Universidade Estadual do Rio de Janeiro
Centro de Educação e Humanidades
Instituto de Psicologia

Laura Araujo Geszti

Coerção: política e tratamento para crianças e adolescentes usuários de drogas no Brasil

Rio de Janeiro
2018

Laura Araujo Geszti

Coerção: política e tratamento para crianças e adolescentes usuários de drogas no Brasil

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de título de Mestre ao Programa de Pós Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado Do Rio de Janeiro. Área de concentração: Pesquisa e Clínica em Psicanálise.

Orientador: Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

G393 Geszti, Laura Araujo.
Coerção: política e tratamento para crianças e adolescentes usuários de drogas no Brasil / Laura Araujo Geszti. – 2018.
78 f.

Orientadora: Luciano da Fonseca Elia.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Drogas – Teses. 3. Infância – Teses. I. Elia, Luciano da Fonseca. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

es CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Laura Araujo Geszti

Coerção: política e tratamento para crianças e adolescentes usuários de drogas no Brasil

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de título de Mestre ao Programa de Pós Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado Do Rio de Janeiro. Área de concentração: Pesquisa e Clínica em Psicanálise.

Aprovada em 11 de julho de 2018.

Banca Examinadora:

_____

Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia (Orientador)

Instituto de Psicologia – UERJ

_____

Profa. Dra. Ana Cristina Costa de Figueiredo

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

_____

Profa. Dra. Nympha Touza Lourenço do Amaral

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Rio de Janeiro

2018

AGRADECIMENTOS

Aos pacientes que suscitaram questões e me fizeram conhecer seus (e meus) territórios.

À ERIJAD, equipe da qual fiz parte por 05 anos e que constitui etapa fundamental da minha formação no campo da atenção psicossocial. Espaço que me possibilitou encontros de trabalho e pessoais. Ambos os registros me remetem à Andrea Moure, Ana Carmen Marinho, Paula Latgè, Erica Louredo, Lilian Galper, Valentin Heigl, Georgiana Gomes, Solanne, Josiele, Mariana Weil, Francisco Leonel Fernandes e em especial Julio Cesar Nicodemos. Sublinhando também a presença das residentes argentinas, Belén, Mercedes, Paula, entre os demais estagiários e pesquisadores.

Ao CAPS AD Alameda, em especial à Elisângela Onofre, assim como à Lorenna Souza, Aline Onofre, Maria Alice Bastos Silva, Waleska Borges e Alcenir Veras. Todos pela experiência da clínica AD.

À UERJ e ao Programa de Psicanálise. À CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior.

Ao Luciano Elia, meu orientador nesta pesquisa, mas também em outros espaços desde a minha residência em saúde mental junto ao IMAS Juliano Moreira até os dias de hoje.

Ao Laço Analítico Escola de Psicanálise, espaço de convergência da Psicanálise às temáticas do campo público em saúde mental entre outros que atravessam a vida e a *polis.*

À Monica Visco, quem acompanha minha jornada há pelo menos 20 anos, seguindo em sua aposta.

À Marina Fiorenza, com quem comecei dividindo a experiência do mestrado e hoje divido uma amizade de muitas palavras, presença e admiração.

Aos meus pais, Gabor e Mike e em especial à minha mãe por seu incansável otimismo, alegria e perseverança.

Ao Daniel e nossos improvisos, traduções e companheirismo.

As amigas queridas: Larissa Dahmer Pereira, Joana Ramalho Ortigão, Carmen Bersch e Julia G.

RESUMO

GESZTI, Laura Araujo. *Coerção:* política e tratamento para crianças e adolescentes usuários de drogas no Brasil. 2018. 78 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

A pesquisa desenvolvida partiu da experiência junto à ERIJAD – Equipe de Referência Infanto-Juvenil para Ação e Atenção ao uso de álcool e outras drogas – entre os anos de 2010 e 2015 para então empreender uma análise crítica do que vem se tornando a política oficial de drogas no Brasil, no que diz respeito às crianças e adolescentes. A proposta de acompanhamento dos casos junto a esta equipe de saúde mental se apresentava de modo distinto à condução que usualmente se identifica no campo público para o tratamento de drogas. Esta diz respeito, sobretudo, às ações de caráter coercitivo, configurando-se predominantemente por estratégias de abstinência e longas internações. Na contramão desta perspectiva, apoiada nos referenciais psicanalíticos, assim como nos da reforma psiquiátrica italiana, a ERIJAD se propunha ao particular de cada caso e ao seu cuidado no contexto da *polis* através da atenção psicossocial. As coordenadas de acesso ao sujeito e seu manejo foram encontradas a partir da metodologia da Psicanálise, considerando, sobretudo, a *transferência* e o *desejo do analista*. Através da apresentação de um caso clínico procurou-se demonstrar como a clínica psicanalítica na atenção psicossocial irá se forjar no *a posteriori*, se apresentando necessariamente avessa aos protocolos, reiterando assim a crítica frente às intervenções que se utilizam de estratégias prontas, as quais apresentam pouca efetividade na adesão aos cuidados identificados. Destacou-se neste ponto o advento da regulamentação da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) em 2011 e o *status* especializado que o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) então passou a ter. Não mais comportando a dimensão da contingência, uma das condições para a ascensão do sujeito, tal dispositivo passa a operar como os demais serviços, em seus diferentes setores, conduzindo suas práticas de modo a não incluírem o sujeito na cena. O elo das práticas coercitivas voltadas a determinados segmentos sociais, em seus diferentes níveis e expressões, se apresenta no contexto da presente pesquisa como índice analítico do que vem sendo proposto enquanto política pública às crianças e adolescentes usuárias de drogas no Brasil. Registros de experiências como as da ERIJAD procuram oferecer elementos que venham a contribuir criticamente às referidas práticas coercitivas, apontando os efeitos da clínica psicanalítica no cuidado e atenção no campo público de saúde mental.

Palavras-chave: Drogas. Infância e juventude. Psicanálise. Atenção psicossocial.

ABSTRACT

Geszti, Laura Araujo. *Coercion:* policy and treatment for children and adolescent drug users in Brazil. 2018. 2018. 78 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018..

The research undertaken was based on experience from 2010-2015 working with a public sector mental health team dealing with drug use by young people in Niterói (Infant-Juvenile Reference Team for Action and Attention to the Use of Alcohol and Other Drugs – ERIJAD),which provided the basis for a critical analysis of what has become the official drug policy in Brazil in the field of children and adolescents. The approach of ERIJAD towards cases that presented themselves was distinct from that usually adopted for drug treatment in the public sector, which is mainly based on coercive actions involving strategies of abstinence and long hospitalization. In contrast, ERIJAD proposed an approach based on psychoanalytical methods, supported by the italian experience of psychiatric reform, in which each case is addressed in the context of the *polis* through a strategy of psychosocial care. The methodology of psychoanalysis was used to access and deal with the subject, above all by considering the mechanisms of *transference* and the *wish of the analyst.* Through the presentation of a clinical case it is shown how the psychoanalytical process, which is forged *a posteriori,* is necessarily averse to pre-determined protocols, thus reiterating the criticism of interventions based on such strategies, which have little effectiveness in responding to the required care identified using a psychosocial approach. At this point, it is important to highlight the advent of national regulation of the RAPS (Network of Psychosocial Attention) in 2011, which gave a specialized status to the CAPS (Centre of Psychosocial Attention) that is argued to have formalized a service that mainly functions by applying protocols. Such a service leaves no room for contingency, one of the main conditions in psychoanalysis to allow the appearance of a subject, and so functions like services in other sectors that operate such that the subject is not considered in the scene. The link between coercive practices directed at certain social segments, in their different levels and expressions, is presented in the context of this research as an analytical index of what is being proposed as public policy for children and adolescents who use drugs in Brasil. Recording experiences as that of ERIJAD contribute to a critical analysis of the coercive practices, and suggest the beneficial effects of a psychoanalytical approach to care and attention in the public field of mental health.

Key words: Drugs. Coercion. Children. Adolescence. Psychoanalysis. Psychosocial care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 7

1 ***CRACK* E A POLÍTICA DO DEGREDO NO BRASIL** 15

1.1 **A droga e a perpetuação do arranjo social** 15

1.2 **O atávico mecanismo da coerção** 22

1.3 **Negros, pobres, desempregados e o *crack* no cenário dos sumidouros urbanos** 27

1.4 **Proposta para uma leitura crítica acerca dos marcos legais e políticas de drogas no Brasil.** 31

2 **EFEITOS DA REGULAMENTAÇÃO DA RAPS** 45

2.1 **Quando a saúde também faz eco à coerção** 45

2.2 **Protocolo e campo transferencial, efeitos divergentes na abordagem junto ao campo psicossocial** 50

2.3 **A aposta da psicanálise no sujeito e a localização deste método na política de saúde** 55

3 **ERIJAD, UMA OUTRA NARRATIVA PARA INTERFERIR NA CIDADE** 63

3.1 **O caso clínico enquanto índice operativo** 63

3.2 **Anagrama de um novo arranjo: de Luana à Analu** 66

CONSIDERAÇÕES FINAIS 70

REFERÊNCIAS 74

INTRODUÇÃO

O interesse que resultou neste trabalho foi suscitado a partir da minha prática clínica junto à ERIJAD – Equipe de Referência Infanto-juvenil para Ação e Atenção ao uso de álcool e outras drogas - serviço que compõe a rede de atenção psicossocial do município de Niterói, Rio de Janeiro, e que pretende articular os dispositivos necessários, nos mais diversos setores, para o cuidado de crianças e adolescentes usuários de drogas. A ERIJAD é uma equipe intersetorial ligada à coordenação de saúde mental e à Secretaria de Assistência Social, ambos geridos pela esfera municipal da política pública, tendo sido regulamentada através da portaria conjunta n° 1, de dezembro de 2008.

Ao longo dos quase cinco anos de trabalho junto a esta equipe, muitos impasses e questões surgiram; e aquelas que mais me inquietaram promoveram minha chegada a esta universidade para fins da investigação e da análise que aqui pretendo realizar sobre elas. A necessidade da pesquisa se impôs tal qual a direção freudiana indicada nas "Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise": "Uma das reinvindicações da psicanálise em seu favor é indubitavelmente o fato de que, em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem" (1996, vol. XII: 128). Há, portanto, um modo próprio à psicanálise para empreender sua investigação, com o qual me identifico e pelo qual pretendo me guiar.

A perspectiva e condução dos casos acompanhados junto à ERIJAD passaram a se diferenciar do que já se identificava como uma tendência dentro do campo público da saúde mental no que dizia respeito ao tratamento para o uso de drogas. Esta se configurava predominantemente em estratégias de abstinência e longas internações, sublinhando o caráter de privação e coerção.

A ERIJAD, por sua vez, sendo uma expoente da herança democrática basagliana empreendida pelo processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e tendo a psicanálise como bússola clínica, incluía todo o território como recurso de trabalho e a prerrogativa de que cada caso deveria ser tomado em sua singularidade, ou seja, a posição de cada sujeito diante ao seu uso de drogas e em relação às marcas/traços impressos em seus itinerários de vida. A singularidade dessas marcas determinantes da posição a qual cada sujeito usuário de drogas possui encontra na transferência seu manejo e possibilidade de trabalho, uma vez que, de acordo com a metodologia psicanalítica, só quando as marcas são endereçadas a alguém em posição de analista, se dispondo a recebê-las, é que o trabalho clínico se torna possível. Tendo, portanto, quem sustente esta função, qualquer contexto institucional – consultório, espaço público – se torna susceptível às intervenções psicanalíticas.

Por entender que o uso de drogas não se reduz à dependência química - categoria usada de forma tão ampla e indiscriminada neste campo - e sequer a implica de modo necessário - sendo antes um fenômeno complexo que transversaliza as várias dimensões da vida, reconhecemos justamente que as ações das diferentes políticas públicas têm impacto sobre ele. Os ventos que incidem sobre o campo da saúde mental no que diz respeito ao tratamento de seus usuários demonstra este aspecto. Cada vez mais as rédeas que dão a direção às questões relativas às drogas apresentam a marca da repressão; o reordenamento das cidades, principalmente a partir dos megaeventos internacionais sediados nas capitais do país e, sobretudo na cidade do Rio de Janeiro são capazes de demonstrá-lo. Citemos aqui como exemplo o *Pan Americano* em 2007, *Rio Mais 20* em 2012, *Jornada Mundial da Juventude* em 2013, *Copa do Mundo de Futebol* em 2014 e as *Olimpíadas* em 2016.

A expressão paradigmática deste encaminhamento no domínio que aqui nos interessa diz respeito às ações de recolhimento compulsório conforme empreendidas e regulamentadas neste mesmo município através da Resolução n° 20 da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social em 30 de maio de 2011. Segundo a normativa, crianças e adolescentes em situação de rua seriam abordados por instrumentos específicos da proteção social especial e, uma vez identificados em seus usos problemáticos de drogas, seriam levados para instituições de acolhimento especializadas ante a esta ocorrência. Sugerimos aqui que as repercussões destes outros campos das diferentes Políticas, as quais vêm a responder por outros princípios que não aqueles os da Saúde Mental, têm efeitos que fragilizam as conquistas advindas do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e suturam ainda mais as possibilidades de um trabalho clínico em sua acepção psicanalítica.

A crítica que propomos a estas práticas injuntivas situam-se no ponto em que as mesmas não só inviabilizam a sustentação da referida clínica, mas antes, na radicalidade desta pesquisa sugerimos que assim se configuram como mecanismo de controle voltado para uma população indesejável socialmente, a qual é foco sistemático de ações coercitivas e de tutela pelos diferentes orgãos de atribuição. As intervenções forçadas, norteadas pela direção que as políticas setoriais, públicas e privadas, assumem, cada vez mais anulam a dimensão do dizer sobre a condição de cada indivíduo interpelado, inviabilizando as condições mínimas para uma aposta no sujeito. Prerrogativa esta que institui o campo psicanalítico, o qual empreende seus esforços em produzir “lugares” possíveis onde este poderá “ser incluído”. O que se pretende em amplo senso será uma análise crítica da configuração que a atual política de drogas vem assumindo, incidindo diretamente no campo público da saúde mental para

crianças e adolescentes usuários de drogas, a partir da contribuição de uma experiência clínica e política levada a efeito junto a um dispositivo de cuidado do município de Niterói.

A ERIJAD se valerá justamente da psicanálise na direção de seu trabalho junto aos mais variados dispositivos que compõem a rede inter e intrasetorial de cuidados às crianças e adolescentes. Sua tarefa será provocar o deslocamento do conteúdo de uma narrativa que acredita saber sobre o "usuário de drogas" para um 'texto aberto', que parta de interrogações para se chegar às pistas de algo da ordem do sujeito.

