornar essas propostas coerentes com a ideia de que a adicção é, sobretudo, um problema de saúde e não criminal, o relatório propunha a descriminalização dos usuários. Mesmo num paradigma proibicionista colocado para grande parte dos países do globo, Portugal propôs a descriminalização, mas manteve sanções administrativas para os usuários, permanecendo assim alinhado com as convenções das Nações Unidas.

O governo aprovou as recomendações do relatório, mas a descriminalização não dependia só dele. Elas precisavam ser discutidas também no Parlamento português. Então, foi organizada uma campanha de conscientização da população sobre a importância dessa aprovação, com audiências públicas em diversos locais, que contaram com grande participação. Na época, a questão das drogas estava em primeiro lugar entre os temas de maior preocupação dos portugueses. Como havia já uma base social de apoio ao entendimento de que o uso de drogas não deveria ser considerado um

crime, mas sim uma condição de saúde, coerentemente a maioria apoiava a iniciativa. Assim, no que dizia respeito à opinião pública, a situação estava muito bem encaminhada.

Porém, ao chegar ao Parlamento, a situação tornou-se mais difícil, pois houve polarização entre os partidos de direita e esquerda. Os conservadores, de direita, achavam que Portugal viraria o paraíso das drogas, atraindo turistas para este fim e, por isso, o país estaria sujeito a sanções das Nações Unidas. Já os partidos de esquerda apoiavam a proposta. Mesmo assim, a lei 30, que descriminou o consumo de drogas, foi aprovada em 2000, entrando em vigor no ano seguinte. Com ela ficou definido “[...] o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a protecção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica” (PORTUGAL, 2000).

3.6.1 A Comissão para A Dissuasão da Toxicodependência (CDT)

Descriminalizado o consumo, os usuários flagrados pela polícia deixaram de ser encaminhados às delegacias – se quer passou haver registro criminal do ato. Ao invés disso, foram criados órgãos administrativos conhecidos como Comissões para Dissuasão da Toxicodependência (CTD). Desde então os usuários “pegos” pela polícia, por exemplo, têm um prazo para comparecer às CTD, e geralmente comparecem. Essas comissões possuem “autoridade administrativa”, inclusive para fazer sanções semelhantes às autorizadas pelos policiais de trânsito, quando aplicam multas. Uma vez que a grande preocupação é com a saúde do usuário, o objetivo da lei é identificar as necessidades da população mais do que aplicar sanções, que são como um “cartão amarelo”. “Sancionar” não é o foco primeiro da ordenação legal, que está calcada na ideia de que é preciso avaliar o tipo de necessidade desse cidadão usuário. Dito de outro modo, se ele é um dependente químico, se precisa de tratamento, se quer tratamento.

As CTD são formadas por profissionais de diferentes áreas; o usuário é acolhido por um psicólogo ou assistente social que busca entender, por meio

de diálogo, como está o seu uso de drogas. Se for percebida uma relação de dependência, é sugerido tratamento na rede; caso contrário, ele recebe apenas orientações. Após esse acolhimento, ele é recebido pela comissão propriamente. Tudo é muito tranquilo, até meio informal: os lugares não têm nada a ver com tribunais; são como escritórios em prédios comerciais da cidade e os profissionais vestem-se de maneira despojada, apresentando sempre uma postura acolhedora.

Após as orientações definidas no acolhimento, o usuário faz um acordo com a comissão. Se for considerado “um adicto” – ou seja, um indivíduo permanentemente dividido entre o desejo de consumir e o desejo de parar – a CTD oferece o cuidado, que em geral é aceito, porque o usuário sente-se acolhido.

É ali que os usuários são questionados sobre a possibilidade de se submeterem ao tratamento. Caso concorde, os encaminhamentos são realizados imediatamente. Ao aceitar, usuário não recebe qualquer tipo de sanção, e o processo administrativo fica suspenso. Em caso de recusa ao tratamento, o processo é suspenso por um período determinado (por exemplo, seis meses), encerrando-se ao final deste prazo, em não havendo reincidência. Ainda, para os que não aceitam se tratar e reincidem no uso, existe a possibilidade de penalidades: trabalho comunitário, proibição de frequentar certos locais, privação de benefícios sociais etc.

Importante ressaltar que a internação compulsória não está prevista entre essas sanções. Ou seja, não há na lei de drogas portuguesa possibilidade de internação compulsória por consumo de drogas. Assim, o cuidado é sempre construído numa base voluntária, ainda que estimulada. Em Portugal, o esforço é manter os serviços sempre muito acessíveis. E quando o usuário faz uso apenas recreativo da droga, também é feita uma análise dos condicionantes desse uso de forma a prevenir a construção de dependência. Por exemplo, um jovem que faz uso eventual de uma determinada substância, mas aos poucos percebe-se que está construindo com ela uma relação de dependência, um tipo de consumo que funciona como uma automedicação para o seu sofrimento. Nesses casos, os serviços podem contribuir para que o

usuário supere essas dificuldades, sem necessariamente ser um espaço especializado em tratamento de drogas, mas em outros serviços, como a atenção primária.

Assim, as CDT configuram-se como uma das portas de entrada no sistema.

3.6.2 Comunidades Terapêuticas

A discussão em torno das comunidades terapêuticas requer um debate um pouco mais aprofundado, inclusive um recorte histórico que permita entendermos o que chamamos aqui como tal.

Apesar de a Europa já conhecer experiências de CT, como o modelo democrático de Maxwell Jones, adotado para lidar com feridos de guerra no contexto hospitalar, apenas em meados dos anos 1970 o modelo mais intervencionista, de base norte-americana, chegou ao Velho Continente. Isso ocorreu provavelmente porque, diferentemente dos Estados Unidos, confrontados com populações problemáticas de usuários de heroína desde o início do século XX (PREBLE; CASEY, 1969), na Europa esse processo foi menos visível até aquela década.

Nos anos 1930 os Alcoólicos Anônimos, instituição criada por dois usuários de álcool norte-americanos, já “[...] formavam um movimento com grande tradição na área”, tendo introjetado a proposta dos 12 passos em instituições do gênero (TINOCO, 2006, p. 22). Como uma variação do AA, nasceu a primeira comunidade terapêutica voltada para usuários de drogas com estrutura hierarquizada e normas de comportamentos rígidas:

Em 1958 Charles Dederich, um AA recuperado, constrói um programa para ajudar heroinómanos a ultrapassar a sua dependência opiácea. Inicialmente estruturada em termos semelhantes aos AA, a organização viria a conhecer um êxito sem precedentes. Aliás, a construção do nome da organização não mascara as suas origens: Sins Anonymous, Pecados Anónimos (TINOCO, 2006, p. 22).

Em torno de fundador da Synanon, Dederich, cresceu certo culto de superioridade moral do patriarca, que deveria ser transmitida para todos e para

o mundo. “Seus membros deveriam permanecer para sempre como ativistas da instituição” (MINTZBERG, 1989 apud TINOCO, p.23, 2006).

Paradoxalmente, essas ideias encontraram inicialmente eco no clima de contracultura norte-americana dos anos 1960, e a Synanon conheceu enorme crescimento, tendo adquirido inclusive várias propriedades para expansão de seu projeto. Contudo, cada vez mais fechada em si e dogmática a “[...] Synanon tornou-se um culto violento que chegou a desenvolver a sua própria milícia. Dederich começou depois a desorganizar-se e a voltar a beber” (TINOCO, 2006, p. 23). Na década seguinte a comunidade entrou em completo declínio.

Um padre e um psiquiatra, como dissidência da Synanon, a partir da elaboração de algumas críticas, tais como o longo tempo de estadia na CT, grande restrição de acesso ao mundo exterior, liderança excessivamente carismática e falta de orientação profissional, organizaram então a Daytop, na qual:

[...] o único critério fundamental é o comportamento: as decisões e castigos não decorrem de impressões, mas são consequências dos comportamentos. O ataque ao erro é o cerne da intervenção desta comunidade. Ataca-se o erro e não a pessoa. Aqui, um residente nunca é expulso: escolhe entre cumprir um castigo e a partida. (TINOCO, 2006, p. 24).

A Daytop conservava algumas características e técnicas da Synanon; embora a vertente ideológica estivesse mais diluída, ainda mantinha uma estrutura hierarquizada. Resumidamente, os admitidos precisavam passar pela fase inicial de desintoxicação, sem qualquer apoio medicamentoso. Depois, o “noviço” era mantido em regime residencial, distanciando-se de seu meio social e participando da vida comunitária. Na rotina desse espaço, preconizava-se os momentos de treinos e de encontros. Os primeiros, serviam “[...] para potenciar a aprendizagem de técnicas de propaganda e angariação de fundos. Os segundos, serviam de contexto para aplicação de técnicas de grupo, psicoterapias não tradicionais, e eram o núcleo de funcionamento de cada casa” (TINOCO, 2006, p. 24). Numa fase posterior, após um ano, em média, o veterano deixava a residência, caso não consumisse mais drogas nem tivesse

problemas com a justiça. Estava, assim, apto para receber o seu diploma Daytop (TINOCO, 2006, p. 24).

A organização foi a precursora de várias comunidades terapêuticas nos Estados Unidos e na Europa. No seu modelo, cada paciente se comprometia em ajudar a si mesmo e aos outros usuários afetados pela dependência de drogas. Esse modelo, com variações, chegou à Europa nos anos 1970, viabilizando o desenvolvimento de instituições com diferentes formas de abordagem para o tratamento de usuários de drogas (JÁUREGUI, 2005).

Michel Castagné (2007), num interessante artigo publicado na revista *Psychotropes*, intitulado “Communauté thérapeutique: quelle réponse française?”, analisa a entrada e a formação de comunidades terapêuticas de inspiração norte-americana na Europa, como a Daytop, a Phoenix Houses e a Odyssey Houses, em países como Alemanha, Itália, Espanha, Inglaterra, Holanda e Bélgica.

O autor conta que na França essas entradas foram um pouco diferentes, pois até o final dos anos 1970 a única experiência naquele país eram os métodos utilizados pela comunidade terapêutica “Le Patriarche”. Criado a partir do “château de Lamothe”, em Haute-Garonne, o projeto da associação Patriarche, segundo o autor, utilizava métodos que “escandalizavam”. Isso porque a instituição confiscava os documentos de identidade dos usuários, as violências eram frequentes e, conforme já dito, havia relatos de abuso sexual, além de proselitismo para que os usuários exaltassem a instituição e vendessem o livros do “Patriarche” nas ruas das grandes cidades (CASTAGNÉ, 2007, p. 74). Os usuários ou moradores da Patriarch não recebiam qualquer compensação, ao contrário do patriarca, que, claro, prosperou. Essa mesma associação foi amplamente difundida em Portugal e muitas famílias recorreram a ela em busca de um tratamento eficaz. Tanto na Le Patriarche quanto na Daytop e na Synanon existia uma

[...] subversão do pedido. Os ingressos pedem ajuda para resolverem o seu problema com as drogas, mas acabam por ser imersos numa ideologia e num modo de vida que ultrapassa em muito o seu pedido. Implica, esta aceitação da ideologia, a modificação da maneira que cada um tem de

encarar o mundo, os outros, a sociedade (que desconhece essa pretensa verdade superior) e até o sistema de crenças religiosas de cada um (TINOCO, 2006, p. 28).

Como descrito anteriormente, com o passar dos anos percebeu-se em Portugal que a Le Patriarche praticava sérias violações dos direitos humanos contra seus seguidores, tendo sido registradas, inclusive, denúncias de ligação com o narcotráfico. Por falta de apoio do Estado e em razão da diminuição do número de utentes, a instituição praticamente encerrou suas atividades no país.

O documento intitulado “Linhas orientadoras para o tratamento e reabilitação em comunidades terapêuticas”, publicado pelo então responsável pela política de enfrentamento às drogas, o Instituto da Droga e da Toxicoddependencia (IDT – MS/PT), reconhece que, ao considerar as CT como “[...] instituições de internamento para toxicoddependentes em ambiente não hospitalar, com orientação técnica e profissional” (IDT, 2011, p. 6), o próprio poder público contribuiu para o crescimento e multiplicação de instituições como a Patriarche, sobretudo na década de 1980:

“[...] cresceram, multiplicaram-se e ocuparam espaços na medida em que não existiam programas, projetos e legislação de carácter público que oferecessem alternativas às pessoas dependentes que se queriam tratar” (IDT, 2011, p. 6).

Contudo, a partir do crescimento no consumo de drogas no país, na mesma época o governo português tomou iniciativas para dar respostas integradas ao fenómeno, com ênfase na associação entre as esferas sanitária e social. Nessa perspectiva,

[...] desde o início da década de 90 as agências públicas a quem estava cometida a responsabilidade do tratamento da toxicoddependência procuraram, por via legal, implementar um conjunto de normas e critérios relativos ao licenciamento, fiscalização e funcionamento destas unidades (IDT, 2011, p. 7).

Atualmente, existem pouco mais de 50 comunidades terapêuticas registradas e fiscalizadas pelo Sicad. Todas elas recebem recursos públicos, por meio de rigorosos editais. Desse total, três são públicas e estão instaladas

nas cidades do Porto, Coimbra e Lisboa, e somente duas apresentam carácter religioso. O custo da internação em cada CT é controlado, sendo atualmente fixado em 900 euros/mês (governo habilita e paga por leito ocupado/mês). Pela legislação atual, o Estado responde por 80% dos custos do leito, ou seja, 720 euros, os outros 20% (180 euros) são de responsabilidade do usuário, que pode arcar com essa despesa com recursos próprios ou apoio social. O Sicad fiscaliza e habilita todas as comunidades terapêuticas. As CT que acolhem também usuários que apresentam comorbidade psiquiátrica, recebendo, por isso, do governo um adicional de 100 euros por leito ocupado. Assim, o leito tabelado pode alcançar um custo total de 1.000 euros/mês.

Ao visitar a única CT de carácter evangélico regularizada pelo governo, pudemos observar uma boa estrutura física e técnica, em um trabalho bem integrado com a rede pública. Sem abrir mão da abordagem espiritual, a entidade adota uma metodologia de tratamento do tipo biopsicossocial.

Esses dados iniciais sobre as comunidades terapêuticas portuguesas podem causar estranheza, em comparação com o atual cenário das CT no Brasil, que estão sob forte influência do paradigma religioso-evangélico. Em Portugal essas instituições transitam bem entre as vertentes europeias de tratamento de drogas, que são orientadas pelos princípios do pragmatismo (base da lógica da redução de danos) e do humanismo (lógica da centralidade do cuidado no desenvolvimento da pessoa humana). As comunidades terapêuticas portuguesas, em sua grande maioria, seguem uma metodologia que oscila entre o modelo biopsicossocial e a escola norte-americana dos 12 passos. Algumas mesclam as duas formas, dependendo da etapa do tratamento, que dura em média 12 meses; recomenda-se que após os seis primeiros meses seja iniciado um trabalho de reinserção social.

Contudo, o governo português calcula que ainda existam cerca de 30 comunidades terapêuticas de estilo Le Patriarche não regularizadas. Elas parecem estar em declínio no país, pois não conseguem se sustentar e não têm qualificação técnica para receber recurso público. No cenário atual de crise e restrição econômica, a situação dessas “entidades” fica ainda mais precária em Portugal.

Nesse aspecto, vale ressaltar que mesmo entre as CT regularizadas pelo governo ainda existe certa dificuldade financeira. A maioria acaba mantendo estruturas de geração de renda em que os usuários podem trabalhar e auferir alguma remuneração, através de projetos como cooperativas de jardinagem e concerto de carros, dentre outros. A habilitação de novos leitos nas comunidades terapêuticas regularizadas e a discussão sobre o pagamento dos leitos são questões atuais no contexto português.

3.7 EVOLUÇÃO DA POLÍTICA PORTUGUESA DE DROGAS

Instituído o sistema previsto na lei, que estabeleceu diversos serviços e a contratação de bons profissionais, a evolução dos indicadores relacionados às drogas apontam diminuição do consumo. Essa tendência não é efeito somente da descriminalização, mas sim da construção de uma coerência sistêmica. Isso permitiu, por exemplo, o atendimento de dependentes de substâncias psicoativas mais velhos, que viveram o período do fascismo e receavam se aproximar dos serviços de tratamento por suporem que neles talvez pudesse haver cruzamento de dados com a polícia, numa lembrança do período da ditadura. Depois da descriminalização, essas ideias quase não existem mais entre os usuários.

Aliás, em relação à ação policial relacionada ao tráfico, com a descriminalização do consumo a polícia portuguesa teve de reaprender a lidar com a problemática das drogas. Se no passado ela agia muito mais sobre os usuários, o “peixe pequeno”, hoje está voltada para o combate aos agentes do tráfico.

As diversas respostas de cuidado pelos novos serviços previstos na lei parecem ter demonstrado eficácia ao longo dos últimos anos. Também, alguns componentes da política portuguesa de enfrentamento às drogas colaboram para organização desse sistema. O Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), órgão ligado ao Ministério da Saúde, foi fundido, em 2002, ao Instituto Português da Droga e da Dependência (IPDT). Esse órgão tinha a função de coordenação nacional da política portuguesa de

enfrentamento às drogas, sendo ligado ao primeiro-ministro. Com a fusão, em 2002 foi criado o Instituto da Droga e da Toxicopendência (IDT), vinculado ao Ministério da Saúde. Extinto em 2012, o IDT teve suas atribuições integradas ao Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (Sicad). (FICHEIRO NACIONAL DE AUTORIDADES ARQUIVISTICAS, 2012).

Com a nova estrutura, o Sicad passou a trabalhar com representantes de 11 ministérios. Tal modelo permitiu a construção conjunta e interministerial das estratégias e do plano de ação, traçando e definindo as responsabilidades de cada área governamental. Além disso, o órgão é acompanhado por uma comissão que avalia a aplicação desse plano. Essa forma de organizar os rumos da política de drogas faz com que a coordenação do Sicad tenha maior sustentabilidade política na atenção aos usuários de drogas no médio prazo.

Contudo, a sustentação dessa política não está apartada dos tensionamentos inerentes às atuais dinâmicas econômicas e sociais do país. Dito de outro modo, no cenário de crise econômica portuguesa, agravada nos últimos dois anos, as políticas de discriminação positiva voltadas aos usuários de drogas, como acesso ao trabalho, podem soar como um tipo de diferenciação, de privilégio em relação à população geral, uma vez que a taxa de desemprego no país girava em torno de 17%, no período do estágio.

Da mesma forma, não parece ser um momento oportuno para o país discutir a ampliação da política de drogas, como, por exemplo, a liberação dos “clubes ou associações de *canabis*”,¹⁴ uma vez que o mesmo consenso social e a transversalidade das classes sociais na problemática das drogas, bases fundamentais para que Portugal formulasse sua política na área, no início dos anos 2000, já não têm o mesmo apelo. Ou seja, no atual contexto socioeconômico do país, apesar de haver uma política de drogas sustentável já no médio prazo – e que se diferencia do paradigma proibicionista em voga em quase todo mundo – o desafio de Portugal nesse momento diz mais respeito à

14 Na Espanha, por exemplo, esses clubes ou associações de *canabis* foram liberados a partir do momento em que o país autorizou o plantio desde que em âmbito privado. O comércio de drogas continua proibida. Contudo, parte desses consumidores domésticos associaram-se como forma de “cultivar em conjunto suas plantas” e se entende que essas associações não são pontos de venda e sim como a própria casa dos associados.

manutenção\consolidação das conquistas dessa política do que ao avanço para novos patamares da descriminalização das drogas. Aliás, é importante lembrar que, de certa forma, mesmo com a oferta de serviços de saúde e a descriminalização dos usuários, a política de drogas portuguesa ainda insere-se na fronteira do paradigma proibicionista, uma vez que a lei regula o consumo das substâncias, mantendo algumas penalidades administrativas,

Assim, é importante destacar que há outras experiências antiproibicionistas realizadas hoje no mundo e que devem ser observadas. O caso mais emblemático é o do Uruguai, cuja nova legislação prevê a intervenção do Estado na regulação do mercado (e não do consumo) da maconha. Os recursos financeiros gerados a partir dessa interferência são investidos na rede de tratamento para os usuários.