Os equipamentos territoriais que compõem este Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente[1], como os Conselhos Tutelares, orgãos executores das medidas socioeducativas, instituições de acolhimento da Assistência Social e mesmo os próprios serviços da saúde mental, entre outros, expressam histórias destes jovens como mantras: repetições fenomênicas, quase que indiferenciadas, que passam ao largo do sujeito de quem pretendem falar. A ênfase no fenômeno da droga, tomado em sua aparição midiática e corriqueira, faz desaparecer justamente o sujeito que está marcado por ela. A ERIJAD pretende promover uma interferência neste senso comum da cidade, fazendo de sua prática um instrumento a vir interrogar os estigmas dirigidos a estes indivíduos, propondo que em seu lugar se construa a possibilidade de convidá-lo a contar a sua versão e elaborar junto a ele uma história singular.

Ao invés de uma marca que prescinda do sujeito, que o nomeie a despeito de sua fala, é preciso descobri-lo tal como propôs Freud ao retomar Leonardo da Vinci quando este se refere à arte da escultura. Seguimos com aquele ao abandonar determinado caminho, o qual deposita sobre o paciente elementos que não estavam ali anteriormente para tomar a via analítica que procura extrair justamente a forma que nele já se anunciava. A partir desta segunda vereda identificamos a possibilidade de tratamento, de pontos de apoio com efeitos de cuidado por derivarem de algo que lhes é propriamente constitutivo e não algo que poderíamos denominar de estrangeiro às suas condições.

Reconhecer a autoridade da narrativa destas crianças e adolescentes advém também da posição do analista indicada em *Linhas de Progresso na Terapia Analítica*, onde Freud sublinha que não é função daquele transformar seu paciente a sua "(...) própria imagem e verificar que isso é bom" (1996, vol XVII: 178). Trata-se aqui da aposta dos efeitos

[1] Tendo como marco normativo a Resolução n° 113 de 2006 que o CONANDA (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente) e a Secretaria Especial dos Direitos Humanos deliberaram conjuntamente. É preciso também citar que a intenção da participação plural de uma rede de cuidados já estava prevista no ECA (Estatuto da Criança e Adolescente - lei 8.069 de 1990) através de seu artigo de n° 86, o qual previa um atendimento descentralizado político e administrativo.

transferenciais, produzidos através do encontro do paciente e do analista sob determinadas condições, os quais portam legitimidade à versão daquele produzindo, a partir da localização do sujeito, certa organização subjetiva. A construção deste referencial, qualitativamente idiossincrático, acaba por se expressar no cotidiano prático e apresentar consequencias menos deletérias: esta pesquisa também se presta para os fins desta verificação.

Estas coordenadas gerais serão desdobradas em três capítulos que pretendem ao final contribuir para a discussão que se encontra em pauta pela sociedade acerca de metodologias na abordagem às questões atinentes às drogas e, consequentemente, sua incidência no fomento às políticas públicas de cuidados voltadas para uma clientela da qual até então o campo da atenção psicossocial havia se ocupado timidamente.

Se a Reforma Psiquiátrica Brasileira iniciou seu processo e consolidou seus dispositivos com e para pacientes ditos portadores de transtornos mentais graves e persistentes, foi só muito recentemente, a partir do "drama do *crack*" que ela encontrou-se efetivamente com os usuários de drogas e mais ainda, com crianças e adolescentes com problemas desta ordem e a necessidade de desenvolver estratégias que considerassem suas particularidades. Foi neste bojo, por exemplo, que surgiram os Consultorios de Rua, as Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenis, entre outros dispositivos.

Deste modo o primeiro capítulo partirá do contexto no qual se disseminou a idéia de uma dita "epidemia" de *crack*, justificando ações de caráter preponderantemente coercitivo, retomando as internações como primeiro e principal recurso, fossem elas nas ditas comunidades terapêuticas (predominantemente de caráter não laico e neopentecostal) ou nos próprios leitos psiquiátricos. Esta reedição da prática contra a qual a própria Reforma Psiquiátrica se insurgiu, como veremos, será corroborada por um discurso repressor análogo, porém em campos diversos - além do aqui já citado domínio da saúde - como o da assistência social (expressivo aumentos de medidas protetivas de acolhimento institucional de crianças e adolescentes cujo motivo se inscrevia sob a rubrica de uso de drogas) e o da segurança pública (incidindo no aumento da medida socioeducativa de internação no caso dos adolescentes, assim como, no caso da população adulta, no significativo aumento do sistema prisional).

Todos estes setores vêm sublinhando o caráter de força e coação, participando na produção de uma parcela da sociedade que optaremos por nomear nesta pesquisa de modo indistinto pelos substantivos segregados, excluídos, eliminados, marginalizados, aniquilados[2].

[2] Não nos propomos no presente estudo em aprofundarmos as nuances destes substantivos que derivam, por sua vez, de conceitos complexos e que se diferenciam entre si. Nossa intenção é apontar para práticas que se

Procurar-se-á demonstrar que a atual política intersetorial construída para "combater" o *crack* espelha a manutenção do arranjo social brasileiro: produzindo através de seus mecanismos o banimento da população pobre e negra para garantir os direitos civis de outro segmento social, historicamente privilegiado. Um breve inventário das ações oficiais nos assessora na sustentação de que as recentes políticas públicas voltadas para os usuários e *crack* são a expressão do que sempre se ofereceu a este grupo social em nosso país.

Procurando situar tal dinâmica diante de um contexto macro, apresentaram-se também experiências similares de outros países. No caso, remetemo-nos às políticas sociais estadunidenses voltadas à população de rua que também primavam em estratégias de cerceamento. Fizemos a opção por este referencial, considerando a influência política e econômica deste país no contexto ocidental, destacando o empuxo do Brasil, ao que parece, à condição colonizada em conduzir suas ações tal qual aponta seu mandatário. Buscamos compreender estas ações no seio das transformações sócio-econômicas que, no contexto do capitalismo, produz um excedente inapto ao consumo de bens e que através de alguns meios oferece os sumidouros urbanos como destino.

A partir de algumas pesquisas oficiais reconhecemos nesta população apartada o mesmo contingente selecionado historicamente para ocupar um lugar à margem. O fluxo que alimenta estes escoadouros é também chancelado por enunciados normativos, sublinhando dentre eles alguns marcos legais.

Iremos nos deter especialmente na Lei 11.343 de 2006, a Lei vigente de Drogas, na Portaria 3.088 de 2011 do Ministério da Saúde que regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), assim como alguns programas intersetoriais, como o '*Crack* é possível vencer!'. Buscaremos apresentar como estas diferentes políticas e setores convergem em desempenhos coercitivos e contribuem, dentre outros efeitos, para que a Redução de Danos, direção da política nacional para as questões condizentes aos cuidados em saúde dos usuários de drogas, perca cada vez mais seu estatuto oficial como bússola de orientação das políticas e práticas públicas de enfrentamento do uso abusivo de drogas. A repercussão é de um considerável aumento das vulnerabilidades sociais e a ratificação da exclusão social.

Considerando a paisagem das políticas públicas para infância e juventude através da proposta psicanalítica em se prestar à identificação das estações onde o sujeito tenha baldeado, o segundo capítulo pretende se haver com esta categoria. Identificá-lo na

---

fazem presentes em diversos campos, as quais apresentam como desfecho o não acesso de uma parcela da população aos seus direitos civis mínimos. A respeito da distinção entre os termos relativos à segregação sugerimos a dissertação de mestrado de Waleska Cheibub "O tratamento atual do mal-estar na cultura: toxicomania e segregação".

psicanálise para então verificar a incidência de seus rastros. O conceito de sujeito nos servirá como recurso de análise frente à RAPS, marco emblemático da política de saúde mental capaz de transmitir a degradação sofrida pela atenção psicossocial. Neste contexto normativo, o CAPS é compreendido como um dispositivo *especializado,* demitindo-se então a possibilidade de seu interesse pelo que pode ser relativo ao sujeito.

Percebemos aí uma relação impossível, seja pela herança basagliana que partia da negação justamente de uma instituição especializada da saúde, o hospício, ou o campo referendado para dele cuidar, a psiquiatria. A impossibilidade está ainda sublinhada pela psicanálise ao ponto em que ela se refere ao sujeito desde o seu ineditismo, incongruente, portanto, com o domínio de todo especialismo, na medida em que a psicanálise não admite a aplicação de um saber prévio ao sujeito, próprio às especialidades. A este modo não compatível à clínica – especializado – chamaremos também de *protocolar* e traremos como exemplo o caso de Luana, eleito para o exame em questão.

Em oposição a esta dinâmica, apontamos para alguns *princípios* os quais acreditamos terem sido determinantes para que houvesse uma maior viscosidade entre política e clínica e que vicejou por um determinado período no cenário da saúde mental no Brasil. Alguns psicanalistas que os sustentavam em suas práticas no campo público foram, inclusive, responsáveis pela construção de dispositivos mais permeáveis aos acidentes do sujeito. Referimo-nos aqui especialmente à ocasião da fundação de alguns dispositivos como é o caso dos CAPSIs[3].

Diante da transformação deste quadro nos deparamos com algumas questões: como a condição contingente da clínica proposta pela psicanálise poderá caber nos protocolos especializados? Como então operacionalizar uma política pública em saúde mental que inclua a perspectiva desta clínica do sujeito? Quais seriam as condições mínimas para tanto?

O terceiro capítulo se oferece à transmissão de uma experiência, a da ERIJAD, pautada justamente no esforço em sistematizar o cuidado a partir de uma metodologia psicanalítica, verificando seus efeitos no território da cidade e do sujeito. O caso de Luana nos ajudará para isso, apontando as possibilidades construídas com ela acerca do seu uso abusivo de *crack* e as demais vulnerabilidades e particularidades que compunham sua biografia. Procurar-se-á identificar os aspectos que se mostraram relevantes na condução para a direção do seu tratamento. A partir de um acompanhamento de mais de quatro anos foi

[3] Referimo-nos especialmente a fundação do primeiro CAPSI do Brasil, o Pequeno Hans, no Rio de Janeiro. Sua experiência demonstra os efeitos na política de assistência à saúde mental quando há o reconhecimento pleno da clínica, do sujeito, suas marcas e as conseqüências do aceite pelos analistas que lá trabalhavam em tomá-los como índices para seus tratamentos.

possível o deslocamento de um percurso que entendíamos como *errante* para outro que aqui chamaremos de *nômade*.

O reconhecimento e a aposta em alguns pontos como potenciais ancoragens favoreceram estas transformações. Diante de uma adolescência vivida predominantemente nas ruas, em condições de extrema violência física e subjetiva, foi através da experiência da maternidade que Luana pôde colocar algumas questões. Perguntas estas tomadas como guia na direção das ações a serem então traçadas. Acompanhar Luana em sua trajetória, até o ponto em que fomos, fez-nos reconhecer junto ao método proposto um recurso lógico e fundamental na promoção de cuidados aos jovens no contexto público de assistência.

Podemos dizer que a ERIJAD, através de seu trabalho clínico, favoreceu o reconhecimento do sujeito, contribuindo para o processo de cuidado e organização de Luana. Prática validada no âmbito dos processos de atenção psicossocial, indo além das cartilhas sanitárias, tendo impacto também sobre à cidade e o modo com esta se coloca na lida de casos como este. Diante de impasses sucitados pelo real do seu corpo, ao se encontrar grávida, Luana atualiza o "horror social", aquilo que não se suporta neste laço: ostentar no mesmo ato sagrado da gestação, o profano gesto da drogadição. O paradoxo que se anuncia ao dar à luz e às trevas ao mesmo tempo convoca a clínica na atenção psicossocial e faz-se a escolha por aquela que possui a psicanálise como um de seus instrumentos orientadores.

Com Freud inaugou-se a condição de guia que o paciente possui em todo o tratamento. No caso de Luana esta proposição foi norteadora ao longo dos anos em que foi acompanhada pela ERIJAD. O trabalho junto a ela nos atentou a repensar as práticas conduzidas junto aos usuários de drogas, destacando seu aspecto político ao sublinhar a interrogação acerca de suas abordagens, deve-se tomar a droga como elemento *prínceps* ou como legado acessório?

Diante do que pudemos construir com Luana tomamos seu uso como **acessório** e o entendemos como meio através do qual pudemos ter **acesso** a algo, a alguém, a ela. Esta dimensão secundária, sem com isto desconsiderar as consequências reais e graves que o abuso de substâncias pode ter para um bebê, assim como para a própria mãe, passou a ser considerada como metodologia de trabalho.

Conforme já anunciava Lacan em 1958, na *Direção do Tratamento e os Princípios de seu Poder,* **suportar** isso não pode estar apenas a cargo do paciente, mas também inclui o analista com a quota que lhe cabe. Todos portanto, estão envolvidos a pagar cada qual com seu quinhão: paciente e analista. O "horror social" é o deserto de oportunidades em não se ter com quem compartilhar e dividir este preço. Na radicalidade da maternidade e em muitas outras passagens da vida, a ERIJAD e outros dispositivos que a isto podem se prestar –

dividir o quinhão – é o que se pode fazer para se suportar as consequências à evocação do sujeito.

1 *CRACK* E A POLÍTICA DO DEGREDO NO BRASIL

1.1 A droga e a perpetuação do arranjo social

Presenciamos, sobretudo nos grandes centros urbanos, um declarado estado de prontidão das forças do Estado para o combate ao *crack.* Este fenômeno não pode ser tomado na vertente de um mero desafio a ser empreendido diante às mazelas deste "grande vilão", mas antes, nos força à leitura do que esta conjuntura coloca em disputa e conflito de forças e interesses.

As mídias veiculam com grande alarde relatos e imagens das ditas *cracolândias,* dos corpos definhados de alguns de seus usuários que se misturam à fumaça e ao abandono sombrio destes espaços da cidade. A legenda que a define corrobora à falsa noção de sua epidemia e apresenta soluções simplistas, fruto de um entendimento reducionista acerca da questão. A ênfase na perniciosidade da substância psicoativa evoca apenas a dimensão da dependência química, excluindo o contexto de vida de seus usuários, sua série histórica e mesmo aquilo que estes têm a dizer a respeito da droga e de si. Pretendemos demonstar com esta pesquisa como esta exclusão inclui a supressão do sujeito e os efeitos daí advindos. Não à toa apontam para o binômio abstinência / (longas) internações como resposta, demonstrando creditar fundamentalmente ao afastamento da substância a solução para a questão.

Concordamos com Andréa Costa Dias (2012) quando sublinha a necessidade de atentarmos aos discursos vigentes, formadores de opinião, que irão balizar a compreensão e o encaminhamento do tema:

> As vicissitudes do consumo de crack merecem uma cuidadosa apreciação crítica de suas condições de surgimento e recrudescimento no cenário contemporâneo. É premente problematizarmos os efeitos e as implicações concretas dos enunciados e discursos reiteradamente veiculados na mídia, no sentido de reconhecermos suas contribuições ao imaginário social e às medidas adotadas para o enfrentamento da questão (DIAS, 2012, p. 7).