Políticas de drogas mais progressistas ou mais restritivas quanto à definição de consumo de drogas e a produção de soluções de cuidado para os usuários fragilizados por esse uso também são permeáveis aos movimentos da própria sociedade como um todo. As “[...] democracias são ainda o déspota, mas agora mais hipócrita e frio, mais calculista [...]” (DELEUZE, GUATTARI, 2004, p.228). Em momentos de crise econômica, por vezes, o individualismo cresce e as pessoas ficam mais preocupadas com seus próprios problemas. Ou seja, aquilo que não as toca diretamente não é assunto delas.

Nesse cenário, é possível que movimentos conservadores passem a tensionar as políticas mais progressistas, questionando os gastos públicos com usuários de drogas. A propósito, por toda a Europa, hoje, estão emergindo e ascendendo ao poder de partidos de direita. Sendo assim, o cenário parece pouco propício para o avanço dessas políticas inovadoras. Talvez seja importante observar experiências que começam a acontecer em outras partes do globo, de que é exemplo, novamente, o Uruguai. Nesse sentido, apesar da opção da Europa por uma abordagem equilibrada na política de drogas, referida como *balanced approach*,¹⁵ que investe na redução da oferta e da

15 “A política europeia de drogas é baseada em uma abordagem equilibrada [ou *balanced approach*] que lida com a demanda bem como o fornecimento de drogas ilícitas.” (MALMSTROM, 2012, p.3, tradução nossa). Exemplo dessa abordagem é o trabalho realizado com heroína, que, no logo prazo, reduziu procura e a oferta da droga em território português. “Policimento vigoroso ao longo de rotas de

procura, mas com alguma preponderância dos serviços de saúde, com o desenvolvimento de ofertas de cuidado, o cenário político atual na região deve impedir novas iniciativas. Dito de outro modo, em razão da ascensão dos conservadores, é provável que nenhum país europeu tenha condições sociais de avançar na política de drogas. Nesse sentido, é razoável supor que o objetivo de Portugal seja consolidar o já foi conquistado e otimizar recursos, promovendo ao mesmo tempo uma aproximação com a política da saúde mental. De certa forma, a boa visibilidade da política de drogas portuguesa faz com que ela se mantenha e não entre em retrocesso.

As políticas precisam ser desenhadas a partir das realidades dos países. Em Portugal, segundo os indicadores oficiais, a abordagem integrada ao usuário permitiu a redução da transmissão da aids, das mortes por overdose e do uso problemático de drogas. Estimativas indicam que o número de usuários de heroína caiu de 100 mil nos anos 1990 para cerca de 50 mil, atualmente. E grande parte desses usuários está ligada a estruturas de tratamento. Em 1997, por exemplo, em um inquérito realizado com a população portuguesa sobre suas preocupações quanto ao futuro dos filhos a droga aparecia em primeiro lugar; hoje, ocupa a 13ª posição.

3.8 SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: DIÁLOGOS ENTRE AS POLÍTICAS BRASILEIRA E PORTUGUESA

Depois de duas semanas em Lisboa, senti falta de dialogar com parceiros brasileiros, importantes para a realização da viagem a Portugal. Parceiros da Pós-Graduação em Psicologia Institucional da UFES (nosso estaleiro), parceiros do Programa de Saúde Mental de Vitória, parceiros da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. Então, no meio da experiência, resolvi escrever-lhes para contar como andavam as coisas. Mandeí notícias e esperei as respostas...

tráfico de heroína tem sido importante , mas igualmente importante foi o aumento significativo na disponibilidade de tratamento de drogas que tem ajudado a reduzir a demanda por consumo de heroína na UE." (MALMSTROM,2012, p.3, tradução nossa)

Nas mensagens que recebi de volta, fui indagado sobre diversos pontos da experiência. Questionado, passei a trocar correspondências que me ajudaram muito na organização do trabalho, até o fim do estágio. Por fim, a partir das discussões travadas nas cartas, foi possível planejar melhor o meu retorno. E lembrei, na hora de zarpar, que dotáramos nossa pequena embarcação de três ancoras importantes.

Elas me ajudariam a não esquecer a importância de estabelecer a relação entre as políticas de drogas dos dois países, a relação com o Espírito Santo e a relação com o restante da pesquisa desta dissertação.

3.8.1 Içando as Ancoras

Em muitos aspectos a política de drogas portuguesa se difere da brasileira. A descriminalização do consumo, por exemplo, sem dúvida traz uma outra relação do usuário com a rede de atenção. Legalmente, o usuário em Portugal não é reconhecido como criminoso, não havendo inclusive qualquer registro policial, mesmo que ele seja flagrado em pleno uso da substância psicoativa ilegal. Ao invés disso, os usuários são encaminhados para os CDT – uma ponte entre a justiça e a saúde e mais uma porta de entrada da rede de atenção portuguesa. Nesse sentido, a clínica ampliada e o exercício da intersetorialidade ganham outra dimensão, se comparadas à da realidade brasileira.

Outro ponto extremamente relevante diz respeito aos diferentes percursos históricos das políticas de saúde mental e de drogas em Portugal. A superação portuguesa do modelo manicomial não apresenta grande expressão, se comparada aos avanços da sua política de drogas. Os serviços de saúde mental ainda estão muito vinculados às estruturas dos antigos manicômios. Nela a internação involuntária ou mesmo compulsória estão previstas, enquanto os dependentes de drogas não estão submetidos a elas, exceto em casos que apresentem comorbidades. Ao invés disso, Portugal produziu uma rede de atenção aos usuários de drogas com grande variedade de serviços. Atualmente, o afastamento histórico entre as políticas de drogas e

as de saúde mental constitui-se um desafio a ser superado, inclusive em razão da quantidade crescente de comorbidades.

Já no Brasil, a política de atenção aos usuários de drogas no SUS está vinculada à política/legislação de saúde mental. Foi a partir do campo da loucura, em que a reforma psiquiátrica pretendeu fazer a superação do modelo manicomial, e somente desse marco histórico – com algum descompasso – que os serviços voltados para os usuários de drogas foi sendo inserido na rede de saúde mental. Ancorados no paradigma proposto pela reforma psiquiátrica, sustentamos/lutamos no Brasil por uma atenção aos usuários que leve em consideração a atenção psicossocial, a redução de danos, a intersectorialidade e a clínica ampliada, entre outras ações.

Claro que no Brasil a criminalização do consumo ainda é um agente complicador importante para a vinculação do usuário à rede de atenção. Essa mesma criminalização, por exemplo, torna a realidade carcerária brasileira ainda mais dramática. Aliás, a intersecção entre justiça e saúde muitas vezes apoia-se em delicadas situações de internações compulsórias de indivíduos, estratégia reconhecidamente de baixa efetividade e, muitas vezes, desorganizadora da atenção psicossocial. Nessa perspectiva, parece haver certo deslocamento – vinculado a uma tradição sanitária – para a cura ao uso de drogas em ambiente hospitalar. Noutro vetor, forma-se ainda uma triangulação complicada entre justiça, serviços de saúde e comunidades terapêuticas.

Ainda seguindo na lógica das diferenças entre os dois países, chama atenção o fato do consumo complicado de substâncias psicoativas ilegais em Portugal ter-se configurado somente após o fim da ditadura salazarista, em 1975. Esse marco histórico parece ter inaugurado no país o desenvolvimento das políticas de drogas, que paulatinamente foram se aprimorando até tornarem-se o modelo de atenção atual, hoje exemplo para o mundo.

No Brasil, apesar da figura do usuário de drogas como elemento organizativo da política de saúde mental ser relativamente recente, a relação entre adictos – em particular o alcoolista –, vadiagem nas cidades e estratégia

de higienização urbana parecem ter sido as justificativas para as internações em manicômios, durante boa parte do século XX.

Contudo, a despeito dessas diferenças fundantes entre as políticas de atenção aos usuários de drogas nos dois países, existem semelhanças importantes nas estratégias de cuidado. O paradigma da redução de danos está presente em ambas, assim como a ideia de intersetorialidade e certa clínica ampliada. A defesa da centralidade do cuidado em uma rede estruturada em meio aberto, que não se organiza pela internação e possui pontos de atenção variados, segundo as características dos usuários, é outro ponto relevante de convergência. A aplicação das lógicas de técnico de referência e projeto terapêutico singular (PTS) para acompanhamento/realização do cuidado do usuário também está presente nas duas estratégias. Também guardam semelhanças em optarem por certa centralidade do cuidado ou assumirem uma função organizativa em relação aos demais serviços da rede, como são os CAPSad no Brasil e os CRI de Portugal. Aqui, um ponto interessante: a rede de atenção portuguesa está organizada por nível de exigência/expectativa do usuário, classificado como baixo limiar, médio limiar e alto limiar. No que diz respeito aos consumidores de heroína, por exemplo,

No baixo limiar é fornecida metadona e assistência médica e social básica. Destina-se a toxicodependentes a viver em condições muito degradadas, muitas vezes doentes e com um percurso muito longo. O objectivo é redução de danos e riscos. Se a evolução for boa poderão passar a programas de alto limiar. No médio limiar há seguimento médico e psicossocial. No alto limiar as normas são muito mais estreitas e o seu incumprimento pode levar à expulsão do programa. A oferta de cuidados de saúde é mais ampla que nos outros programas.¹⁶

Essa lógica dos limiares, de certa forma, dialoga com as estratégias de atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo com as quais também trabalham os CAPS brasileiros.

16 Disponível em:

<<http://www.fcs.unl.pt/cadeiras/ciberjornalismo/ciber2000/metadona/metadonaoquee.htm>>.

Acesso em 16 maio de 2014.

Particularmente, são nos serviços ligados aos usuários de baixo liminar, aqueles com baixa condição de adesão, que estão em situação mais degradada pelas cenas de uso de drogas na cidade, que a política portuguesa é um grande exemplo. Na perspectiva da redução de danos, esses serviços são basicamente as equipes de rua e aquelas ligadas ao programa de metadona. Em ambos fica evidente o potencial do cuidado a partir do vínculo. Seja pela descriminalização do consumo, seja pela forma como as drogas ilícitas entraram no país, os usuários portugueses têm grande aderência ao cuidado dispensado. São populações conhecidas, que frequentam lugares conhecidos e, como não associam o cuidado prestado pelas equipes à força policial, vinculam-se aos programas.

Os projetos mantêm presença assídua nas cenas de uso, o que ajuda na organização dos usuários. Tanto pelo fornecimento do *kit* de redução de danos quanto pela distribuição de metadona, esses recursos acabam produzindo cuidado e vínculo para que o usuário se cuide em outros campos da vida. É difícil não pensar aqui nas cenas das nossas cracolândias – os lugares das cidades em que há consumo complicado de drogas são muito parecidos, ou seja, as zonas mais degradadas e abandonadas das cidades. A forma de abordagem em Portugal assemelha-se muito com a ideia dos consultórios de/na rua da RAPS.

Vale resgatar aqui que toda a estruturação da rede de serviços e mesmo a atual legislação portuguesa sobre drogas foram realizadas a partir do debate liderado pelo grupo de especialistas que o governo criou para propor uma nova estratégia de enfrentamento às drogas. Esse grupo pesquisou as principais experiências do mundo antes de apresentar uma nova proposta. Claro que ela encontrou um momento político favorável, mas é importante lembrar que, apesar disso, houve dificuldade no parlamento para sua aprovação. Destacamos, ainda, que a aprovação de leis mais progressistas e inovadoras no campo da saúde mental e drogas são sempre um desafio para os países. No Brasil, por exemplo, a lei 10.216\01 – importante marco de reorientação do modelo assistencial para as pessoas com algum sofrimento psíquico no Brasil

– tramitou por mais de dez anos no Congresso Nacional antes de ser aprovada.

Evidentemente, os aspectos de entrada da droga em Portugal, em particular a heroína, atingindo todas as classes sociais de forma rápida, contribuiu para sensibilizar a população de que se tratava de um problema de todos e que o usuário de drogas era uma questão de saúde e não de segurança pública. Assim, o estudo realizado pelo grupo de especialistas indicou as medidas que o governo deveria adotar para melhorar a atenção aos dependentes, entre elas, abandonar as campanhas midiáticas do “tipo terrorista”, de baixa eficácia, estabelecer a redução de danos como paradigma, descriminalizar o usuário e formular políticas intersectoriais de atenção. Também recomendou a criação de programas de incentivo para empresas que contratassem usuários de drogas em tratamento, dentre outros pontos.

Contraditoriamente, em Portugal o tratamento aos usuários de álcool “correu por fora”. Existe no país alguns centros especializados em álcool, mas o seu paradigma não é o de redução de danos. Existem três centros especializados, que atuam como se fossem nossos CAPSad, disponibilizando leitos 24 horas. Nesses serviços, em linhas gerais, há mais homens que mulheres em tratamento, com preponderância crescente de uma população cada vez mais jovem.

Durante a internação, que pode se estender por até quatro meses, o usuário “mora” no leito. Em sua estadia, ele segue uma rotina de tratamento que visa à abstinência do uso do álcool. Quando se trata da aqueles que fazem uso abusivo de álcool junto com outras substâncias, o tratamento é realizado no mesmo centro destinados a outras drogas, ou seja, nos CRI (ex. CAT). Os profissionais desses centros ainda estão aprendendo a relacionar “essas duas estratégias”. Isso porque a rede formada inicialmente para atenção aos usuários de heroína – hoje a mesma para drogas como o *crack* –, baseada na redução de danos, era independente desses centros para álcool. Como as equipes de enfrentamento ao alcoolismo são bem especializadas no assunto, acabam trabalhando com muita capacitação em toda rede. Um detalhe interessante é que nesses centros para álcool o utente não recebe alta, já que

eles retornam de vez em quando para acompanhamento ou mesmo se mantêm vinculados a alguns grupos.

Em outro aspecto, a experiência portuguesa em relação à regulação das comunidades terapêuticas também é importante para pensarmos o atual contexto brasileiro, em particular o do Estado do Espírito Santo. Em Portugal esses serviços apresentam posição estratégica na rede de atenção. Contudo as CT portuguesas apresentam características clínicas e compõem o modelo integrado de respostas da rede, não sendo relevantes as características religiosas.

Sabemos que, atualmente, existe grande discussão no Brasil quanto ao financiamento público das comunidades terapêuticas – muitas das quais com características essencialmente religiosas, com pouca regulação nos aspectos clínicos de cuidado. Inclusive a aposta dos tratamentos em CT concorre diretamente com a consolidação da RAPS e o avanço do paradigma da reforma psiquiátrica brasileira. E, enquanto essa problemática é premente e atual no Brasil, em Portugal, que viveu o fenômeno das comunidades terapêuticas de baixa qualificação em meados da década de 1980, a questão está superada.

Assim, no Brasil, através do desafio da constituição de uma rede local de saúde mental voltada para os usuários de drogas, articulada e baseada no ideário da reabilitação psicossocial, observam-se experiências locais e regionais que parecem apontar elementos de inovação. Eles estão contidos na RAPS, como, por exemplo, o projeto “Braços abertos”, iniciativa da prefeitura de São Paulo. Nele, aspectos como a não centralidade das ações na criminalização do usuário e o paradigma da redução de danos, entre outros, estão presentes.

Paradoxalmente, há também em curso no país experiências de atenção a esse mesmo perfil de usuários com outra base paradigmática, muito vinculada às comunidades terapêuticas. O modo de operar de muitas das CT brasileiras representa um retrocesso nas conquistas da reforma psiquiátrica, uma vez que elas investem na segregação do usuário em nome da “limpeza urbana”, promovendo sua internação sistemática em instituições de caráter

religioso e ignorando a singularidade do usuário no cuidado. Exemplo disso são as propostas como “Rede abraço”, no Espírito Santo, “Aliança pela vida”, em Minas Gerais, “Acolhe Alagoas”, em Alagoas, e “Cartão recomeço”, do governo estadual paulista.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Jorge. A emergência da redução de danos em Portugal: da «clandestinidade» à legitimação política. **Revista Toxicodependências**, v. 15, n. 1, p. 33-42, 2009.

CASTAGNÉ, M. Communauté thérapeutique: quelle réponse française? **Psychotropes**, [s.l.], v. 12, n. 3, p. 71-79, 2007. Disponível em: <<http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2006-3-page-71.htm>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia**. Lisboa: Assirio & Alvin, 2004.

DIAS, L. N. Da criminalização à descriminalização: evolução das políticas de droga em Portugal de 1970 a 2010. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE HISTÓRIA ECONÔMICA E SOCIAL, 30, 2010. Lisboa: Iseg, out. 2010. Disponível em: <<http://www.iseq.utl.pt/aphes30/docs/progdocs/LUCIA%20DIAS.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

DOMOSLAWSKI, A. **Política da droga em Portugal: os benefícios da descriminalização do consumo de drogas**. Tradução de N. P. Capaz. Varsóvia: Open Society Foundations, Jul. 2011. Disponível em: <http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/drug-policy-in-portugal-portuguese-20111206_0.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2014.

ENGEL, M. G. As fronteiras da “anormalidade”: psiquiatria e controle social. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 547-63, 1999

FICHEIRO NACIONAL DE AUTORIDADES ARQUIVISTICAS. Instituto da Droga e da Toxicodependencia. [s.l.], 2002-2012, 2012. Disponível em: <<http://autoridades.arquivos.pt/producingEntityDetails.do?id=5800>> Acesso em: 9 jun. 2014.

GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY. **War on drugs: report**. [s.l.], June 2011. Disponível em: <http://www.scribd.com/fullscreen/56924096access_key=keyxoixompyejnky70a9mq>. Acesso em: 24 abr. 2014

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODPENDENCIA. **Linhas orientadoras para o tratamento e reabilitação em comunidades terapêuticas**: Departamento de Tratamento e Reinserção. Lisboa, 2011. Disponível em: <<[http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/TratamentoMais/Documentos%20Partilha dos/LinhasOrientadorasTratamentoReabilitacaoComunidadesTerapeuticas.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/TratamentoMais/Documentos%20Partilha%20dos/LinhasOrientadorasTratamentoReabilitacaoComunidadesTerapeuticas.pdf)>>. Acesso em: 26 abr. 2014.

JÁUREGUI, P. A. La inserción laboral de las personas con problemas de drogas [internet]. In: CONGRESO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO, 5., Zaragoza, 9-11 de Noviembre 2005. Disponível em <<http://formacion2020.es/porqualCifo/do/get/binary/2005/11/application/pdf/aramendipello.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

MALMSTROM, C. EU Commissioner for Home Affairs. In: EUROPEAN COMMISSION. **The state of the drugs problem in Europe**. [s.l.], 15 nov. 2012. Disponível em: <http://europa.eu/rapid/press-release_SPEECH-12-817_en.htm?locale=en>. Acesso em: 24 abr. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Nota Técnica da OPAS/OMS no Brasil sobre internação involuntária e compulsória de pessoas que usam drogas**. Brasília, 8 maio 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3206:nota-tecnica-da-opasoms-no-brasil-sobre-internacao-involuntaria-e-compulsoria-de-pessoas-que-usam-drogas&catid=1016:bra-01-noticias>. Acesso em: 24 abr. 2014.

PREBLE, E.; CASEY, J. J. Taking care of business-the heroin user's life on the street. **Substance Use & Misuse**, [s.l.], v. 4, n. 1, p. 1-24, 1969.

PORTUGAL. Lei nº 30/2000, de 29 de novembro de 2000. Define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a protecção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica. **Diário da República**, n. 276, 6832, I Série - A. [s.l.], 29 nov. 2000. Disponível em: <<http://www.policiajudiciaria.pt/PortalWeb/content/?id={F04506E5-B15E-428B-853D-ABA75B723AF8}>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

ROANI, G. L. Sob o vermelho dos cravos de abril: literatura e revolução no Portugal contemporâneo. **Revista Letras**, Curitiba, n. 64, p. 15-32, set.-dez. 2004. <http://www.letras.ufpr.br/documentos/pdf_revistas/roani.pdf>. Acesso em: 25 mai 2014.