Sem dúvida, o *crack* merece lugar de destaque nas discussões de interesse público e social. No entanto, que aspectos devemos privilegiar para não corrermos o risco de utilizá-lo como argumento para manobras de criminalização da pobreza e exclusão da diferença? Apesar *da pedra* ter aparição em nosso país em meados de 1990[4], apostamos que questões relativas a ela remontam às bases da formação de nossa sociedade: o *crack* parece ser mais

[4] Segundo levantamento de Rui (2014: 29) a droga surgiu inicialmente na capital paulista – 1987/1990. Posteriormente em Campinas – 1992,Belo Horizonte – 1995 e no Rio de Janeiro somente em 2000.

um elo na longa corrente de premissas utilizadas para manter a estrutura Casa Grande - Senzala[5]. Não é à toa que a maior pesquisa realizada sobre o assunto no Brasil apontou o usuário "não branco" (conforme terminologia do estudo citado) [6] como seu maior consumidor. Os meios de comunicação, por sua vez, ao abordarem a questão do *crack* divulgam reiteradamente cenas que associam seu uso a pessoas em situação de rua, aos indivíduos que não conseguem se inserir no mercado formal de trabalho, "zumbis" que representam perigo para os demais "cidadãos do bem". Será justamente este grupo social o foco de políticas públicas marcadamente repressoras, seja no campo da saúde, da assistência social, e mais declaradamente da segurança pública.

Deste modo acreditamos que o fenômeno *crack*, conforme figura no cenário atual brasileiro funciona como um *bode expiatório*: as respostas predominantemente coercitivas desviam a atenção de questões fundamentais que participam de sua gênese e de seu processo. A este respeito, segundo Escohotado (2004), a palavra grega *phármakon* para designar *droga* difere apenas na acentuação e na última letra de *pharmakós*, que justamente tem aquela significação - *bode expiatório.* Este curioso deslocamento, tradutor e promotor de nossa reflexão serve de alerta para os encaminhamentos que são empreendidos e nos convoca a outro posicionamento diante do que acreditamos estar efetivamente em jogo. Diante da questão do *crack* - e dos demais *phármakons* – apostamos que as possibilidades de respostas gravitam sobre o domínio de uma certa verdade (aquela do sujeito, como veremos no segundo capítulo) e não das manobras que, em nome do "cuidado", encarceram, internam e reeditam práticas que supúnhamos banidas desde as importantes transformações que ocorreram no campo da psiquiatria no Brasil.

Sobre o discurso enunciado e as consequencias de sua enunciação, podemos encontrar em Rui (2014) e Dias (2012) alusão à campanha do ano de 2010 do próprio Ministério da Saúde: "Nunca experimente o *Crack*, ele causa dependência e mata". A ênfase na nocividade da droga segundo esta última autora

> (...) se encontra muito além de uma bem-intencionada questão de zelo. O direcionamento da problemática a partir dessa tonalidade de discurso traz sérias implicações práticas, na medida em que fornece autorização (ou a justificativa) para a adoção de medidas contundentes e pouco criteriosas – quase indiscerníveis do

[5] Alusão à obra literária de Gilberto Freyre, publicado pela primeira vez em 1933. O estatuto de importância sociológica deste trabalho teve tamanha repercussão que o título, Casa Grande – Senzala pode servir de adjetivo para ilustrar os dois polos que compõem a sociedade brasileira: os senhores de engenho de origem portuguesa e os escravos, de raízes africanas e indígenas.

[6] Trata-se da Pesquisa Nacional sobre o uso de *crack* realizada pela Fiocruz em parceria com a SENAD. Iremos ainda mencioná-la neste capítulo. Por ora, é relevante destacar o percentual de 78,7% de usuáriosnão brancos por ela verificado.

> controle e da tutela – que surgem transfiguradas sob uma suposta roupagem protetora (“proteger da droga”). As propostas de internação compulsória “em série” ganham força a partir dessa vertente discursiva, e tendem a encontrar apoio no medo que advém do estabelecimento desse tipo de associação. (DIAS, 2012, p. 32)

Recordemos com Castel (1991) que o asilo - sinônimo de proteção em seu sentido de abrigo - apareceu na paisagem das cidades e fora regulamentado no início do século XIX na França com a promessa de assistência a uma população específica, então denominada de alienados. Um dispositivo criado em vistas a amparar os considerados insanos. Reconhecemos a relevância de tecnologias criadas, cada qual à sua época, com o intento de portar cuidados àqueles considerados mais vulneráveis.

Dispositivos como os asilos cumpriram sua função neste aspecto. Porém, sua *performance* não se reduz apenas a este escopo. Outras dimensões e os efeitos a elas associados podem ser apontados, procurando demonstar as complexas modificações que as políticas sociais e suas instituições podem promover. Consequências paradoxais que, mesmo imbuídas das melhores intenções podem também gerar o recrudescimento das vulnerabilidades e sublinhar nuances deletérias que, por sua vez, a partir de uma leitura possível, servem para garantir o *status quo* vigente. O qual, necessariamente, designa “lugares” para cada peça de sua engrenagem.

A este respeito tomamos de Fleury (1994, p. 109) a concepção de *cidadania invertida;* com ela temos sintetizada a idéia de um Direito adquirido a partir de uma condição de exclusão. Segundo palavras da própria autora “(...) o indivíduo ou grupo-alvo passa a ser objeto da política como consequência de seu próprio fracasso social.” Dispondo do exemplo logo acima aludido podemos dizer que os ditos alienados passaram a acessar determinados cuidados, após sua entrada e permanência em um devido espaço, restritivo e regulado, o asilo. Não será a proposta desta pesquisa esmiuçar esta relação social apontada, porém consideramos relevante que em algum nível esta questão seja incluída, contribuindo assim para análise de nosso tema. O desempenho das instituições, compreendidas enquanto materialização da sistemática social voltada para determinado campo / segmento / objeto, pode ter muitas e diferentes repercussões.

Amparados também por esta perspectiva somos levados a reconhecer que o circuito de ações tomadas no contexto do *crack,* em suas qualidades predominates de força e compulsoriedade, não representam expressões de cuidado. A discriminação e o especialismo podem ser iatrogênicos e o testemunho de Franco Basaglia ao visitar em 1979 o maior hospício do Brasil, na cidade mineira de Barbacena, é capaz de transmiti-lo: “Estive hoje num

campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta". (ARBEX, 2013, p.15).

A proposta da reforma psiquiátrica italiana traz, em seu ineditismo e potência, este préstimo: quando nos deparamos com um segmento apartado, podemos através dele "ter notícias" do todo: hegemonia e subordinação. Esta dialética, imbricação inerente aos processos sociais, serve como motor para as ações que apostamos serem necessárias para as transformações aspiradas.

> Não se pode transformar uma realidade dramática e opressora sem violência polêmica, nos confrontos com aquilo que se quer negar, incluindo na crítica os valores que possibilitam e perpetuam a existência de uma tal realidade. (BASAGLIA, 2001, p. 9)

A forçagem na direção de um ambiente supostamente protegido justifica-se como sendo melhor do que o espaço da rua mediante ainda a propagação da ideia de impossibilidade de autodeterminação e perigo oferecida por aquele que faz uso da substância psicoativa. Segundo Souza e Carvalho (2015) o discurso do usuário de drogas nunca foi considerado como politicamente válido, ao contrário, é comumente tomado no âmbito da criminalização, da condenação moral: culpado, arrependido, criminoso, réu[7].

Em nome disso, ratificam-se as predominantes estratégias de longas internações e abstinência, conjugadas às intervenções na área da segurança pública que anunciam portar, desta maneira, salvaguarda ao restante da população.

No Rio de Janeiro, as ações de recolhimento forçado são expressão paradigmática desta abordagem. Desta vez seu início oficial foi através da resolução n° 20, de 27 de maio de 2011, executada pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social em cooperação com demais agentes públicos do Estado (Polícia Militar) e do município (Guarda Municipal e Companhia Municipal de Limpeza Urbana – COMLURB). Segundo a normativa, que criou o Protocolo de Serviço Especializado em Abordagem Social, crianças e adolescentes em situação de rua seriam interpelados por instrumentos específicos da proteção social especial e, identificados em seus usos problemáticos de drogas, seriam levados para instituições de acolhimento especializado, relacionando o abrigo a um espaço de tratamento para

[7] Podemos dizer que este discurso foi historicamente construído pelos EUA, culminando em 1961 na Convenção Única Sobre Drogas Narcóticas. Esta, por sua vez, participou do pacto internacional que instituiu o combate às drogas. Na ocasião a maconha era considerada a "droga da morte". Podemos entender que o *crack* atualmente entra nesta série de drogas que a cada tempo surge como "o grande mal a ser eliminado". Importante sinalizar que os norte-americanos relacionavam o uso da maconha aos segmentos populacionais que consideravam "problemáticos", os mexicanos e os negros. Por aproximação, o *crack* hoje no Brasil está associado à população pauperizada, principalmente aquela que se encontra em situação de rua.

"dependência química" [8], criando, inclusive, um equipamento no âmbito da Política de Assistência Social contrário ao que preconiza as normativas do próprio CONANDA[9] e pervertendo as diretrizes da atenção psicossocial que entende os dispositivos de saúde como a estratégia em destaque para o cuidado voltado a esta população.

O modo como a referida Resolução foi executada torna clara sua intencionalidade: o fluxo do recolhimento previa, antes da oferta de tratamento, a condução dos adolescentes à Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente (DPCA) para verificação de mandado de busca e apreensão e havendo este, o direcionamento para o sistema socioeducativo [10]. Cabe ainda citar, de modo que fiquem ainda mais evidentes as conseqüências destas intervenções: mesmo que as crianças e os adolescentes não apresentassem indícios relativos ao abuso de substâncias seriam de qualquer maneira retirados dos espaços públicos, conforme podemos observar em um dos parágrafos do artigo 5° do documento mencionado:

> § 4º: Não obstante o previsto nos §§ 2º e 3º deste artigo, a criança e o adolescente acolhidos no período noturno, independentemente de estarem ou não sob a influência do uso de drogas, também deverão ser mantidos abrigados/acolhidos de forma compulsória, com o objetivo de garantir a sua integridade física.

Apesar de se dizer uma política protetiva voltada a um público compreendido, conforme prevê o artigo 4° da Lei 8.069 de 1990 (Estatuto da criança e do Adolescente – ECA) de absoluta prioridade devido às suas condições especiais de desenvolvimento, a Resolução n° 20 opera promovendo danos e não os reduzindo. Seu funcionamento expõe de forma sistemática estes jovens, já em situações de grandes vulnerabilidades, a espaços cada vez mais restritivos, onde a restituição de possibilidades para uma vida com melhores oportunidades se torna ainda mais rarefeitas. Ambientes nos quais, podemos dizer, o disparate ocorre sob a chancela do Estado, ofuscado pelo intento do Bem, promovendo o desmantelo e a perpetuação de vidas serializadas.

Como já anunciamos (porém as circunstâncias atuais nos impelem a repetir) os aparatos criados para o "cuidado" exigem que coloquemos as aspas, uma vez que têm servido a fins outros que não o compromisso na oferta de assistência em saúde (aquela que

---

[8] Mais tarde, em outubro de 2012, a Prefeitura Municipal anunciou que a política de recolhimento e internação compulsórios seria utilizada também para adultos.

[9] Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente é um órgão colegiado permanente de caráter deliberativo e composição paritária, previsto no artigo 88 da lei no 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

[10] Em seu artigo 5º encontra-se: "São considerados procedimentos de Serviço Especializado em Abordagem Social, devendo ser realizados pelas equipes CREAS/Equipe Técnica/Equipe de Educadores: XV – acompanhar todos os adolescentes abordados à Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente – DPCA, para a verificação de existência de mandado e busca e apreensão a após acompanha-los à Central de Recepção para acolhimento emergencial;"

acreditamos se converter em alguma organização para o sujeito). Podemos acompanhar Michel Foucault (1978), ao demonstrar em sua obra *História da loucura na idade clássica*, quais as figuras sociais que ocuparam ao longo de um período os espaços designados para o "zelo", mas que preponderam pelo aspecto de segregação.

> Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e 'cabeças alienadas' assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que o excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão – essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social (...). (FOUCAULT, 1978, p. 6)

O usuário de drogas que compõe o cenário das ruas, que ocupa os espaços abandonados e públicos da cidade, perpetua esta série. A ele se atribui o discurso da necessidade de contenção e exílio a partir do tratamento nas chamadas comunidades terapêuticas[11]: o que nos parece ser a nova versão dos leprosários e dos hospícios.

Barreto (2013) em seu artigo intitulado "Análise da Estratégia de internamento compulsório para usuários de *crack* em situação de rua no Brasil" irá demonstrar como este lugar hoje ocupado pelo usuário de *crack* se vincula à expressão da discriminação no contexto brasileiro ao longo dos últimos dois séculos. Avaliamos relevante, antes do esclarecimento do autor sobre as primeiras ações de políticas públicas voltadas para usuários de drogas no país, apontarmos com Souza e Carvalho (2015) as origens das internações compulsórias oficiais no ocidente. Estas remontam ao século XVIII, quando o Bispo Charles Brent liderou uma das primeiras iniciativas antidrogas nas Filipinas, na então intitulada Guerra do Ópio. A busca por esta substância era o argumento econômico utilizado pelos ingleses para encarcerar as raças ditas inferiores e os degenerados. O discurso sustentado sugeria que a droga fosse uma verdadeira ameaça à espécie humana.

---

[11] As comunidades terapêuticas tiveram sua origem na Inglaterra em meados do século XX, no período do pós-guerra, e tiveram na figura de Maxwell Jones seu mais proeminente ator. Este modelo de reforma psiquiátrica pretendia intervir nos asilos, transformando as precárias condições que estes se encontravam à época. Buscava-se fazer com que aquele espaço fosse de convívio e portasse características físicas e relacionais mais dignas. O aspecto mais relevante do movimento inglês estava nas propostas terapêuticas que aproximavam os pacientes dos funcionários através de atividades coletivas chamadas de assembléias. A idéia estava na gestão compartilhada do hospital: pela comunidade dos usuários do serviço de saúde, assim como de seus trabalhadores. As comunidades terapêuticas que surgiram nos últimos anos no Brasil possuem outro caráter. Em geral, apresentam cunho marcadamente religioso (neopentecostal) e estão voltadas para os usuários de drogas, (adultos e crianças). Poderíamos mesmo dizer que as chamadas comunidades terapêuticas contemporâneas têm um caráter oposto às de Maxwell Jones, o que nos leva a suspeitar de que o uso da mesma expressão para designar formas antitéticas de intervenção não seja anódino, mas faça parte do que podemos denominar uma perversão do uso dos termos, visando a encobrir a diferença e fazer surgir a ilusão de semelhança nos incautos.

No Brasil, a administração pública relativa à questão das drogas se deu em concomitância ao surgimento do primeiro hospício em 1852, na então capital, Rio de Janeiro. Tratava-se de uma resposta ao apelo da sociedade da época, que incluía os usuários de drogas na grande categoria intitulada de alienados:

> Há claras indicações de existência de uma pressão social no sentido da internação dos alienados, de sua retirada das ruas, ação operacionalizada através das autoridades policiais, nas capitais e no interior das províncias. O processo de institucionalização dos alienados foi marcado pela construção de uma opinião pública consensual quanto à necessidade e, sobretudo, quanto à legitimidade de sua reclusão em hospícios públicos. (BARRETO, 2013, p. 7)

Em 1903 temos o primeiro decreto da República – de n° 1.132 - com fins a indicar um tratamento diferenciado ao alienado, que não mais poderia ocupar as prisões. Isto não representava a garantia de um interesse público que se comprometia verdadeiramente com os cuidados em saúde e proteção, configurando-se sobremaneira como um aparato legal que se ocupava da ordem pública através do recurso das internações compulsórias. Seguindo com Barreto (2013), ele sublinha o surgimento, em 1920, da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) como uma organização que consolidou o discurso da psiquiatria higienista brasileira:

> Sua formação discursiva baseava-se na luta antialcoólica, no controle de reprodução e da sexualidade, controle de imigração, na noção de nacionalidade, de questões raciais, assistência a alienados, trabalho terapêutico, educação escolar (BARRETO, 2013, p. 8).

Seguindo na esteira dos acontecimentos históricos, temos ainda o decreto n° 20.930 do ano de 1932 que tornava compulsória a notificação das toxicomanias como doença e legitimava sua internação, caso a ordem pública assim considerasse conveniente aos seus propósitos e valores. A este respeito, segundo Siqueira (2006, p. 51) em seu artigo de n° 45 pode-se ler: "(...) que o toxicômano ou intoxicado habitual precisava de tratamento, estando sujeito a internação facultativa ou obrigatória, por tempo determinado ou não." No referido decreto ainda temos a previsão de uma delação premiada, na qual, mediante a determinação de um juiz, os bens do toxicômano ficassem acautelados e ele enviado a uma "Colônia de Alienados": "O delator ganancioso e sem escrúpulos recebia como prêmio os bens do internado e a tranqüilidade em saber que o regresso e a recuperação deste era realmente improvável" (SIQUEIRA, 2006, p. 52). Em 1938, um novo decreto - o de n° 891 - continuava por corroborar o exílio dos usuários de drogas - guardados nos hospícios - a partir da proibição de seu tratamento no espaço domiciliar.

Importante notar que neste contexto o usuário de drogas era compreendido no âmbito da doença e a ele oferecido os recursos sanitários que o período entendia como adequados. A

tônica era na "cura", os protagonistas deste processo eram os alienistas e os meios utilizados se relacionavam ao universo médico-hospitalar, que, diga-se de passagem, primava pela assistência coercitiva. Portanto, mesmo que a lógica da criminalização ainda não vigorasse oficialmente, a oferta do "cuidado" em forma de castigo poderia ser considerada pior do que a condenação penal, uma vez que as internações psiquiátricas poderiam ser por tempo indeterminado e as sanções penais não.

O golpe militar de 1964 e seu recrudescimento em 1968 com o Ato Institucional n° 5 influenciaram o teor da legislação voltada para a questão das drogas, sublinhando uma concepção belicista, enfatizando o caráter criminalizante em detrimento da doença. "Isso não significa que os estereótipos criados pelo modelo sanitário tenham sido completamente abandonados, porém, o que caracteriza este novo modelo é a utilização de métodos de guerra" (SIQUEIRA, 2006, p. 54). Será possível então, nos anos subseqüentes, identificar um êxodo institucional de pessoas envolvidas com drogas do hospício para a prisão. E ainda, em instituições híbridas - propomos aqui situar as comunidades terapêuticas religiosas e privadas - que comportam aspectos de ambos: o anseio pela cura através do isolamento e abstinência, associados ao rigor punitivo moral.

A partir deste breve inventário das ações baseadas em normativas oficiais é possível localizar os recentes dispositivos das políticas públicas voltadas para os usuários de *crack* em situação de rua (recolhimentos compulsórios e projetos de leis[12] com conteúdos afins), como a expressão atual do que sempre se ofereceu a este grupo social em nosso país.

1.2 **O atávico mecanismo da coerção**

Diante do que constatamos se faz pertinente a tarefa de identificar alguns mecanismos que fazem reproduzir antigas, porém renovadas práticas de contenção em direção ao segmento referido. Iremos nos delimitar aos processos que os colocam à margem da sociedade através das ditas ações do campo da saúde mental articulada à assistência social. Este recorte se justifica pela localização da nossa prática clínica diante da questão. A escolha em sublinhar os recolhimentos forçados[13] não o privilegia diante de tantas outras modalidades de exclusão que

---

[12] Como o Projeto de Lei 7663 de 2010 que devido a sua representatividade enquanto retrocesso será tratado mais detidamente ao final deste capítulo.

[13] Escolhemos utilizar o termo internação *forçada* ao invés de *compulsória* uma vez que os recolhimentos que têm acontecido na cidade do Rio de Janeiro não respondem às exigências do artigo 8° da lei 10.216 que justamente oferece diretrizes para este tipo de procedimento clínico. Apesar disto, o destino de muitas pessoas em situação de rua e que fazem uso de substâncias psicoativas têm sido internações clínicas

compõem seu amplo repertório. Podemos citar, dentre elas, as que se relacionam diretamente com o tema das drogas consideradas ilícitas, como as prisões para a população adulta e as medidas socioeducativas em caráter de privação de liberdade para os adolescentes. Práticas que também vêm se recrudescendo nos últimos tempos[14]. O que pretendemos com isso dizer é que os mecanismos de exclusão estão voltados para o mesmo grupo de pessoas, se apresentando, porém, de maneira diferenciada de acordo com seu escopo de atuação.

A este respeito cabe citarmos Wacquant (2007, p. 20) quando este nos diz que as sociedades contemporâneas apresentam três estratégias para lidar com o que chamou de condições e condutas "(...) indesejáveis, ofensivas ou ameaçadoras" e como certamente a maior parte da sociedade brasileira enquadra os usuários de *crack*. A *medicalização*, citada por ele como uma delas é aquela em que desejamos nos debruçar, entendendo-a como exercício dos atores do campo da saúde que fazem converter a complexidade de uma questão social em condensada patologia individual. A outra compete à *socialização*, entendendo o problema na própria estrutura da engrenagem social, oferecendo como antídoto neoliberal algum poder de consumo para que assim seja possível acessar condições mínimas de sobrevivência (como moradia, alimentação entre outras). A *penalização*, a qual o autor se compromete a esquadrinhar ao longo de sua obra *Punir os pobres – a nova gestão da miséria nos Estados Unidos* é a estratégia que planeja reduzir ao mínimo a cidadania. A seu respeito profere que ela

> (...) serve aqui como uma *técnica para a invisibilização dos "problemas" sociais* que o Estado, enquanto alavanca burocrática da vontade coletiva, não pode ou não se preocupa mais em tratar de forma profunda, e a prisão serve de lata de lixo judiciária em que são lançados os dejetos humanos da sociedade de mercado. (WACQUANT, 2007, p. 21)

Estas três modalidades funcionam de forma dinâmica e inter-relacionadas sendo que, segundo Wacquant (2007), a *medicalização* pode ser utilizada em destaque para condução à criminalização uma vez que opera ratificando o caráter restrito da causa, a saber, o

---

irregulares (em sua maioria de caráter asilar) respaldadas pelo aparato público, infringindo a própria lei da Reforma Psiquiátrica.

[14] Segundo o diagnóstico do Conselho Nacional de Justiça sobre pessoas presas no Brasil, este já figura no quarto lugar do ranking de países que mais encarceram no mundo, só perdendo para os Estados Unidos, China e Rússia. Segundo o Departamento Penitenciário Nacional, ligado ao Ministério da Justiça o aumento do aprisionamento no Brasil de 2008 a 2014 foi de 33%, apresentando tendência contrária aos demais países citados. Em relação aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas o Relatório da Infância e Juventude produzido pelo Conselho de Nacional do Ministério Público em 2013 identificou um aumento dos jovens que cumpriam esta medida nas modalidades de internação (privação de liberdade, fosse ela definitiva, provisória ou internação-sanção) e semiliberdade. Em 2011 eram 19.595 indivíduos e no relatório supracitado já são 20.081.

comportamento "desviante" do indivíduo. As vicissitudes deste entendimento apontam, segundo o sociólogo, para um equívoco uma vez que assim se reforça a ideia de que

> (...) a gestão policial e carcerária é o remédio ótimo, o caminho real para a restauração da ordem sociomoral na cidade, senão o único meio de garantir a "segurança" pública, e que não dispomos de nenhuma outra alternativa para conter os problemas sociais e mentais provocados pela fragmentação do trabalho assalariado e pela polarização do espaço urbano (WACQUANT, 2007, p. 23).

A contribuição da antropóloga Arline Mathieu através de sua pesquisa de campo intitulada *The Medicalization of Homelessness and the Theater of Repression*[15] (1993) nos auxilia no reconhecimento das questões envolvidas na identificação da população em situação de rua, uma vez que no caso citado, as ações do Estado se valeram do saber médico para lançar mão de estratégias conforme já apontadas por Wacquant (2007). Em seu estudo empreendido durante a década de 80 do século passado na cidade norte-americana de Nova Iorque ela se perguntava acerca do aumento de pessoas em situação de rua, fato que só havia se verificado da mesma maneira alarmante durante o período da Grande Depressão[16]. Sua pretensão era examinar como a política municipal daquela cidade relacionava doença mental à ampliação daquela referida população e como a mídia reforçava esta associação. A hipótese que Mathieu (1993) defendia era que a manobra de tornar (através de ações oficiais públicas endossadas pela grande imprensa) a *medicalização* necessária para lidar com uma população cada vez maior e mais vulnerável encobria a real causa daquele cenário, segundo ela, a conjuntura socioeconômica. Afinal de contas tratava-se da era Ronald Reagan (1993, p. 171), a qual em seus primeiros anos empreendeu um significativo corte nos programas federais como o seguro desemprego, previdência social e assistência pública às famílias mais vulneráveis. Os ventos neoliberais deslocavam as despesas do Estado nas áreas social e urbana para investir em iniciativas privadas e de lucro. Devido à recessão industrial as taxas de desemprego elevaram-se consideravelmente gerando comunidades mais vulneráveis, principalmente entre os negros daquele país (HART, 2014, p. 26).

Ao longo de sua extensa análise em periódicos de renome como *New York Times*, *The Guardian* e *Village Voice* assim como nas normativas legais que traduziam a direção da política municipal da época, a autora verificou que o argumento utilizado para o recrudescimento das remoções dos espaços públicos era a suposta identificação da doença

---

[15] '*A medicalização das pessoas em situação de rua e o teatro da repressão'*, tradução livre.

[16] Considerado o período de mais intensa e persistente recessão econômica do século XX, tendo como marco o ano de 1929 e seguindo por toda a década de 30 até a 2° Grande Guerra. Como consequência, as altas taxas de desemprego geraram uma grande crise social não só no Estados Unidos, mas também em alguns países europeus, como a Alemanha, Itália, Reino Unido, além do Canadá e Austrália.

mental na população em situação de rua. Os dados traduzem a narrativa: se em janeiro de 1981 os abrigos públicos acolhiam cerca de 500 famílias, em dezembro de 1989 já se somavam 3.300, um aumento de 67% (1993, p. 172). O discurso governamental vigente justificava a situação dizendo que o poder público em sua atribuição de "preocupação e cuidado" precisava tomar tais medidas principalmente devido aos rigorosos invernos, chegando inclusive a instituir em 1985 um programa que ficou conhecido como *"cold weather policy"* [17]. Na ocasião fora autorizada também que médicos, enfermeiros, assistentes sociais e trabalhadores do campo da saúde mental recolhessem à força pessoas em situação de rua, podendo inclusive hospitalizá-las (1993, p. 175). Em 1987, tornando ainda mais extrema a institucionalização que se instalava, o prefeito de Nova Iorque sanciona um decreto que ampliava ainda mais os critérios de recolhimentos involuntários, agora voltados àqueles considerados 'mais vulneráveis e em risco'. Estes eram encaminhados para o Bellevue Hospital para uma avaliação de quinze dias. Os abrigos superlotados, os serviços de saúde não conseguindo responder à demanda e mobilizações de pessoas em situação de rua junto a algumas entidades como *Homeward Bound Community Services, Homeless Clients Advisory Committee, Parentsonthe Move, advogados da Coalition for the Homeless, Citizens Committee for Children of New York e New York Civil Liberties Union*, começavam a desvelar o sentido predominante daquelas ações que se inscreviam mais sob a alcunha da contenção do que da proteção.

Com as instituições de acolhimento sobrecarregadas houve um considerável aumento da violência e das doenças (como HIV e tuberculose) fazendo com que a população então abrigada voltasse às ruas, causando alarde na mídia sensacionalista; o *New York Times,* por exemplo, publicou artigo em que dizia que "olhar para a população de rua seria um choque para os turistas (1993, p. 178)" [18]. O fracasso daquelas investidas com promessas sanitaristas e sociais fez com que a política oficial mudasse de tática, lançando ações ainda mais extremas. O cerceamento dos espaços públicos onde se concentrava a população em situação de rua passou a ser mais hostil, contando com o aumento do policiamento e fazendo com que o número de prisões deste público aumentasse. Outras técnicas foram ainda aplicadas em vistas a retirá-los dos locais de grande circulação da cidade: grades foram colocadas em alguns parques, as portas do principal terminal ferroviário foram mantidas abertas fazendo com que a estação não mais pudesse servir como um refúgio para o frio e os locais onde a

[17] Política de Tempo Frio, tradução livre da autora.
[18] Tradução livre para: "*A first look at homeless is raw sight for tourists*".

pessoas se recolhiam para dormir passaram a ser lavados com amônia, inviabilizando que o ambiente fosse utilizado para este fim (1993, p. 179).

> Falando de uma maneira geral, a política oficial continuou identificando questões de ordem médica e individual como principal motivo para as pessoas permanecerem em situação de rua, desviando a atenção do sistema econômico-social como causa fundamental para tanto. Estes argumentos ainda vigoravam entre os anos de 1984 e 1989. Assim se justificavam as remoções de pessoas em situação de rua dos espaços públicos para fora do alcance das vistas (1993, p. 180) [19].