TINOCO, R. Comunidades Terapêuticas livres de drogas: da intervenção ideológica à intervenção psicoterapêutica. **Revista TOXICODEPENDÊNCIAS**, [s.l.], v. 12, n. 1, p. 21-30, 2006. Disponível em: <<http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/3112/1/Comunidades%20terapeuticas.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A CIDADE E A POLITICA DE DROGAS

Realizar pesquisa sobre a experiência de reforma psiquiátrica brasileira relacionando-a à questão das cidades e à produção de políticas de urbanidade não é tarefa simples. No Brasil, a produção do campo antimanicomial embora alicerçada sobre propostas inovadoras, que romperam com os paradigmas de tecnologias de mortificação da vida,¹ aconteceu em contraposição a várias políticas e estratégias públicas de controle dos corpos na urbe, sob o signo da loucura ou da vadiagem.

Entendemos as experiências manicomiais no país como uma das práticas disciplinares de poder em que a vida era controlada por meio de uma série de procedimentos legais e normativos. “Uma lei que pretende fazer-se integralmente vida encontra-se hoje cada vez mais frequentemente diante de uma vida que se desanima e mortifica em norma” (AGAMBEM, 2002, p. 193).

Esta dissertação de mestrado teve como motivação as redes de saúde mental de Vitória (ES), que se atualizam na direção da produção de cuidado voltado aos usuários de drogas, em particular, os que consomem o *crack* e habitam as ruas da cidade. Um habitar que não se define como forma casa (modo dominante de habitar), mas sim como processo (KASPER, 2006). Assim, a partir deste tema central, disparado pela experiência de rede de saúde mental da capital capixaba, desdobra-se a questão da ocupação da cidade, de seus moradores e da governamentalidade dos corpos dos cidadãos.

Outro diálogo produzido a partir do tema deu-se pelo relato de uma experiência vivida por nós na rede de atenção aos usuários de drogas de Portugal.

Nessa perspectiva, o capítulo 2 (publicado na forma do artigo “**Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória (ES)**”, foi disparador deste texto. Considerando a

interface histórica entre o desenvolvimento urbano e as políticas de saúde mental, o avanço da reforma psiquiátrica e as recentes políticas de saúde mental voltadas para o cuidado dos usuários de álcool e drogas (e em particular o “crackeiro-da-rua”) parecem manter o compromisso com as conquistas deste campo, apesar de guardarem também enormes desafios e tensionamentos. Exemplo desses desafios e tensionamentos é a aproximação da política de saúde mental, através do “Plano crack – É possível vencer”, do governo federal, com as políticas de segurança pública ou os atores sem histórico expressivo no campo psicossocial, como as comunidades terapêuticas.

Apesar disso, na própria noção atual de reforma psiquiátrica brasileira, no que diz respeito aos serviços de saúde mental substitutivos à internação psiquiátrica e à consolidação do projeto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), observa-se que a clínica proposta pela reabilitação psicossocial, modo de atenção à loucura de grande inspiração na experiência da Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana, ainda se mantém.

A reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental é um conceito forjado no interior do movimento brasileiro de reforma psiquiátrica e tem como referência propostas da psiquiatria democrática italiana, responsável pelo aprofundamento, na década de 1970, da crítica aos asilos.

Consiste em um conjunto de estratégias capazes de resgatar a singularidade, a subjetividade e o respeito à pessoa com sofrimento psíquico, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida. Cabe à equipe de saúde mental compreender o indivíduo em sua integralidade; para tanto, é necessário construir um novo paradigma de saúde/doença mental que busque o desenvolvimento de uma relação (JORGE, 2006, p. 735).

Exitoso desde as primeiras iniciativas – os Núcleos de Atenção Psicossocial e os Centros de Atenção Psicossocial, a partir dos anos 1980 –, esse modelo de atenção encontrou solo fértil e acolhedor nos corações e mentes de inquietos trabalhadores da saúde mental.² Iniciativas que ganham

²⁰ Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) foi fundamental para experiência de

maior relevância porque foram forjadas justamente no cenário da redemocratização do Brasil, logo após o fim da longa ditadura civil-militar, que se estendeu de 1964 a 1980. Naquele momento, de maneira geral, havia entre a população mais politizada uma grande vontade de “quebrar com o instituído”.

A Lei 10.216\2011,³ marco fundamental da reordenação do cuidado ao usuário em sofrimento mental, possibilitou um crescimento importante dos Centros de Atenção Psicossocial, que se deu à medida que o número de leitos em hospitais psiquiátricos caía paulatinamente. Contudo, a lei nem comemorou 15 anos de vigência no país e já apresenta dilemas. Recentemente, observamos no Brasil a temática das drogas, sobretudo a do *crack*, tomar quase completamente a agenda pública da saúde mental, apesar de sua relativa insignificância epidemiológica.

Por isso, acreditamos que no atual processo de construção das políticas públicas de saúde de enfrentamento do uso de álcool e outras drogas uma das grandes pautas de discussão da reforma psiquiátrica brasileira. Acreditamos também que, em muitos aspectos, essa pauta atualiza um processo histórico particular, sobre o qual é fundamental tecermos algumas considerações, já que produz legitimidade de determinados discursos e o esvaziamento/deslocamento de conceitos representativos do modo de atenção psicossocial.

Nessa perspectiva, questionamos como é possível sustentar uma proposta que considere uma clínica da expansão da vida, da potência de vida, junto a esses usuários? Potência de vida que, nas palavras de Machado e Lavrador (2009, p. 530) “[...] pode ser afirmada, sentida e vivida, como uma potência de resistência que se afirma na contramão à desqualificação da vida, que se expressa nos ressentimentos, nos julgamentos morais, nas indiferenças, nos ódios e nas vinganças.” Dito de outra forma, como, neste

reforma psiquiátrica no Brasil. Formado inicialmente por trabalhadores dos próprios manicômios, no final dos anos 1970, esses profissionais, indignados com as condições de saúde prestada no interior destas instituições, foram e são uma importante voz para que os ideais da reforma não se percam (JORGE,2003).

momento, podemos reafirmar a luta antimanicomial, já que agora o embate não está colocado apenas na produção de loucura nos hospícios, mas em relação ao modo desviante de “habitar a rua”, de que são exemplo as “cracolândias”?

Nesses questionamentos, há também alguma correspondência com o contemporâneo. Quando o uso de drogas na rua passa a ser uma questão para a saúde pública? Que tipos de resistências os dispositivos e serviços da reforma psiquiátrica podem operar para fortalecer uma rede realmente substitutiva, a favor da vida, que (re)reposicionem o paradigma da atenção aos usuários de drogas nas bases da reforma psiquiátrica?

As indagações são muitas e serviram de horizontes (ou faróis) ao longo de toda a pesquisa. Sabemos que as discussões colocadas neste trabalho não esgotam o tema, tampouco respondem a todas as questões em torno da atenção ao usuário de drogas, mas estimulam o debate para além das páginas desta dissertação.

4.1 CIDADE E INTERVENÇÃO SOBRE OS CORPOS-DA-RUA OU “NÃO DÁ MAIS PRA TRATAR COM POESIA”

A emblemática frase “não dá mais pra tratar com poesia” foi cunhada por um secretário de Defesa Social de um município da Grande Vitória, no Espírito Santo, em 2010, num programa de rádio da região. Ela estava relacionada ao seu projeto de “recolhimento sistemático” dos usuários de *crack* que perambulavam pelas ruas da cidade, para os quais era ofertada, posteriormente, vagas em comunidades terapêuticas religiosas.

No desafio da construção de uma rede local de saúde mental voltada para esses usuários de drogas, articulada e baseada no ideário da reabilitação psicossocial, observam-se pelo país experiências que parecem apontar dispositivos de inovação da RAPS, como, por exemplo, o projeto “Braços abertos”, da prefeitura de São Paulo. Nele, aspectos como a não centralidade das ações na criminalização do usuário e de utilização do paradigma da redução de danos, dentre outros, parecem estar presentes. Apesar disso, paradoxalmente, há também em curso no Brasil experiências de atenção a

esse mesmo perfil de usuários, ou “corpos-da-rua”, com outra base paradigmática, que operam com certo retrocesso nas conquistas da reforma psiquiátrica brasileira. Ou seja, investindo na segregação dos usuários em nome de uma “limpeza” urbana, que é feita por meio da sua internação sistemática em comunidades terapêuticas religiosas e do não reconhecimento da sua singularidade no cuidado. Exemplo disso, conforme exposto ao longo deste trabalho, são as propostas de projetos como “Rede abraço”, no Espírito Santo, “Aliança pela vida”, em Minas Gerais, “Acolhe Alagoas”, em Alagoas, e “Cartão recomeço”, do governo estadual paulista.

Alvo dessas iniciativas, entendemos os usuários de drogas (e em especial os de *crack*) que estão nas ruas dos centros urbanos brasileiros, ou os “crackerios-da-rua”, configuram-se como mais uma das expressões de “corpos-da-rua”. Ou seja, são expressões de corpos que perambulam pela cidade e fazem da rua, no vai-e-vem cotidiano, um lugar de permanência, um lugar de existência, um lugar de produção de mundo. Os sem domicílios, os miseráveis, os loucos, as prostitutas também aparecem como exemplos de expressões de corpos-da-rua na cidade.

São existências infames: sem notoriedade, obscuras como milhões de outras que desapareceram no tempo sem deixar rastro (...). Nunca tiveram importância nos acontecimentos históricos (...). Apenas algumas vidas em meio a uma multidão de outras (...). Porém sua desventura, sua vilania, suas paixões alvos ou não da violência instituída, sua obstinação e sua resistência encontraram em algum momento quem as vigiasse, quem as punisse, quem lhes ouvisse os gritos de horror, as canções de lamento ou as manifestações de alegria (LOBO, 2008, p. 17).

Para Deleuze (1998), indivíduos e grupos são feitos de pelo menos três linhas de naturezas bem diversas. A primeira é a linha da natureza dura e da segmentaridade. Esse tipo nos corta em todas as direções, nos segmenta e nos define em sua binariedade (por exemplo, homem-mulher, empregado-desempregado). Os mendigos, as prostituta, os loucos, os usuários de drogas, os homossexuais são, ao mesmo tempo, segmentos. Por essa linha também

se constituem os dispositivos de controle produzidos pelo biopoder.