A questão das drogas durante este período também fora utilizada neste mesmo sentido nos Estados Unidos. A dinâmica neste caso voltava-se fundamentalmente aos negros, em sua maioria pobres e moradores das periferias urbanas. O surgimento do *crack* no país ao longo da década de 80 foi mais um argumento para a ratificação dos valores racistas conforme nos assinala Carl Hart (2014). Segundo este autor, as políticas públicas referentes às drogas tinham como intenção associá-las aos negros e à criminalidade. Esta estratégia seguia a direção já apontada por Richard Nixon no contexto em que os democratas apoiavam os movimentos pelos direitos civis. O então presidente [20] buscava ampliar o apoio aos republicanos no Sul do país fomentando o medo entre os brancos pelo ódio aos negros: "Por conseguinte, legitimou políticas que na superfície pareciam infensas ao preconceito da cor, mas na realidade resultavam em aumento dos casos de encarceramento de negros e na negação de seus direitos civis" (HART, 2014, p. 27).

Hart, em seu livro *Um preço muito alto – a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas* (2014, p.25) diz ter sido motivado a escrevê-lo justamente para demonstrar a distância existente entre os argumentos do senso-comum - preconceituosos e predominantes - e o que chamou dos "verdadeiros problemas enfrentados pelas pessoas marginalizadas". Um dos efeitos colaterais identificados pelo autor seria o investimento em ações equivocadas, como no predominante setor de segurança pública em detrimento dos programas sociais que pudessem promover condições menos vulneráveis àquela população. Sua intenção ainda era verificar a casuística restrita do "problema da droga" às questões individuais, desconsiderando a complexidade dos atravessamentos da vida: necessariamente plurais e incapazes de se restringirem a uma única argumentação.

---

[19] Tradução livre para "*Broadly speaking, the administration's continued identification of homelessness as a medical problem of individuals served to divert attention from homelessness as a systemic economic and housing problem. Close examination of the city administration's policies between 1984 and 1989 reveals yet another use of the medicalization of a socioeconomic problem. It was used to justify the removal of homeless persons from public spaces and from the view of the public".*

[20] Entre os anos 1969 e 1974.

> Por infortúnio, muitas pessoas – sejam elas negras ou brancas – compraram a ideia de que o *crack* era *a* causa principal de nossos problemas, e que era possível contribuir para resolvê-los construindo novas prisões e impondo sentenças mais pesadas. (2014, p. 28)

1.3 **Negros, pobres, desempregados e o *crack* no cenário dos sumidouros urbanos**

Situação análoga - em sua estrutura - é possível observar nos últimos anos nas principais capitais brasileiras, sobretudo na cidade do Rio de Janeiro, município em que gostaríamos de nos deter devido ao seu impacto e influência no país. O *crack* tem sido o pretexto discursivo para as mais diferentes medidas coercitivas voltadas para a população em situação de rua. A influência dos ventos neoliberais chega até o Brasil, retirando a "população indesejada" do horizonte lucrativo dos megaeventos esportivos internacionais e da exploração urbana e imobiliária. Nesta linha também seguem ações policiais cada vez mais presentes, atuando nas favelas e periferias a partir do eufemístico termo de "pacificadora". Yasuí condensa tal reflexão do seguinte modo:

> (...) as ruas das cidades nas quais centenas de pessoas encontram seu precário espaço urbano para, sem qualquer juízo de valor, exercerem seu modo de viver, devem ser ocupadas e higienizadas; ou seja, o poder do Estado é convocado a operar ações em defesa da paz e tranquilidade, para que o fluxo do capital possa correr pelas ruas sem se defrontar com o lixo humano que ele mesmo produziu, pois, afinal, são dependentes do consumo em uma sociedade consumista. (2013, p. 100)

Aqui também o discurso preponderante médico é invocado para subsidiar argumentos que constrangem a gênese dos "desviantes" às questões exclusivamente individuais, demitindo o aspecto socioeconômico e coletivo de sua participação: "Esta face higienista se oculta em um discurso precariamente científico que afirma ser a internação compulsória[21] a única forma de induzir o sujeito ao tratamento" (YASUI, 2013, p. 100). O uso cada vez mais popular do indiscriminado termo médico da *dependência química* aponta para destinos institucionalizados. Por isso, estamos de acordo com Rui (2014, p. 41) ao pretendermos fazer nossa discussão "(...) sem recair em diagnósticos depreciativos ou generalizantes (...)" nos propondo, sobretudo, a uma análise do consumo de *crack* no Brasil que leve em consideração os aspectos da desigualdade social. A "régua da medicina" se mostra aquém da possibilidade

[21] A Lei 10.216, conhecida como a lei da Reforma psiquiátrica, dentre outros pontos, regulamentou as diferentes modalidades de internação: voluntária, involuntária e compulsória. Esta última comparece nos artigos 6° e 9° como recurso utilizado pela Justiça que ao empreendê-la deve considerar a segurança do estabelecimento para internação, visando a salvaguarda do paciente, dos funcionários, assim como dos demais pacientes.

de medir tal questão; o uso de um só instrumento não representa apenas a insuficiência de um sistema, mas o arranjo necessário para a manutenção do atual *estado da arte*[22].

> Apenas pondero que levar a sério o que se chama de contexto sociocultural supõe considerar relações desiguais e mais ou menos hierárquicas presentes na sociedade brasileira, do mesmo modo que implica ter em conta a proximidade (ou não) com as muitas formas de violência aí envolvidas. (RUI, 2014: 38)

A respeito do termo dependência química e a pregnância de seu uso no discurso corrente, chancelado por uma cultura onde o saber médico legifera acerca das manifestações da vida convertendo-as em patologizações, faz-se necessário atentar para as implicações políticas e clínicas que o mesmo produz. A classificação aqui serve não apenas à eliminação das diferenças inexoráveis de cada um que lança mão do uso de uma determinada droga, como funciona colocando estes sujeitos sobredeterminados por uma espécie de entidade que os controla e que os consome. Pretexto para intervenções que os mantenham sob a égide de campos e saberes que venham por eles decidir, encerrando-os na condição objetificada e alienada ante aos seus próprios atos.

A expressão dependência química e sua tônica diagnóstica sugere a impossibilidade na elaboração das escolhas, outorgando tal operação a um terceiro que passará então a conduzi-lo. Passa-se a justificar a criação de espaços especializados os quais teriam a fórmula em dissociar a *dependência* da *química*, porém mantendo a condição de *subserviência* em relação ao conjunto de valores construídos e em vigência socialmente. Sai de cena a droga, condenada e profana, apela-se a manobras intervencionistas, aspiradas, sagradas e "bem intencionadas" na tarefa em portar a ordem e eliminar qualquer menção ao efeito colateral da existência.

O termo dependência química transmite, portanto, dentre outras acepções a não suposição por um sujeito que pode dizer acerca da sua posição ante ao uso que faz da droga somada ao moralismo construído sobre ela. Neste contexto crítico, destacamos distintamente o juízo nocivo quando esta prática é exercida pelos segmentos da população que já são tidos como indolentes e temerários.

Diante do exposto, fazemos a escolha junto a Rui (2014, p. 42) de não utilizarmos a partir deste momento do texto as palavras *dependentes* ou *viciados*, preferindo *usuários* e *consumidores.* Valendo ainda a ressalva que mesmo diante dos termos escolhidos não caiba neles toda a dimensão de uma vida: "(...) tal uso deve ser apreendido como compondo uma

[22] Estamos aqui advertidos por Wacquant (2013, p. 20) quando este nos remete ao também sociólogo Pierre Bourdieu que não se trata de seguirmos um pensamento maniqueísta conspiratório: "(...) os mecanismos sociais não são o produto de uma intenção maquiavélica. Eles são muito mais inteligentes do que os mais inteligentes dominadores". Trata-se, portanto, segundo o primeiro, de uma complexa trama de lutas entre categorias a partir de diferentes interesses materiais e simbólicos.

pequena expressão de tudo aquilo que uma pessoa é" (RUI, 2014, p. 55). Mesmo acompanhando Rui em sua proposta terminológica estamos advertidos, desde nossa posição psicanalítica, ante ao fato destas categorias serem ainda (e sempre) insuficientes na tarefa de representar a particularidade que cada sujeito terá na sua relação com a droga e ainda a complexidade da trama social onde o mesmo está localizado. A opção pelas referidas locuções, no entanto, aqui se justificam ao considerar o caráter já estigmatizado do grupo social relacionado ao *crack*, recusando-nos a contribuir ainda mais com este ferrete, optando por termos mais abrangentes, que incorram menos no risco de encerrá-los em condições depreciativas.

Traremos nos capítulos subsequentes a importância da dimensão singularizada diante do mandato clínico de cuidado em muitos destes casos, no entanto, no momento nos parece apropriado um retrato geral deste público para sublinharmos a concomitância das já citadas condições sociais junto ao referido segmento.

Quando nos referimos ao *crack* não estaremos, portanto, abordando o simples ato de tragar um composto derivado do resto da cocaína adicionada a bicarbonato de sódio e outras impurezas e sim a cristalização de um determinado lugar para certo segmento social: as *cracolândias* são, na atualidade das cenas urbanas, os escoadouros do refugo social[23].

Recorremos a um estudo que julgamos de suma relevância e que demonstra resultados que se alinham a nossa perspectiva, a qual não admite enfrentarmos a situação que se coloca de modo restritivo. Trata-se da pesquisa[24] realizada entre 2011 e 2013 em uma parceria da SENAD[25] e Fiocruz[26] que se propunha a retratar o cenário e o perfil dos usuários de *crack* no país (vinte e seis capitais, Distrito Federal, nove regiões metropolitanas e municípios de médio e pequeno porte).

Os achados apontaram para o número estimado de 370 mil usuários, correspondendo a 35% dos consumidores de drogas ilícitas no Brasil. Dado relevante uma vez que, como já mencionado, os empreendimentos coercitivos têm calcado sua argumentação na dita

---

[23] O termo *refugo humano* é utilizado pelo sociólogo polonês Zygmunt Bauman em seu livro 'Vidas Desperdiçadas' (2012) para indicar um dos efeitos inexoráveis da modernidade. Um contingente humano que sobra e deverá ser removido. A questão está em onde e como fazê-lo. "A expansão global da forma de vida moderna liberou e pôs em movimento quantidades enormes e crescentes de seres humanos destituídos de formas e meios de sobrevivência (...). Para as pressões populacionais daí resultantes (...) não há escoadouros prontamente disponíveis, seja para "reciclagem", seja para "remoção" segura. Daí os alarmes sobre a superpopulação do globo; daí também a nova centralidade dos problemas dos "imigrantes" e das pessoas "em busca de asilo" para a agenda política moderna, e o papel crescente que os vagos e difusos "temores relacionados à segurança" desempenham nas estratégias globais emergentes e na lógica das lutas de poder" (p.14).

[24] Pesquisa Nacional sobre o uso de crack.

[25] Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – Ministério da Justiça.

[26] Fundação Oswaldo Cruz.

"epidemia do *crack*", fato desmistificado pelo resultado da pesquisa. O estudo ainda esclareceu que os usuários de *crack* são, na verdade, poliusuários, sendo o álcool e o tabaco 80% das demais substâncias psicoativas utilizadas junto a ele.

Apesar da investigação ter se voltado para maiores de idade, não deixou de verificar que 14% da população presente nas cenas de uso eram de menores de 18 anos, algo correspondente a 50 mil crianças/adolescentes. Valor que mesmo não sendo preponderante sublinha a necessidade das políticas públicas voltadas para este segmento devido a sua condição de maior vulnerabilidade.

Informação relevante diz respeito aos 80% que fazem uso da substância psicoativa em espaços públicos, demonstrando, a nosso ver, uma declarada convocação à cidade (sociedade civil e entidades da esfera pública e privada) e não de maneira unívoca, tendo em vista as questões relativas à saúde, educação, habitação, assistência social que foram identificadas, como é possível aqui acompanhar: 47% da amostra entrevistada se encontravam em situação de rua, apenas 20% haviam chegado ao ensino médio, 65% tinham em trabalhos esporádicos a fonte de obtenção de algum dinheiro. 70% relataram compartilhar material para ingestão da droga, apresentando maior chance de contrair as hepatites virais. Devido a certos padrões de uso e comportamento, esta população estava oito vezes mais exposta à contaminação de HIV em relação ao total de habitantes brasileiros. Uma averiguação a se destacar é o percentual de 80% dos usuários que dizem querer tratar seus usos de droga e, no entanto, não mais que 6% havia acessado o serviço do CAPS AD[27] nos últimos 30 dias que antecederam a aplicação do questionário. Este dado nos impõe interrogarmos os fundamentos da necessidade de medidas compulsórias, uma vez que os referidos consumidores reconhecem e expressam seus anseios pelo tratamento. A média de idade gravitava em torno de 30 anos, sendo predominante a presença masculina - 78% - e um percentual de 80% de pardos e negros.

Os índices da pesquisa não revelaram novidades, ao contrário, ratificaram o fato já reconhecido que o contingente concentrado nas cenas de uso estaria relacionado àqueles selecionados pela história para ocuparem um lugar à margem.

> As regiões das cracolândias parecem cumprir a função dos territórios que foram um dia, na história humana, potenciais refúgios capazes de abrigar excessos populacionais, como o caso das colônias quando da era dos descobrimentos. Trata-se de verdadeiros "destinos naturais para a exportação de pessoas redundantes e aterros sanitários óbvios e prontos para serem utilizados para o despejo do refugo humano da modernização (DIAS, 2012, p. 91).

[27] Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (portaria n° 336/2002)

Dados similares, principalmente no que se refere à cor da pele, dificuldade de inserção no mercado formal de trabalho e maior exposição às vulnerabilidades podem ser verificadas em pesquisas feitas no sistema prisional brasileiro[28] (aqui, por exemplo, 67% da população carcerária é negra).

Outra fonte relevante de pesquisa, o Mapa da Violência (2015) [29], nos apresenta um número alarmante de vítimas de homicídios por arma de fogo: em 2012 foram mortos 142% mais negros do que brancos. A Pesquisa Nacional sobre a População de Rua (2008) [30]revelou ter encontrado uma média de 66% de pessoas que se autodeclararam negras e pardas, as quais 88% referiram não conseguirem acesso aos programas sociais do governo. Reservamo-nos, diante dos objetivos deste estudo, em apontar tal relação sem desenvolvermos mais profundamente uma análise do cruzamento dos dados. Nossa pretensão é sublinhar uma repetição que não nos parece ocasional.

Diante de uma estrutura social que em sua dinâmica reproduz um quadro onde negros, pobres, desempregados são, em sua maioria, os ocupantes dos sumidouros urbanos, faz-se necessário nos dedicarmos agora às referências normativas que chancelam este fluxo. Iremos necessariamente acompanhá-las a partir do escopo de nossa pesquisa, perseguindo as leis que dizem respeito às drogas tornadas ilícitas, assim como algumas das políticas públicas idealizadas e implementadas da saúde, saúde mental e assistência social voltada para este seleto grupo.

Deste modo procuraremos analisar criticamente a participação dos atores destes campos também na segregação desta população, concordando com Wacquant (2005, p. 8) em que esta é garantida através da institucionalização "(...) do gueto como uma concatenação historicamente determinada, espacialmente estabelecida de mecanismos de controle etnorracial".

1.4 **Proposta para uma leitura crítica acerca dos marcos legais e políticas de drogas no Brasil.**

Apesar do Ministério da Saúde, em sua recente Política de Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas[31] reconhecer oficialmente desde 2003 que a questão do abuso de substâncias psicoativas também lhe diz respeito, obrigatoriamente junto a outros intra e

[28] http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/relatorio-depen-versao-web.pdf
[29] http://www1.brasilia.unesco.org/download/MapaDaViolencia2015MortesMatadas-SobEMBARGO.pdf
[30] http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf
[31] http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf

intersetores, verificamos, no entanto, que a ingerência prevalente deste quadro continua sendo da Segurança Pública. Esta é uma área fundamental à qual não poderemos deixar de aludir, considerando que as questões pertinentes às drogas são comumente polarizadas em nossa sociedade entre os eixos da saúde e da polícia. Este último vem ganhando espaço, sobretudo, porque o Brasil possui uma legislação proibicionista[32]. Traremos alguns marcos legais que ajudarão a nos situar e veremos como a predominância de uma lógica repressora e criminalizante terá também efeitos sobre as demais políticas sociais, dentre elas, a saúde.

Segundo Dias (2012, p. 58) não podemos pensar a atual política de Tolerância Zero brasileira em relação às drogas sem considerarmos o legado que herdamos da tradição jurídica norte-americana. Boiteux (2011) concorda em que as grandes potências "dão o tom" deste funcionamento apontando a *Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas* ocorrida em 1988 na cidade austríaca de Viena como seu símbolo histórico.

Momento este em que foi legitimada a ideologia proibicionista ainda operante. Seu Plano de Ação exigia um "mundo livre das drogas" em até vinte anos, quando no então ano de 2008 o planeta deveria gozar de presumível paz, proveniente da abstinência de todas as substâncias psicoativas tornadas ilícitas. Para tanto foram assinados acordos e declarações que apoiavam ações de *combate* [33], fazendo com que tal política, inclusive, passasse a ser conhecida como *Guerra às Drogas* [34].

A contribuição financeira para manutenção da ONU por parte de algumas potências conservadoras como a Rússia, China e, sobretudo, os Estados Unidos impediram que outras estratégias administrativas relativas às questões das drogas se colocassem: repressão, criminalização e a punição do plantio, uso e comércio delas recrudesceram.

Cabe, no entanto, mencionar, apud ELIA, que durante o primeiro governo do presidente Luis Inácio Lula da Silva (2003 – 2006) o Brasil foi signatário de um acordo internacional proposto pela UNODOC que entendia ser a Redução de Danos uma estratégia legítima, para os cuidados no campo de álcool e drogas.

Ainda segundo Boiteux (2011), em 2009 na reunião da Comissão de Drogas Narcóticas da ONU (CND), a *Redução de Danos*[35] ganhou destaque como um modelo

---

32 Lei 11.343 de 2006 que será discutida adiante.

33 Grifo nosso.

34 Idem.

35 Trabalharemos este conceito mais adiante, por ora basta assinalarmos se tratar de uma perspectiva de cuidado em saúde que não exige a abstinência do usuário como meta, considerando inclusive que o mesmo seja capaz de regular seu uso e assim conviver com ele. Tal concepção, portanto, não se alinha à corrente proibicionista por considerar legítimo o uso de substâncias psicoativas, não sem as informações devidas para que possa

aternativo à *Tolerância Zero*. Mesmo que aquele termo tenha sido recusado no texto final do Encontro, alguns países se declararam favoráveis à Redução de Danos (dentre eles, Alemanha, Portugal, Espanha, Austrália, Bolívia, Bulgária, Suiça). Mesmo que timidamente, já fora o suficiente para provocar algum tipo de ruído no então hegemônico discurso proibicionista.

> A relevância histórica disso está no fato de ter sido a primeira vez que se expôs publicamente a falta de consenso entre os países na temática, podendo ser dito que o "Consenso de Viena", contido nas convenções em vigor, chegou ao fim. Por outro lado, oficialmente, o Plano de Ação que norteará a estratégia a ser seguida até 2019 foi aprovado sem referência à redução de danos, mas não há dúvidas de que a política oficial foi desafiada publicamente por um grupo significativo de países e que essa atitude trará condições para que se concretizem alternativas nacionais diferenciadas. (BOITEUX, 2011, p. 107)

Em toda guerra há baixas e o sistema prisional brasileiro apresenta um robusto número delas no que diz respeito aos considerados crimes relativos às drogas. Retrato da política repressiva do Estado, o encarceramento se volta para as grandes massas fora do mercado formal de trabalho[36]. Cabe dizer que o tráfico de entorpecentes se encontra em segundo lugar dentre os crimes mais presentes na totalidade de presos que cumprem pena privativa de liberdade ou aguardam julgamento (ficando atrás somente dos crimes contra o patrimônio, considerados os mais frequentes).

Segundo Boiteux (2010) estes números foram agravados desde 2006 pelo efeito da legislação vigente no país, a partir da Lei n° 11.343 que ficou conhecida como a Lei de Drogas. Esta normativa possui caráter moderado principalmente por despenalizar o consumo (de acordo com seu artigo 28) e apontar, nestes casos, medidas alternativas[37] em detrimento às sanções privativas de liberdade. Neste ponto caberia perguntarmos por que então houve um significativo aumento no sistema carcerário já que a nova lei sinalizava um discernimento entre traficante e usuário/consumidor, além das diferentes medidas que passaram a ser incluídas no horizonte judiciário para além da prisão.

Apesar deste relevante avanço em relação à normativa anterior (a lei n° 6.368 de 1976), a atual não oferece elementos objetivos capazes de discriminar usuários de traficantes. Sendo esta decisão facultada "aos homens da lei", sejam eles policiais ou juízes. Os critérios

---

administrá-las de modo a causarem o menor dano possível à sua saúde, assim como a de *outrem*. O prisma da Redução de Danos, portanto, implica na descriminalização das drogas em amplo senso.

[36] Como já visto na página 14, nos referimos à pesquisa da DEPEN de 2014: http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/relatorio-depen-versao-web.pdf

[37] Consta no artigo 28 de referida lei: "Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar oi trouxer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: I – advertência sobre os efeitos das drogas; II – prestação de serviços à comunidade; III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo."

utilizados passam a ser subjetivos e contaminados de estigmas e preconceito, uma vez que se verificam destinos diferentes diante da mesma conjuntura: para o morador da área nobre, normalmente branco, considera-se usuário e aplicam-se as medidas alternativas, para o jovem não branco, morador da periferia/favela, toma-se-o como traficante e se oferece a prisão como destino.

O SISNAD (Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas) previsto pela atual Lei 11.343 de 2006 prevê, portanto, ações de prevenção e reinserção dos usuários de drogas, assim como estabelece normas mais rígidas para repressão do tráfico, aumentando o tempo mínimo de sua pena para cinco anos (na lei anterior era de três). Não à toa é possível verificar o alargamento dos direitos para uma parte da população que não precisa atuar no tráfico para manter seu uso e o retraimento dos mesmos direitos para outra parcela, a qual se faz necessário ingressar no violento mercado informal do varejo de drogas para ser consumidor. As palavras de Luciana Boiteaux são precisas na transmissão desta realidade:

> As prisões brasileiras, que tradicionalmente foram ocupadas, em sua maioria, por pessoas condenadas por crimes contra o patrimônio, são cada vez mais ocupadas pelos condenados por tráfico, principalmente no caso de pequenos traficantes pertencentes às classes mais pobres da sociedade, mantendo assim um sistema seletivo e injusto de atuação do sistema penal. A relação entre política de drogas e aprisionamento é um reflexo da insistência dos Governos em adotar políticas destinadas ao fracasso no que diz respeito aos objetivos declarados, ou quiçá o êxito destas em relação aos objetivos ocultos e não declarados de intensificação do controle social repressivo das classes mais pobres da população, que estão sujeitas às violações de seus direitos e ao tratamento degradante das prisões brasileiras e latino americanas38·. (2010, p 38)

O outro polo legitimado pela sociedade para ingerência das questões relativas às drogas é a Saúde. O Brasil tem hoje como política oficial para questões relativas ao uso de álcool e outras drogas, a direção da Redução de Danos.

Em 2004 a referida estratégia figura na portaria n° 2.197 do Ministério da Saúde[39]. Os dispositivos da saúde previstos na atuação junto aos usuários de drogas – sejam eles da Atenção Básica, unidades extra-hospitalares especializadas (inclui-se aqui os ambulatórios e

[38]Tradução livre da autora para: "*Lascárcelesbrasileñas, que tradicionalmente han estado ocupadas, ensumayoría, por personas condenadas por delitos contra elpatrimonio, han visto cómoelespaciocarcelariocedía cada vez más espacio a los condenados por tráfico, principalmente de casos de pequeños menudistas pertenecientes a las clases más pobres de la sociedad, manteniendo así el sistema selectivo e injusto de actuación del sistema penal. La relación entre política de drogas y cárcel es un reflejo de la insistencia de los Gobiernos en adoptar políticas destinadas al fracaso con respecto a sus objetivos declarados, o quizá del éxito de éstas conrelación a objetivos ocultos o no declarados de intensificación del control social represivo de las clases más pobres de la población, que están sujetas a la violación de sus derechos y a tratos degradantes en las cárceles brasileñas y latino-americanas".*

[39] Acessado em 20 de julho de 2015: http://www.husm.ufsm.br/janela/legislacoes/saude-mental/saude-mental/portaria-gm-ms-no-2197-de-14-de-outubro-de-2004.pdf

os CAPS AD[40]), hospital de referência e suporte social[41] - deveriam então ter suas ações pautadas nos princípios da RD[42].

Em 2005 temos de fato sua regulamentação através da portaria n° 1.028 do Ministério da Saúde[43] e nos parece necessário frisar o público a quem se destina, traduzindo o impacto que esta perspectiva pretendia alcançar:

> Art. 2º Definir que a redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, desenvolva-se por meio de *ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo.*[44]

De acordo com Siqueira (2006) a proposta da RD inclui a dimensão da cidadania que, por sua vez, está diretamente relacionada ao entorno social, ou seja, não seria o uso em si o problema, mas a maneira como a pessoa o faz e o compreende. Neste sentido a RD propõe uma maneira diferente de lidar com o tema das drogas, afastando-se das concepções que tradicionalmente cuidavam dela.

O autor, em seu livro *Mal(dito) Cidadão – numa sociedade com drogas* (2006) expõe três abordagens ao longo da história que, apesar de distintas, encerram o usuário de drogas no mesmo lugar semântico: a saúde, concebendo o uso da droga como uma doença, classificando-a como dependência química, prescrevendo para tanto o hospital, a internação, a abstinência. A justiça que aborda a questão como crime e reserva ao usuário a cadeia. A religião que, por sua vez, entende o uso de droga como um pecado e aposta na conversão como via privilegiada para retirar o consumidor do que seria seu destino, o inferno.

> Com essa avaliação crítica podemos então concluir que o maior problema em relação ao consumo de drogas não é o consumo em si mas o contexto onde está colocado. Não é do uso de drogas mas dos caminhos impostos pelas instituições que se encarregam de lidar com ele os trágicos caminhos (hospital, cadeia, inferno) que terminam por trazer muito mais prejuízos do que benefícios, afastando os usuários de drogas de práticas mais saudáveis e producentes no ambiente social. (SIQUEIRA, 2006, p. 16)

Resultado de movimentos sociais que partiram dos próprios usuários (podemos citar aqui a influência holandesa em meados dos anos 80 do século passado), assim como dos profissionais ligados à área de saúde que demonstraram ser a RD um método de impacto

[40] Centros de Atenção Psicossocial de acordo com a portaria do Ministério da Saúde, n° 336 de 2002.
[41] Já considerados para este fim através da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas de 2003. Acessado em 20 de julho em 2015: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf
[42] Redução de Danos; a partir deste ponto fazemos a opção por se referir a esta metodologia de abordagem através de sua sigla: RD.
[43] Acessado em 20 de julho de 2015: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prt1028_01072005.pdf
[44] Grifo nosso.

relevante na diminuição dos agravos para os consumidores de drogas (conforme nos demonstra a experiência do condado inglês de Rolleston, em 1926), no Brasil a estratégia teve início em 1989 na cidade paulistana de Santos. Na ocasião tratava-se de um projeto circunscrito à troca de seringas, utensílio utilizado na administração da cocaína injetável, droga predominante naquele momento. Devido à ameaça real de uma epidemia de HIV/AIDS e hepatites virais, onde os usuários de drogas injetáveis se mostravam mais expostos à contaminação, foram articuladas ações de oferta de insumos de modo a coibir um aumento do número de infectados, em vistas a diminuir suas vulnerabilidades. Neutralizado, porém, por uma ação da Promotoria Pública do município, a cidade de Santos não pôde empreender o PTS[45] e somente em 1995, em Salvador (Bahia) um programa do gênero fora efetivado como nos conta Andrade (2011).

Deste período até 2003 foram abertos inúmeros Programas de RD estimulados pelo financiamento da Coordenação Nacional DST/AIDS ligado ao Ministério da Saúde. Devido à nova configuração do território, as ações deste caráter extrapolaram as intervenções junto aos UDI[46], voltando-se também para os detentos do sistema prisional, prostitutas, pessoas em situação de rua e também os usuários de *crack.*

> De uma prática médico sanitária de prevenção ao HIV/AIDS, reduzida muitas vezes a uma única ação, a da troca de seringas, ao longo de sua execução a redução de danos evolui para a concepção atual de uma política de saúde cujos princípios e práticas, sem condicionar à abstinência, tem como objetivos reduzir os danos e os riscos relacionados ao uso de drogas, pautados no protagonismo da população alvo, no respeito ao indivíduo e no direito deste às suas drogas de consumo. (ANDRADE, 2011, p. 2)

No entanto, quando começava a vicejar enquanto potência de cuidado à população referida, sofrera seu desmonte quando a responsabilidade das atribuições dos programas de RD foi transferida da esfera federal aos estados e municípios. Segundo Andrade (2011, p. 3): "Um verdadeiro retrocesso do que vinha sendo conseguido através de trabalho árduo e de negociações políticas que possibilitaram o avanço das ações de Redução de Danos para grande parte do território nacional". Ainda segundo o autor, a própria Coordenação Nacional DST/AIDS que se apresentara na vanguarda, apoiando as ações de RD, recuou ao anunciar que o Brasil não estaria preparado para iniciativas de PTS subsidiadas por recursos públicos sanitários.