A segunda linha também é de segmentaridade, porém mais flexível; ela traça pequenas modificações, desvios. São linhas porosas, transversais aos segmentos. Ou seja, apesar segmentaridade e o estabelecimento da vida enquanto forma, ela, a vida, sempre escapa. Assim, mesmo os indivíduos estando em complexas condições de dominação produzem variação e resistência em relação aos dispositivos de poder, ainda que no plano da micropolítica. A terceira configura-se pelas linhas de fuga. Na perspectiva deleuziana, são as linhas de borda, de ordem flexível e molecular, por onde circulam os devires. Talvez a partir dessas linhas se originem as outras duas. De qualquer maneira, sobre essas três linhas constitutivas e os marginais, Deleuze (1998) dirá que,

[...] há uma palavra molecular da loucura “in vivo”, ou do drogado, ou do delinquente, que não vale mais do que os discursos de um psiquiatra in vitro. Não são os marginais que criam as linhas; eles se instalam sobre essas linhas, fazem dela sua propriedade, e é perfeito quando eles tem a curiosa modéstia dos homens da linha, a prudência do experimentador, mas é uma catástrofe quando deslizam para o buraco negro, de onde não sai mais que o microfascismo (DELEUZE; PARNET,1998, p.113)

4.1.2 DROGAS, DESENVOLVIMENTO DA CIDADE E HISTÓRIA

Ao nos debruçarmos sobre as políticas de saúde mental, álcool e drogas implementadas no Brasil observamos que o tema da cidade ganha cada vez mais relevância no debate. O Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi fundamental para desconstruir o manicômio como lugar privilegiado de tratamento da loucura; contudo, é importante destacar que suas propostas sempre foram muito além da montagem de uma rede substitutiva ao asilamento. Na luta antimanicomial sempre buscou pensar uma sociedade mais acolhedora às diferenças, sendo a liberdade terapêutica – no sentido do não encarceramento –, portanto, a clínica da reforma psiquiátrica, expressa na

reabilitação psicossocial, que, por sua vez, é intrínseca ao modo de inserção dos usuários na cidade.

A desconstrução do manicômio ainda é pauta importante, sendo a sua superação gradativa, porém não absoluta. Essa história tem se mostrado descontínua e paradoxal. Há Estados brasileiros, na contramão do que prevê a lei, investindo na reativação de leitos em hospitais psiquiátricos como forma de “tratar” usuários de *crack*. Nesse contexto, as comunidades terapêuticas surgem como ator complementar, pois ao mesmo tempo em que retomam os ecos de um passado dogmático e totalizante acerca das políticas dispensadas pelo Estado aos desviantes, parecem muitas vezes colocar em xeque o ordenamento laico do Estado. E a cidade sempre foi pano de fundo fundamental nesse debate.

Em meio a esta pesquisa, nos deparamos com produções acadêmicas que ilustram bem a interface uso complicado de drogas/loucura e cidade. Ianni R. Scarcelli (2011), em seu livro *Entre o hospício e a cidade – dilemas no campo da saúde mental*, nos mostra que a sociedade ainda está longe de uma desconstrução efetiva da cultura manicomial. Para o autor, o fechamento dos hospícios é só um dos muitos aspectos necessário para “reinventar a vida” (SCARCELLI, 2011). Seu livro tematiza as noções de pobreza, marginalidade e exclusão social, bem como os diversos sentidos de morar na cidade, discutindo o complexo processo de saída dos ditos loucos do hospício para a cidade através de, por exemplo, residências terapêuticas.

Em sua tese de doutorado, intitulada *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade – contribuições do acompanhamento terapêutico*, Analice de Lima Palombini (2007) realiza fundamental debate acerca da prática do acompanhante terapêutico como exemplo de experiência clínica no contexto da reforma psiquiátrica. Em sua pesquisa, a autora faz importante contextualização histórica sobre o urbano e o desenvolvimento das cidades, bem como a relação entre esta e a produção de subjetividade. A formação da urbe tem recorte privilegiado no trabalho de Palombini, assim como o resgate histórico da emergência da poder psiquiátrico, da constituição dos hospícios e

da própria reforma psiquiátrica brasileiro.

Outros trabalhos que tematizam a cidade em seu cotidiano também foram fecundos para esta pesquisa de mestrado. Luiz Antonio Batista (1999), em *A cidade dos sábios – reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades*, faz leituras importantes sobre a “vida nas grandes cidades, como usina produtora de sentidos heterogêneos do humano, lugar de constantes embates e incessante criação”⁴. A urbe que pulsa na obra de Baptista guarda correspondência com o contexto de reforma psiquiátrica, vivenciado pelo autor.

No desafio de estabelecer a interface entre a cidade e a produção de políticas de saúde mental, álcool e drogas, entendemos que estas, no contexto da reforma psiquiátrica e na perspectiva de Rede de Atenção Psicossocial, instituída a partir da portaria 3.088/2011, passa, fundamentalmente, pelas questões do urbano na contemporaneidade, concretizadas no decorrer do século passado. Isso porque as drásticas modificações urbanas vivenciadas nas cidades ao longo do século XX constituíam também novas formas de habitar. A convivência, as regras de sociabilidade, o grande investimento econômico na gestão das populações, dos corpos que transitam na cidade, tiveram grande relevância nas políticas de controle da vida. As mudanças urbanas ocorridas no fim do século XIX e início do XX trouxeram para a convivência na cidade temas como a gestão do Estado sobre as populações. No passado, os loucos, os usuários de drogas e também os miseráveis que transitavam pelas ruas das cidades foram alvo de uma série de políticas públicas de administração da vida.

Neste trabalho, empregamos as noções de governamentalidade de Foucault (2004), que a define, entre outros aspectos, como “[...] o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer essa forma bastante específica e complexa de poder, que tem por alvo a população” (p. 291).

Entendemos que as questões de administração da cidade tangenciam as políticas públicas de saúde mental, álcool e drogas que incidem sobre os

⁴ Disponível em: < <http://www.rubedo.psc.br/revista/summus/textos/cidsabio.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

“corpos-da-rua”. Há importante jogo de forças em curso que atualiza dispositivos de poder e recortam os indivíduos em grupos de populações da cidade. Nesse sentido, desde a perspectiva deleziana, o craqueiro da rua constitui-se como um desses segmentos.

4.1.3 A CIDADE QUE ENCARCERA

No primeiro capítulo deste trabalho, disponibilizamos o artigo científico publicado “**Habitar a cidade, a via pública e a luz da meia noite**”. Nesse texto, nos situamos na cidade (a rua, o espaço público) com certa nuance subjetiva, e até clandestina em algum aspecto, pois seu pulso passa por outra via e ao mesmo tempo em que o movimento dos carros e o vaie--vem dos pedestres em aparente “direção”. Lançando mão da narrativa literária, o artigo traz para a cena, além das políticas que incidem sobre o cotidiano e normatizam indivíduos e populações, a vida urbana e seus processos de subjetivação.

No artigo, texto ficcional sobre a Fábrica de Papéis retoma, alegoricamente, a forma serializante por meio da qual a cidade se aproxima da vida da personagem “menino” – entendido como pura potência –, que indaga os papéis sociais estabelecidos. Fecha-se a primeira parte do artigo com essa potência, ou o “menino”, indo para dentro da cidade. Agora não mais como uma experiência de exterioridade à cidade, mas sim como algo paradoxal no cotidiano das ruas.

Em seguida, utilizamos as narrativas sobre o cotidiano da cidade expresso em forma de crônica nas obras de João do Rio e de Ribeiro Couto. O livro *A alma encantadora das ruas* é uma coletânea dos textos publicados por João do Rio (pseudônimo do jornalista Paulo Barreto) na imprensa carioca entre 1904 e 1907, enquanto *A cidade do vício e da graça – vagabundagem pelo Rio noturno* foi publicado por Ribeiro Couto em 1924.

Ambos os escritores narram o dia a dia das ruas cariocas, as transformações urbanísticas e os personagens mundanos que encontram em

suas andanças citadinas. Prevaecem nos textos boas indagações sobre o intenso processo de transformação da urbe, seus paradoxos e abstrações. Suas personagens, riquíssimas para se pensar a produção de subjetivações nas cidades do início do século XX, são ainda muito atuais e úteis para o entendimento de determinados processos do cotidiano contemporâneo. As personagens são atravessadas pela força do cotidiano na cidade, sucumbindo em suas alegorias, refazendo-se nos encontros urbanos, espalhando-se pelos ares vadios.

Interessante observar que enquanto as personagens de Couto Ribeiro circulavam pelas ruas e casas de ópio no Rio de Janeiro do fim do século XIX e início do século XX, as políticas públicas para enfrentamento ao álcool e às drogas, à época, enclausuravam os “loucos e chapados”, quando a atenção asilar em psiquiátrica no Brasil era hegemônica.

O momento retratado nas crônicas de Ribeiro também é caracterizado pelo desembarque no Brasil de grande contingente de imigrantes europeus. O Espírito Santo também recebeu um grande número desses imigrantes, o que impactou diretamente a sociabilidade da pequena Vitória. Com os moradores de além-mar desembarcaram também ideias de desenvolvimento centradas na adaptação da sociedade local ao modo europeu de vida. Eram teses embasadas na supremacia das raças e branqueamento da população brasileira, que sustentavam discursos higienistas e eugenistas. Da mesma maneira, “[...] no discurso dos homens que detinham o poder na sociedade de início do século XX, o Brasil de população pobre e negra aparecia como marca de nosso passado colonial e como ameaça de fracasso para a nação” (CERQUERIA, 2002, p. 30).

No Rio de Janeiro, então capital federal, o discurso republicano da época, exemplo dessa política, foi fundamental acabar com a representação da cidade colonial: “Este período era encarado como o momento em que cabia à metrópole carioca representar para o restante do país e também para o exterior o esforço empregado pelo governo em transformar o Brasil em uma nação civilizada.” (CERQUEIRA, 2002, p. 30). Como destaca Jaime Benchimol (1990,

p. 205): “Trava-se de uma luta entre dois grandes ‘campos’ ou princípios: o progresso, a civilização, a regeneração estética e sanitária da cidade; a cidade colonial, atrasada, antiestética, suja e doente.”

Assim, com as ideias de progresso da época, foi possível operar o projeto de higienização da cidade, que compreendia a ordenação do cotidiano e a disciplinarização dos indivíduos. Os locais de moradia dos miseráveis passaram também a alvo de intervenção. A cidade do Rio de Janeiro estava como um grande canteiro de obras e

[...] as moradias populares, conhecidas como cortiços eram, portanto, identificadas como símbolos da desordem, da falta de higiene e da promiscuidade, segundo boa parte dos engenheiros e sanitaristas da época e, ainda de acordo com as autoridades públicas, ameaçavam a saúde da população. Acabar com os cortiços significava lutar contra as moléstias que assolavam parte dos habitantes que neles viviam, era extirpar da urbe os vestígios da antiga cidade colonial (CERQUEIRA, 2002, p. 33).

Nesse sentido, um episódio marcante no processo de modernização da então capital do país foi a demolição de um dos seus maiores cortiços, o Cabeça de Porco. Em 1893, o prefeito Cândido Barata Ribeiro, ao determinar a demolição do cortiço, que estava localizado na região central e era o maior da cidade, teria permitido, “por compaixão”, que as cerca de quatro mil pessoas desalojadas retirassem dos escombros as madeiras que pudessem ser reaproveitadas. Esperado ou não, o fato é que os desalojados subiram o morro nas imediações do Cabeça de Porco, com móveis e entulhos.

Várias famílias se recusavam a sair, se retirando quando os escombros começavam a chover sobre suas cabeças. Mulheres e homens que saíam daqueles quartos “estreitos e infectos” iam às autoridades implorar que “os deixassem permanecer ali mais 24 horas”. Os apelos foram inúteis (...). Na manhã seguinte, já não mais existia a célebre estalagem Cabeça de Porco (CHALHOUB, 1996, p. 17).

Formou-se, assim, a primeira comunidade do tipo na capital fluminense,

batizada inicialmente “Morro da Favela”, uma referência dos soldados que lutaram na Guerra de Canudos (movimento sociorreligioso, liderado por Antônio Conselheiro, entre 1896 a 1897, na comunidade de Canudos, no sertão baiano). Posteriormente, passou a ser chamado de “Morro da Providência”, em alusão ao processo de ocupação da favela por soldados que retornaram de Canudos e se instalaram no lugar porque estavam cansados de esperar por “providências” do governo brasileiro, que prometera moradia aos militares vitoriosos (CHALHOUB, 1996).

Nesse sentido, o Cabeça de Porco marcou o início do processo de deslocamento geográfico da população pobre do Rio de Janeiro dos cortiços – localizados no centro da urbe e lugar de desordem social e moral, antissanitário e território fértil de endemias, segundo a lógica sanitária da administração pública, sobretudo, do governo federal – para as encostas dos morros. Com o fim da era dos cortiços e a consequente expulsão dos personagens indesejados da cena urbana, sedenta por se modernizar, os morros cariocas foram sendo ocupados progressivamente. Como o tempo, também essas novas comunidades receberiam a denominação de favelas.

4.1.4 CONTRIBUIÇÕES DA PSIQUIATRIA PARA LIMPEZA DA CIDADE QUE SE MODERNIZA

Claro que o processo de deslocamento dos indesejados, miseráveis de toda ordem, dos cortiços para as favelas cariocas se constituiu em expoente do pensamento administrativo e sanitário da época.

No bojo desse ideário, havia também em curso um

[...] projeto da psiquiatria para cuidar daqueles considerados alienados pela medicina (...), a opção dos homens de governo, para sanear a metrópole e emprestar-lhe um ar civilizado como tanto desejavam, seria trilhar o caminho da exclusão. Tanto o subúrbio, quanto o hospício apareceriam como alternativas para a retirada dos indesejáveis, loucos, miseráveis, mendigos, prostitutas e ambulantes do convívio urbano. Aos dirigentes do regime que se instalava cabia “livrar a cidade de convívios promíscuos e desestabilizadores da saúde pública”

(CERQUEIRA, 2002, p. 34).

A proposta de modernização da cidade carioca, orquestrada por autoridades, médicos e engenheiros, começava a marcar códigos de ordem e controle dos espaços. Seus cidadãos, atordoados com as novas condições urbanas, seriam alvo de registro e intervenção dos médicos alienistas, por exemplo. Alargaram-se assim as fronteiras da psiquiatria para o domínio moral da urbe. A tentativa da República de reordenar e modernizar a cidade, encontrou no discurso científico as explicações de que precisava para sustentar e legitimar esse projeto:

A legislação republicana deixaria evidente essa premissa, a partir do momento em que determinava o recolhimento das ruas de qualquer indivíduo que perturbasse a ordem ou ameaçasse a vida de outra pessoa (...) Tudo aquilo que não pudesse ser identificado com uma sociedade que se pretendia civilizada, devia ser excluído (CERQUEIRA, 2002, p. 38).

O escritor Lima Barreto, em seu livro *Diário do hospício e o cemitério dos vivos* (relato do período em que ficou internado no Hospital Nacional de Alienados, no bairro da Urca, no Rio de Janeiro, entre 1919 e 1929, por suposto abuso de álcool) faz uma análise certeira do cenário de asilamento, à época:

Os loucos são de proveniências as mais diversas; originam-se, em geral das camadas mais pobres da nossa gente pobre. São pobres imigrantes italianos, portugueses, espanhóis e outros mais exóticos; são negros roceiros, que levam a sua humildade, teimando em dormir pelos desvãos das janelas sobre uma esteira ensebada e uma manta sórdida; são copeiros, são cocheiros, cozinheiros, operários, trabalhadores braçais e proletários mais finos: tipógrafos, marceneiros, etc.” (BARRETO, 2010, p.25)

Uma vez que atuou como um dos operadores do projeto de organização da cidade, a psiquiatria também precisou ampliar a classificação de louco. A hipótese da degenerescência (deslocada da teoria da evolução darwinista,

trata-se da concepção equivocada de transmissão hereditária de características do campo social, moralmente concebidas pela ciência em pactuação da lógica de desenvolvimento vigente) raças inferiores, negros e índios, e raças superiores, brancos) contribuiu para que a vagabundagem e a prostituição, por exemplo, pudessem ser alvos de intervenção do Estado, legitimando o confinamento da horda de degenerados excedentes das mudanças urbanas.

Para os alienistas, a cidade aparecia como lugar propício ao desenvolvimento de indivíduos degenerados, que não se identificavam com a nova ordem social que a República buscava implementar, o que tornava o caminho da exclusão inevitável. Mesmo com as inúmeras reformas que a legislação sofreu ao longo dos primeiros anos republicanos, a exclusão ainda seria o ponto central na assistência ao alienado (CERQUEIRA, 2002, p. 39).

Nesse sentido, Foucault (1978) faz algumas observações acerca do advento moral da loucura e dos pobres na cidade,

Se a loucura no século XVII está como que dessacralizada é de início porque a miséria sofreu essa espécie de degradação que a faz ser encarada agora apenas no horizonte da moral. A loucura só terá hospitalidade doravante entre os muros do hospital, ao lado de todos os pobres. É lá que a encontraremos ainda ao final do século XVIII. Com respeito a ela, nasceu uma nova sensibilidade: não mais religiosa, porém moral. Se o louco aparecia de modo familiar na paisagem humana da Idade Média, era como que vindo de um outro mundo. Agora, ele vai destacar-se sobre um fundo formado por um problema de “polícia”, referente à ordem dos indivíduos na cidade (FOUCAULT, 1978, p. 72).

Exemplo disso, foi a inauguração do Hospício Dom Pedro II, em 1852, na região carioca da Praia Vermelha. À época, aqueles que perturbavam a ordem pública (vagabundos e loucos), quando não acabavam nas prisões, eram colocados em celas da Santa Casa de Misericórdia, que atuava no campo da psiquiatria de forma improvisada. Com o Pedro II, o projeto alienista de exclusão dos desviantes da ordem vigente, enfim, ganhou um espaço

próprio para tratamento psiquiátrico centrado na reclusão. A teoria da degenerescência contribui decisivamente para esse processo, atuando como instrumento eficaz do ideário do controle social.

Sobre a loucura, nota-se que o modo asilar operava de acordo com as necessidades do capital, sendo inclusive um dos motivos explícitos para justificar a internação muito variados:

A teoria da degenerescência formulada por volta dos anos cinquenta do século XIX, ao definir uma etiologia da loucura, negava a concepção de que a doença mental era sobretudo causada por um desvio da razão. A degeneração transmitida hereditariamente seria responsável pela demência, para a qual, muitas vezes, o indivíduo seria fatalmente conduzido. Esta concepção revertia os fundamentos do alienismo clássico e trazia à discussão temas fundamentalmente voltados para a sociedade. A preocupação passava a ser com a limpeza e a disciplinarização da cidade, pois esta apresentava elementos que seduziam os indivíduos e arrastavam-nos para o desatino, como o álcool, o jogo e a prostituição (CERQUEIRA, 2002, p. 56).

4.1.5 DEGENERESCÊNCIA, RAÇA E HIGIENISMO NA CIDADE

Os brasileiros só têm em particular uma excessiva depravação. São todos mulatos, a ralé do gênero humano, com costumes condizentes. (GOBENEAU apud RAEDERS, 1997, p.77).

O médico maranhense Nina Rodrigues teve grande influência na área das doenças mentais, na virada do século XX. Fundador da Sociedade de Medicina Legal da Bahia e da *Revista Médico Legal da Bahia*, Rodrigues, que era mestiço, dedicou-se especialmente aos estudos sobre raça e mestiçagem relacionados à criminalidade, à propensão a doenças mentais, ao alcoolismo e à vagabundagem. Seus argumentos racistas, baseados nas ideias de degenerescência, configurou-se de grande autoridade, sendo aplicados em várias atividades científicas no campo da medicina.

Em seus artigos, Rodrigues apresentava estudos que buscavam demonstrar, através de casos clínicos, como a mestiçagem, aliada ao clima dos

trópicos, produzia indivíduos complicados, degenerados e com características genéticas desequilibradas, por exemplo. A raça branca, de padrão europeu, era sempre associada a aspectos mais evoluídos da humanidade, enquanto as características moralmente rechaçadas pelo médico, tais como indisposição para o trabalho, apatia, abuso de álcool, impulsividade e consequente propensão à criminalidade, eram vinculadas às raças classificadas como mais inferiores, principalmente a negra. Para Nina Rodrigues, a mestiçagem com as raças inferiores era um grave problema nacional, uma vez que o mestiço degenerado, geneticamente inferior, seria capaz, inclusive, de transmitir para as gerações futuras a sua degenerescência – enfermidade, fragilidade congênita, manifestações mórbidas e irremissíveis (RODRIGUES, 2008):

O cruzamento de raças tão diferentes antropologicamente, como são as raças branca, negra e vermelha, resultou num produto desequilibrado e de frágil resistência física e moral, não podendo se adaptar ao clima do Brasil nem às condições da luta social das raças superiores (RODRIGUES, 2008, p. 1161).