Concomitante a este período, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Ministério da Saúde) e a Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas

---

[45] Sigla que passou a ser utilizada para designar o Programa de Troca de Seringas – PTS.
[46] Na bibliografia da área os Usuários de Drogas Injetáveis - UDI - passaram a ser assim nomeados.

(SENAD – Ministério da Justiça) passaram a tomar cada vez mais a frente das questões relacionadas às drogas, adotando a RD como estratégia oficial.

A dimensão da cidadania como já dito é o que destaca este método dos demais. Outro ponto fundamental que o caracteriza é o necessário abandono do ideal da abstinência como meta. Enquanto política pública de saúde deve responder ao princípio da universalidade do SUS[47], ou seja, promover acesso à saúde a todos irrestritamente, inclusive e sobremaneira àqueles que se colocam em condições mais vulneráveis (respondendo assim por outro princípio do SUS, a saber, o da equidade).

Daí a relevância de grifarmos mais uma vez o exposto no 2° artigo da portaria 1.028 de 2005: a RD dirige-se inclusive àqueles que não podem, não conseguem ou não desejam interromper seus usos. Faz-se necessário aqui sublinhar que esta estratégia não contesta a abstinência como uma possibilidade, mas a interroga como regra absoluta. Segundo Souza e Carvalho (2015) ela se propõe a ir além do binarismo do "sim" e do "não" às drogas, colocando a questão de "como" lidar com elas em sociedade.

Uma perspectiva que busca construir os cuidados necessariamente com a participação do consumidor e suas experiências de vida. "Este tipo de postura tenta desconstruir a noção de que as drogas são um problema em si, recusando a substancialização de um problema complexo que transforma uma substância em uma entidade quase com vida própria: as drogas! (SOUZA; CARVALHO, 2015, p. 220)". A RD como uma maneira mais complexa de articular questões relativas às drogas fazendo surgir novas regras; uma outra via que não se reduza ao contra ou a favor.

Parece clara a divergência da RD frente à política proibicionista, que apresenta a abstinência, como já apontado, como premissa a todo custo, incluindo aquele que se refere às diferentes modalidades de coerção (internações compulsórias, prisões, recolhimentos forçados nas ruas entre outros): "Vemos a abstinência ser o operador, o código de conduta que faz o agenciamento entre o campo da saúde e o campo da segurança e da justiça" (SOUZA; CARVALHO, 2015, p. 228). Por ora, importante registrar o tensionamento existente no campo voltado para as questões das drogas, uma vez que é composto por uma dicotomia de entendimentos que justificam ações bastante ambíguas.

Seguindo com o panorama da política nacional do Ministério da Saúde, diante dos indicadores de um expressivo aumento do uso de *crack* na população brasileira, temos em 2009 o Plano Emergencial de Amplificação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em

[47] Sistema Único de Saúde, Lei 8.080/1990.

Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde[48]. Segundo Zuwick e Jorge (2013, p. 151) o PEAD estava pautado pela RD e tinha como objetivo intensificar, ampliar e diversificar as ações de prevenção e promoção de saúde, assim como oferecer tratamento nos casos mais avançados, onde já era possível se verificar os prejuízos do uso abusivo de drogas.

Em 2011 com o lançamento do Programa "*Crack* é possível vencer![49]" as ambivalências que antes marcavam o domínio da questão das drogas começavam a se dirimir. Por mais que se referisse a uma ação interministerial entre Justiça, Saúde, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Educação e da Secretaria de Direitos Humanos, a coordenação estava sob a égide da primeira, o que trouxe consequências preponderantemente repressoras nas ações do Estado junto ao segmento pretendido. Nesta direção vale citar Wacquant (2007) quando se refere à imagem utilizada por Pierre Bourdieu para transmitir os recuos e avanços do Estado na conjuntura neoliberal:

> A regulação das classes populares, levada adiante por aquilo que Pierre Bourdieu chama de "a mão esquerda" do Estado – a que protege e melhora as oportunidades de vida, e é representada pelo direito ao trabalho, à educação, à saúde, à assistência social e à moradia pública -, é suplantada (nos Estados Unidos) e suplementada (na União Européia) pela regulação da sua "mão direita", a que administra a polícia, a justiça e a prisão, cada vez mais ativa e interveniente nas áreas subalternas do espaço social e urbano. (WACQUANT, 2007, p. 32)

A partir das características dos planos voltados para a questão das drogas pode-se verificar aqui também o fortalecimento da mão direita do Estado em detrimento da esquerda. Mesmo que em sua pretensão, o Programa de enfrentamento compreendesse outros eixos além do intitulado Autoridade (para se referir às ações de inibição ao tráfico de drogas por parte dos órgãos de segurança pública do Estado), os demais alicerces, a saber, a Prevenção (fortalecimento da rede de proteção através de ações em escolas e na comunidade) e o Cuidado (principalmente no campo da saúde) tiveram investimentos financeiros consideravelmente menores que o primeiro.

A hipertrofia do membro coercitivo foi ainda agravada, a nosso ver, com a regulamentação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS, portaria n° 3.088 do Ministério da Saúde[50]), uma vez que em seu artigo 9° inclui as Comunidades Terapêuticas dentre os dispositivos reconhecidos na atenção residencial de caráter transitório.

---

48 Acessado em 20 de julho de 2015: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html

49 http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer

50 Acessado em 29 de julho de 2015: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Por mais que localizada na trama de uma rede no campo da saúde, este recurso traz a marca da repressão e do proibicionismo, referências que para nós são incompatíveis com o mandato verdadeiramente psicossocial[51]. O caráter religioso, predominantemente neopentecostal destas iniciativas, por si só já poderia constar como crítica à implementação destes serviços públicos consorciados não laicos (ferindo assim a constituição de 1988 conforme o inciso I do artigo 19).

No entanto, optamos por analisar o retrocesso empreendido pelas comunidades terapêuticas, a partir de estratégias de segregação e isolamento com característica asilares e técnicas moralizantes. Segundo Barroso e colaboradores (2014, p. 108)

> A articulação entre o discurso e a prática está diretamente relacionada à compreensão das propostas terapêuticas pelos profissionais envolvidos com o atendimento aos usuários, e conhece-la torna possível acessar os mecanismos regentes da rede de atenção na saúde mental para esses usuários como um "sistema de cura".

Em sua expressão oficial, através do próprio Ministério da Saúde[52] as comunidades terapêuticas não trariam os aspectos repressivos acima descritos, entendendo a liberdade, inclusive, como constituinte do tratamento. A manifestação oficiosa, porém é outra: no Rio de Janeiro, por exemplo, a ONG Casa Espírita Tesloo, contratada por convênio como uma comunidade terapêutica para adolescentes na gestão do então secretário de Assistência Social Rodrigo Bethlem (nos anos de 2011 e 2012, não por acaso no período da resolução número 20 conforme já descrita) teve sua prática de "cuidado" interrogada por órgãos da Defesa do Direito da Criança e Adolescente do Estado[53]. Publicado no jornal O Dia de outubro de 2012[54] é possível verificar as circunstâncias nas quais permaneciam os jovens "internados para fins de recuperação da dependência química" conforme diz a matéria.

A perspectiva terapêutica do serviço pode ser traduzida nas seguintes situações: a primeira diz respeito a uma de suas cinco unidades, a Casa Ser Criança, localizada no bairro de Guaratiba que é conhecida pelos adolescentes que lá estão como "casa do terror". A segunda faz menção ao menino que, de acordo com o artigo, "(...) chegou para se livrar do vício da cocaína e aprendeu que a desobediência poderia levá-lo a receber castigos físicos". Um único médico psiquiatra que prescreve, por telefone, a mesma medicação (haldol e

[51] A respeito da RAPS e da atenção psicossocial iremos nos ater no segundo capítulo.

[52] Acessado em 29 de julho de 2015: http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html

[53] Através da defensora pública Dra. Eufrásia Souza, representante do CEDICA – Coordenadoria dos Direitos de Defesa da Criança e do Adolescente e da Promotora de Justiça com titularidade junto à 7ª Promotoria da Infância e Juventude da capital, Dra. Karina Valesca Fleury.

[54] Acessado em 29 de julho de 2015: http://noticiasriobrasil.com.br/?p=1526

fenergan) para todos os internos e ainda o caso do menino amarrado e lançado na piscina como forma de sanção por ter chegado atrasado.

Ao contrário do que se poderia esperar, diante de tantas infrações, não só as acusações contra o diretor da Tesloo, assim como ao secretário de assistência social não tiveram maiores repercussões sancionarias, ao contrário, houve sim um considerável aumento do financiamento para esta modalidade de dispositivo. De acordo com a publicação de maio de 2015 do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP SP),[55] a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD, ligada ao Ministério da Justiça) responsável pela contratação de entidades privadas, como as comunidades terapêuticas, apresentou previsão orçamentária de R$ 330 milhões em 2015. Já o Ministério da Saúde, para o mesmo período, em sua área específica da Saúde Mental conta com R$ 63 milhões destinados, entre outras atuações, no campo relativo à assistência ao usuário de drogas. Uma diferença de 279% que aponta para um horizonte que certamente guarda um posicionamento político-ideológico tal qual já nos demonstrou Wacquant (2007): retraimento do Estado em suas políticas de bem-estar social e preponderância de investimento nas políticas penais e coercitivas.

Reiteramos neste contexto que o estatuto *oficioso* e oficial da RD no cenário das políticas públicas brasileiras vai deixando seu posto, dando lugar ao atavismo higienista, proibicionista e abstemicista, conforme pronunciamento[56] do pesquisador Dartiu Xavier na 'Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania' em Brasília, em 2013. Segundo o psiquiatra da UNIFESP[57] quanto mais repressoras são as condutas diante da questão das drogas, mais perigosas se tornam inclusive suas formas de consumo.

Trazendo o exemplo do modelo proibicionista da Lei Seca norte-americana[58], quando o álcool fora tornado ilícito verificou-se um significativo aumento da criminalidade em torno desta realidade no país, assim como práticas deletérias de seu consumo até então nunca antes observadas: fora a primeira vez que se identificava oficialmente o uso injetável desta substância (seguramente para garantir sua potencialidade química, uma vez que a obtenção da droga se tornava cada vez mais restrita).

De acordo com o vice-presidente do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, o advogado criminalista da Rede Pense Livre[59] Cristiano Maronna, na mesma discussão acima

---

55 Acessado em 29 de julho de 2015: http://www.crpsp.org.br/portal/midia/fiquedeolho_ver.aspx?id=888

56 Acessado em 5 de agosto de 2015 em: https://youtu.be/8_zUTGgL0vY

57 Universidade Federal de São Paulo.

58 Entre os anos de 1920 e 1933.

59 'A Rede Pense Livre - por uma política de drogas que funcione' é uma iniciativa de origem independente e apartidária construída por diversos atores de diferentes campos sociais com o intuito de promover e ampliar o debate qualificado sobre a política de drogas no Brasil.

mencionada, mesmo diante de tantos argumentos que situam as drogas como constantes antropológicas que, antes de sua proibição na história da humanidade, nunca estiveram relacionadas à violência e criminalidade, alguns projetos de lei tramitam em nosso país de modo a *oficializar*, promovendo-lhe respaldo legal, a uma política cada vez mais coercitiva, segregacionista e criminalizante como demonstramos ao longo deste capítulo.

Este retrocesso foi coroado com o Projeto de Lei (PL) n° 7663 de 2010 do então deputado federal do PMDB do Rio Grande do Sul Osmar Terra, que pretende alterar a Lei 11.343 de 2006, sugerindo não mais diferenciar traficantes e usuários, recrudescendo as penas ao propor o aumento do tempo mínimo de 5 para 8 anos de encarceramento (sublinha-se o fato da discrepância do ponto de vista estritamente jurídico, uma vez que o homicídio doloso simples - matar alguém – decreta 6 anos de detenção) e recomendando o investimento público predominante nas comunidades terapêuticas.

Este Projeto realça ainda mais o protagonismo da SENAD (Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas - Ministério da Justiça) em detrimento da Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas (integrante do Ministério da Saúde).

Em 2013, este Projeto de Lei fora aprovado pela Câmara dos Deputados e agora tramita no Senado como Projeto de Lei da Câmara n° 37 (PLC 37/2013), enfatizando as internações involuntárias, indicando, inclusive, tempo mínimo necessário de 90 dias para desintoxicação. No momento este PLC (agosto 2015) aguarda a leitura de requerimento por esta instância para ser avaliado em vistas a se tornar lei federal.

Outro projeto em voga, também capaz de reproduzir a atmosfera conservadora dos nossos tempos desde a abordagem das questões referentes às drogas, é o PL 158/2015 do deputado federal Roberto de Lucena do PV de São Paulo e que também já ocupou a vice-presidência da Frente Parlamentar Evangélica no Congresso Nacional. O projeto prevê ainda mais a ratificação do status de ilegalidade das drogas, sublinhando o âmbito da criminalidade, manifestando inclusive a não exigência da participação do Ministério Público e da autorização judicial no processo.

O projeto foi apresentado recentemente e ainda aguarda leitura por parte da comissão designada para apreciação. De todo modo, o vicejar de ações cada vez mais coercitivas vem se apresentando no pleonasmo da tônica monocromática dos diversos espaços públicos: nas normativas, nas políticas, nos discursos midiáticos e sociais.

Encaminhamo-nos para o fim deste primeiro capítulo, onde procuramos demonstrar que a questão das drogas no Brasil se relaciona diretamente às questões sociais, sobretudo na garantia de sua desigualdade, fato que tanto a polícia quanto a medicina procuram suturar

sistematicamente em suas intervenções. Entendidos em sentido amplo, suas ações coercitivas, conforme expressamos reduzem a complexidade da questão a um esquema que compreende basicamente um procedimento unívoco: a eliminação de uma substância, o *crack* e por extensão, seus usuários.

A este respeito cabe a crítica apontada por Carl Hart quanto ao nome do programa nacional que pretende *vencer* esta droga[60]. "Crack é possível *entender*!", sugere o pesquisador norte-americano. E nós, como psicanalistas, poderíamos propor: *é possível ler*. É preciso compreendê-lo a partir de um enquadramento socioeconômico cultural macro para que os indícios clínicos tão fundamentais quanto, não sejam apenas dados "frios" que só caibam nos manuais nosográficos e no código penal chancelando a segregação de determinado grupo social. A concepção belicista, contida no verbo *vencer* que organiza a atual política de drogas produz a violência como efeito colateral e tem na população não branca, pobre, fora do mercado de trabalho e oriunda das periferias e favelas sua principal presa.

Vimos que as políticas sociais, aquelas que justamente existem para fazer a *mediação*[61] do espaço público e da população é seletiva: fazendo a distinção entre aqueles que entendem representar (a classe dominante) e os demais (os segmentos periféricos). As injunções de caráter coercitivo ratificam justamente esta posição, funcionando como uma arbitragem que desde o início do jogo já privilegia um dos lados, assegurando assim o reincidente resultado final.