Para ele, a correta diferenciação entre as raças era fundamental para a prática médica, em especial para o entendimento das doenças mentais. Vale ressaltar que os dois polos brasileiros de produção científica no campo da medicina, à época, estavam no Rio de Janeiro e na Bahia. Enquanto na capital carioca os trabalhos centravam-se mais nas doenças infectocontagiosas (justificando inclusive a intervenção administrativo-sanitária nos cortiços), na Bahia a produção médica (em parte por conta de Nina Rodrigues) relacionava-se aos problemas raciais e de mestiçagem: “Dentro desta tendência, o negro passou a ser problema científico tratado pelas teorias do evolucionismo e teoria da degenerescência” (RODRIGUES, 2009, p. 89).

Sabe-se que o ideário da superioridade da raça branca sobre outras raças – e até mesmo a concepção de raças –, legitimado pela ciência da época, também estava a serviço do processo civilizatório europeu e, consequente, da exploração colonial, como na África e na Ásia, consideradas então primitivas. Assim, essas teorias colocavam o negro numa posição

inferior, dando, a partir de bases científicas, legitimidade moral ao investimento colonialista europeu.

No Brasil, havia certo pensamento de que a mestiçagem era um entrave para o progresso da nação. Nessa perspectiva, a superioridade da raça branca tinha grande influência entre os administradores públicos e a elite intelectual, no período que vai do fim da escravidão (1888) às primeiras décadas do século XX.

N. Rodrigues, por exemplo, utiliza como referencial teórico o evolucionismo, especialmente na linha interpretativa de Arthur de Gobineau, autor de *Ensaio Sobre a Desigualdade das Raças* (1853-1855). Nesta obra, Gobineau atribuiu as diferenças sociais entre negros e brancos à inferioridade biológica do africano. Para superar esta desigualdade, o negro precisaria ser civilizado nos moldes organizacionais brancos, isto é, segundo o modelo europeu. Era preciso que os negros africanos fossem branqueados e assimilassem a cultura européia, em especial, a religião cristã. Desta forma, Gobineau justificou o neocolonialismo europeu na África do século XIX. Importante lembrar que Gobineau esteve no Brasil como diplomata. No entanto, detestou o país. Julgou-o culturalmente estagnado e um risco à saúde (RODRIGUES, 2009, p. 85).

A miscigenação operaria na degradação hereditária de indivíduos, afetando, ainda, a sociedade e o desenvolvimento do país, segundo o ideal de civilização da época. Diante desse perfil racial, os alienistas recomendavam às autoridades públicas das cidades rigor e cuidado com os negros e os mestiços, mas também com os imigrantes, uma vez que havia o risco de degeneração e consequente aumento de crimes, doenças mentais, contágio da loucura, entre outras mazelas, dessa nova força trabalhadora.

As teses eugenistas – seleção e controle social visando a melhoria da raça e que acaba discriminando/classificando as pessoas por estas categorias – estavam fortemente presentes nos estudos médicos da época. Segundo Cunha (1988), no século XX, “[...] são a teoria e as práticas da eugenia – equivalente moderno da “degenerescência” – que ocupam o lugar central na orientação assumida pela medicina mental” (p. 166).

4.1.6 Raça, Uso de Álcool e Limpeza Social

Procuramos antecedentes, para determinar a origem do paciente que está ali, como herdeiro de taras ancestrais; mas não há homem que não as tenha, e se elas determinam loucura, a humanidade toda seria de loucos. Cada homem representa a herança de um número infinito de homens, resume uma população, e é de crer que nessa houvesse fatalmente, pelo menos, um de generoso, um alcoólico etc. etc. (BARRETO, 1993, p. 40).

Outra preocupação médica e científica no início do século XX, portanto, alvo de atuação dos alienistas e da administração pública da cidade, refere-se ao alcoolismo da população e a relação do álcool com a loucura. Nesse aspecto, outro médico psiquiatra de grande influência para a estruturação pensamento político da época foi Henrique Roxo. Com destaque nacional, ele dirigia o Pavilhão de Observação do Hospício Nacional no Rio de Janeiro quando Lima Barreto foi internado pela segunda vez. Em sua tese, apresentada em 1990, Roxo associava loucura e raça, tentando provar que negros e alcoólatras seriam mais predispostos à alienação.

Se a bebida “[...] amenizava os problemas enfrentados por Lima Barreto, como também os de muitos indivíduos que viviam na Capital da República no início do século passado” (CERQUEIRA, 2002, p.62), talvez nunca possamos saber. Contudo, sabe-se que o alcoolismo, associados à vida urbana marginal, à criminalidade e aos conceitos de raça e degenerescência contribuíam para as internações psiquiátricas, naquele momento.

Nas estatísticas do período, o alcoolismo aparecia como uma das causas de maior frequência para o internamento no hospício. A estimativa, no ano de 1912, era de que em cada 1.500 internações realizadas, cerca de 1.100 eram de indivíduos alcoólatras. Hermeto Lima chama a atenção, neste mesmo artigo para o fato de que, “o Hospício de ano para ano é ampliado com outros pavilhões porque já não há mais lugar para tanto louco”. A bebida era o vício, o grande mal produzido pela cidade e que expunha os que nela viviam a uma perigosa ameaça, a ameaça do álcool (CERQUEIRA, 2002, p. 63).

O discurso da psiquiatria recairia sobre todos aqueles que eram tidos como fora da normalidade, independentemente de ser pela doença, pelo vício, pela degeneração, pela criminalidade ou pela raça, indicando a ampliação da classificação dos indivíduos e criação de novos grupos nosológicos. No caso dos alcoólatras, mesmo com a separação entre a psiquiatria e a classificação dos doentes mentais, à época, entendia-se que o alcoolismo crônico produzia alucinações e delírios passíveis à loucura. Justificava-se assim a inclusão dos alcoólatras nos asilos de alienados.

4.2 EXPERIÊNCIA DA POLÍTICA DE DROGAS

Foi muito importante incluir nesta dissertação o relato de experiência de estágio em Portugal, onde pudemos observar *in loco* a política de drogas deste país. Por meio dele, criou-se a oportunidade de conhecer elementos de uma política mundialmente inovadora, reconhecida como tal e modelo para organismos internacionais ligados à temática. Essa experiência permitiu a exploração de novos paradigmas sobre o enfrentamento ao uso complicado de drogas, bem como a interlocução com o cenário brasileiro.

Embora o enfoque desta dissertação, inicialmente, não fossem as políticas internacionais de drogas, ao longo da produção dos artigos científicos que a compõem nos pareceu importante inserir nela esse debate. Nessa perspectiva, o capítulo 3 está estruturado na forma de artigo científico, ainda não publicado, intitulado **Diálogos sobre as política brasileira e portuguesa de saúde mental, álcool e outras drogas: relato de experiência de estágio**.

O projeto deste estágio aconteceu a partir da interlocução do grupo de pesquisa “Desafios contemporâneos em saúde mental”, a partir do qual esta dissertação de mestrado foi realizada. Dessa interlocução, foi organizado um evento internacional para dialogar sobre a realidade e os desafios atuais das duas políticas. Nesse sentido, o estágio trouxe como contribuição não apenas a produção científica do artigo, mas, também, o estabelecimento de vínculos que contribuíram para a realização de um segundo evento internacional, em 2014.

A continuidade dessa interlocução é fundamental, visto que ainda há outros debates importantes a serem feitos, como os que envolvem a saúde mental e saúde prisional, atenção a crianças no contexto do sofrimento psíquico, financiamento dos serviços, especificidades e tecnologias de redução de danos.

4.3 CONCLUINDO

Esta dissertação foi apresentada por meio de três artigos científicos, conforme contextualizado, formato ainda não tradicional no ambiente acadêmico brasileiro.

Sabemos que este trabalho não esgota as discussões sobre saúde mental, política de drogas e cidades realizando recorte histórico do cenário urbano brasileiro e diálogos com uma política internacional de referência. Mas acreditamos que aponta contribuições importantes para a ampliação do debate e aprofundamento de algumas temáticas, a serem realizados em novos estudos e para além das fronteiras da academia, indo a todas as instâncias da sociedade e nas esferas de gestão das políticas públicas.

Certamente um desses temas refere-se à discussão sobre organização das cidades, governamentalidade e produção de políticas de saúde mental, a partir dos primeiros anos do século XX, principalmente relacionado aos mecanismos de controle dos miseráveis. Esse recorte histórico nos permite compreender os processos e as memórias estruturantes da atual política pública brasileira de enfrentamento às drogas, seus desafios e enfrentamentos.

Outro tema relevante diz respeito às políticas internacionais de drogas e de saúde mental. As experiências de outros países, os consensos internacionais e os seus modelos de atendimento são fundamentais para a implantação de uma rede centrada na atenção psicossocial, princípio basilar da reforma psiquiátrica brasileira, com a qual este projeto esteve, desde o início, alinhado.

REFERÊNCIAS

BARRETO, L. et al. **Diário do hospício**, o cemitério dos vivos. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de editoração, 1993. p.143. Disponível em: <emhttp://www3.universia.com.br/conteudo/literatura/O_cemiterio_dos_vivos.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2014.

BENCHIMOL, J. L. **Pereira Passos**: um Haussmann tropical: a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, 1990.

CERQUEIRA, R. C. **Lima Barreto e os caminhos da loucura**: alienação, alcoolismo e raça na virada do século XX. 2002. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CHALHOUB, S. **Cidade febril**: cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CUNHA, M. C. P. O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo. In: **O espelho do mundo**: Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

Deleuze, G. Políticas. In: DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta 1998.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

JORGE, M. S. B et al. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun. 2014.

RODRIGUES, E. Raça e controle social no pensamento de Nina Rodrigues. **Múltiplas Leituras**, [s.l.], v. 2, n. 2, p. 81-107, 2009.

RODRIGUES, N. Mestiçagem, degenerescência e crime. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, 2008.