A Constituição Federal de 1988, marco regulatório democrático de nosso país, considera todos indistintamente no *hall* da cidadania, princípio chave que aponta, sobretudo para o acesso aos direitos civis e sociais, assim como seus respectivos deveres. Reconhecendo que esta lógica é subvertida na prática, muitos movimentos dentre eles o da RD, conforme indicamos surgem no bojo de fazer converter esta cidadania àqueles que ainda são dela alijados.

Este processo foi fruto de diversos afluentes que hoje nos permitem qualificar o debate quanto à questão das drogas e interrogarmos este *mais do mesmo:* hospício e cadeia (ou qualquer lugar que comporte a semântica destes espaços).

A Reforma Psiquiátrica italiana da década de 60 do século passado foi sem dúvidas uma grande inspiração para o campo da saúde mental brasileira que passou a considerar junto com o idealizador daquela, Franco Basaglia, a envergadura da problemática em questão: não

---

60 Carl Hart faz uma crítica ao Programa Crack é possível Vencer! Acessado em 5 de agosto de 2015: https://www.youtube.com/watch?v=zTX7880gpZ4

61 Grifo nosso.

se tratava apenas de uma rearrumação no terreno da psiquiatria e sim o questionamento das bases sociais que a sustentavam, visando sua transformação.

Acreditando que a problemática da loucura não seria respondida pelo viés do especialismo, tal qual era exercida desde o nascimento do próprio campo psiquiátrico, a concepção basagliana convocava a cidade a se haver com esta questão. Ou seja, não só à medicina caberia tratar dos loucos, mas a loucura passaria a ser uma questão atinente a todos, uma vez que o laço social é colocado em debate. Assim sendo, os efeitos aspirados visavam o ingresso do louco à sua plena condição de cidadão.

Em nosso caso, neste trabalho, o tema da *inclusão*[62] se refere a um público, o qual o movimento reformista chegou com certo atraso: se a Reforma Psiquiátrica Brasileira iniciou seu processo e consolidou seus dispositivos com e para pacientes ditos portadores de transtornos mentais severos e persistentes, foi só muito recentemente que ela precisou se encontrar efetivamente com os usuários de drogas e mais ainda, com crianças e adolescentes com problemas desta ordem.

A aparição do *crack* no cenário brasileiro fez com que a referida demora precisasse ser revista, aproximando os direitos civis deste segmento através da fomentação do debate a respeito, produzindo uma maior freqüência do tema nas agendas sociais e políticas. A Reforma Psiquiátrica produziu impactos junto aos grupos pretendidos, estabelecendo alguma cidadania até onde os limites que a conjuntura contemporânea a permitia.

No entanto, verificamos que os efeitos produzidos por este movimento, sobretudo o vetor indicado por Basaglia, o qual apontava para fora do campo restrito da saúde o lugar a se desempenhar as ações - o campo social, o território – responde apenas parte do processo necessário a ampliação de ofertas ao cuidado aos usuários em questão. O valor deste direcionamento se encontra no fato da cidade ser reconhecida como espaço privilegiado das formulações e estratégias para as manobras de atenção e cuidado em saúde mental.

Contudo, a existência *por si* de pontos previstos na rede não garante a adesão e o cuidado propriamente dito àqueles que o demandam. Desde esta perspectiva, escolhemos o advento da normatização da RAPS, através de sua portaria do Ministério da Saúde de n° 3.088 de 2011 como marco emblemático que traduz a insuficiência dos protocolos para a efetividade da atenção em saúde.

Como proposta capaz de vicejar a pavimentação das vias para seu tratamento apostamos na clínica fundamentada a partir dos elementos próprios e irreplicáveis construídos

[62] Grifo nosso.

continuamente junto ao usuário. Neste bojo, a psicanálise, ao admitir o sujeito estaria, de fato, exercendo uma prática sobretudo não protocolar, não constrita e não especialista: diante de cada caso encontra-se com uma cidade, procuram-se diferentes caminhos, criam-se saídas. Não há possibilidade de uma profusão contida em cada particularidade caber na restrição de um ditame.

Gostaríamos de prosseguir deste grau, nos orientando pela bússola da psicanálise, metodologia que coloca o sujeito ao norte, corroborando em nossa interrogação frente às ações coercitivas que se impõem no domínio do tratamento voltado para crianças e adolescentes com questões relativas ao abuso de drogas.

2 **EFEITOS DA REGULAMENTAÇÃO DA RAPS**

2.1 **Quando a saúde também faz eco à coerção**

Podemos aludir à regulamentação da RAPS, através da portaria 3.088 do Ministério da Saúde de 2011, como marco das políticas públicas de saúde mental que se alinham às plataformas coercitivas não só a exemplo do que já pudemos demonstrar no capítulo anterior com a inclusão das comunidades terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial, mas principalmente com a designação do CAPS enquanto serviço *especializado*[63]. Por mais que em maio de 2013, através de publicação em Diário Oficial[64], este termo tenha sido retirado da normativa, este dispositivo continua sendo concebido e operado deste modo. Podemos acreditar que a formalização desta rede de atendimento através de um instrumento legislativo forneceu elementos capazes de indicar o impacto que estratégias predominantemente sanitaristas podem ter no âmbito do cuidado em saúde mental.

Os efeitos da Psiquiatria Democrática Italiana, movimento do qual o campo público da saúde mental brasileiro é significativamente tributário, tiveram sua incidência especialmente na formação das bases da Atenção Psicossocial. A experiência italiana, diferente das demais práticas de psiquiatria reformada na Europa e nos Estados Unidos, propunha um giro mais contundente e concebia a desinstitucionalização enquanto processo de revisão do paradigma racionalista *problema (doença mental) – solução (cura);*

> Isto, como veremos, não significa, em absoluto, renunciar a tratar, a cuidar. Esse "rejeitar" a solução possibilita uma mudança de ótica profunda e duradoura que atinge o conjunto das ações interações institucionais. Não se está mais diante de um problema dado em relação ao qual se formulam e se experimentam soluções; ao contrário, estamos implicados no confronto com uma estrutura de respostas científicas, terapêuticas, normativas organizativas que se autolegitimaram como soluções racionais, definindo, plasmando e reproduzindo o problema à sua própria imagem e semelhança. (ROTTELLI, 2001, p. 28)

O movimento italiano não se reduzia, portanto, à construção de novas estruturas no território, as quais poderiam dar continuidade à função de custódia e coação tais quais os manicômios o fizeram. Sem o questionamento dos fundamentos científicos, legislativos e dos demais códigos de referência que se baseiam as respostas institucionais, as estruturas erguidas, mesmo com "roupagens" menos vis irão reproduzir o mesmo paradigma racionalista.

---

63 Grifo nosso.

64 Diário Oficial n° 96, 3°feira, 21 de maio de 2013. ISSN 1677-7042.

> A ruptura do paradigma (fundante dessas instituições) se refere à passagem da *pesquisa causal* à reconstrução de uma *concatenação possibilidade-probabilidade*; rompe-se a rigidez mecanicista constitutiva do processo de "doença".
> O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. *A ênfase não é mais colocada no processo de cura mas no projeto de invenção de saúde e de "reprodução social do paciente".* (ROTTELLI, 2001, p. 30)

A tônica, portanto, passa a ser no processo de investigação deste objeto, a doença, que, considerada em sua complexidade, não admite uma solução estável, pronta, instituída. A atenção psicossocial em suas origens continha esta inclinação, partindo e mantendo seu interesse clínico, assim, inédito, ante a cada objeto - problema que se apresentava. Filiava-se assim à proposta da Psiquiatria Democrática Italiana, a qual se colocava contrária aos procedimentos instituídos, protocolares que não comportavam um caminho novo a ser percorrido.

Podemos considerar que tal operação se mostra antagônica às abordagens comumente contidas nas cartilhas médico-sanitárias que atuam a partir de conhecimentos balizados por ímpetos de cura, *ready-made*. A oferta de serviços de saúde mental na cidade, por si só, como alternativa ao manicômio não expressa a abrangência daquela concepção revolucionária. Os dispositivos de atenção básica em saúde que passaram a vicejar nas artérias urbanas subestimaram as particularidades que a questão da loucura apresenta na trama social, indiferenciando-a em estratégias e tomando-a a partir dos universais. Neste sentido a regulamentação da *RAPS* vem coroar a manutenção do paradigma racionalista problema-solução, interessando-nos aqui, sobretudo, o estatuto *especializado* que o CAPS recebeu.

A dimensão clínica em sua vertente psicanalítica, a qual compôs junto ao então processo de transformação no campo da saúde mental influenciado pela Psiquiatria Democrática Italiana partia advertidamente das contingências emanadas de cada caso. Por se referir ao sujeito – sempre inédito – seu domínio é incongruente com o especialismo, visto que este parte de um saber prévio àquele (e este, por assim dizer, não o admite). Um conhecimento que deixa o sujeito de fora foi justamente de que a psicanálise se valeu para construir sua metodologia no sentido inverso. Freud propunha um caminho que partisse do sujeito, de seus indícios para dali extrair a forma que nele já se anunciava. Abandonava assim a via que depositava sobre o paciente elementos que não eram dele. A este respeito recorreu à imagem utilizada por Leonardo da Vinci para a sua analogia:

> A pintura, diz Leonardo, trabalha *per via di porre*, pois deposita sobre a tela incolor partículas coloridas que antes não estavam ali; já a escultura, ao contrário funciona *per via di levare*, pois retira da pedra tudo o que encobre a superfície da estátua nela contida. De maneira muito semelhante, senhores, a técnica da sugestão busca operar *per via di porre*; (...) deposita algo (...). A terapia analítica, em contrapartida, não

> pretende acrescentar nem introduzir nada de novo, mas antes tirar, trazer algo pra fora (...) (1996, v. VII, p. 247)

Nesta linha, podemos associar sugestão a especialismo tendo como efeito um *saber* que soterra a possibilidade de termos alguma "notícia" do sujeito. A psicanálise por sua vez, adubará a clínica com outro arranjo que permitirá sua alusão. O *saber* que agora comporta certa *verdade* do sujeito será a via através da qual se constituirá a direção a ser tomada, tendo em vista os pontos de apoio para "ali" algo ser possível "tratar" [65]. Nossa hipótese, a qual pretendemos aqui nos dedicar, sugere que para tal operação se faz medular a condução desde *o desejo do analista*[66].

Doris Rinaldi (2005:87) identifica o interesse dos psicanalistas na atuação no campo público da assistência à saúde no Brasil, especialmente em instituições de saúde mental, no final do século XX. Eles passaram a figurar entre os vários outros profissionais, a partir do deslocamento proposto pela Reforma Psiquiátrica que "(...) pôs em questão a hegemonia do saber médico-psiquiátrico no tratamento da chamada 'doença mental', o campo da saúde mental se tornou multidisciplinar, heterogêneo e plural, com diversos saberes e práticas se entrecruzando" (2005, p. 88). A presença do discurso analítico no espaço dos CAPS era o que fazia este dispositivo afeito às insinuações do *sujeito*; sendo a Psicanálise condição para a sustentação dos efeitos deste na instituição, o reconhecendo em sua lógica e, portanto o incluindo de algum modo.[67]

Encontramos em Elia, a respeito da participação de psicanalistas neste cenário, a seguinte passagem:

> Gostaria de tentar demonstrar esta lógica tomando como exemplo o que vem se passando no movimento que responde pelo nome de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica no Brasil, do qual um número significativo de psicanalistas, sobretudo de orientação lacaniana (pelos próprios recursos que essa orientação fornece à aplicação da psicanálise teoricamente rigorosa a um campo como a saúde mental pública), decidiu participar, o que faz com que o discurso psicanalítico se venha fazendo presente neste campo, seja nas propostas e práticas de intervenção nos dispositivos clínicos, na concepção e exercício da supervisão clínico-territorial, e isso vem se expressando em volumosa pesquisa, com produção de dissertações, teses, etc., tornando este campo particularmente propício à nossa análise das relações do sujeito e do Estado. (2015, p. 75 Psicanálise e Saúde – entre o Estado e o sujeito)

Observamos que inadvertidamente alguns podem tomar a RAPS como o apogeu da lida com o sofrimento psíquico "extramuros", promovendo os cuidados demandados a partir de cada caso. No entanto, apesar das arestas anunciarem tal enquadramento, verificamos que

---

65 Retomaremos sobre o Saber e a Verdade ao tratar da questão da Ciencia e do Sujeito.
66 Grifos nossos.
67 Grifos nossos.

sua *performance* não apresenta tal repercussão. Nossa hipótese diz respeito a não previsão decidida da função operada pela psicanálise nos dispositivos da RAPS. Apostamos que o analista e a particularidade que seu desejo produz apresentem algumas balizas capazes de tratar algo: alguma "coisa" específica e não especializada, alguma "coisa" do sujeito em questão. Buscaremos então sobre isso nos debruçar.

Faz-se necessário sublinhar que o advento da RAPS nos fornece elementos capazes de transmitir o *Zeitgeist*, a maneira como este período político-econômico-social, opera o tratamento àqueles que demandam cuidados em saúde mental. No entanto, não pretendemos na atual pesquisa nos empenhar a uma análise da portaria propriamente dita, senão o que ela é capaz de oferecer enquanto índice de um campo no qual não se opera o desejo do analista, porque lá, não se o pressupõe. Procuraremos demonstrar pela via de um fragmento de caso que teve como parâmetro de acompanhamento a psicanálise, como a "sua presença" – a do desejo do analista – têm efeitos de deslocamentos subjetivos e, segundo nossa defesa, será axial para o tratamento que comporte a dimensão do sujeito segundo os princípios da referida clínica.

Procuraremos então destacar sua incidência, percebendo seu impacto sobre o novo arranjo na história de Luana – nossa paciente em questão – assim como inferir uma necessária posição "marginal" da psicanálise junto às muitas políticas sociais, especialmente aqui, a da saúde mental. A este respeito, mais uma vez Elia nos subsidia desde sua afirmação que ela, a psicanálise, não suporta a condição de capitanear o Estado em suas políticas públicas: "E digamos imediatamente que não seria nem viável para a própria sobrevivência da psicanálise ocupar esta posição de proa. Nada a lamentar, portanto. É isso mesmo, e Freud já o demonstrou suficientemente bem em ' O mal-estar na civilização'. (2015, p. 77 Psicanálise e Saúde – entre o Estado e o Sujeito)

Talvez já seja possível demover, passados alguns anos, a ambição psicanalítica em constar como componente do *status quo* das estratégias de atenção que a cidade oferece àqueles que demandam um cuidado em saúde mental. Sua "condição estrangeira" tem aí sua função: a possibilidade de sua participação "desde fora", como lhe foi "concedido", paradoxalmente, seu "lugar" quando da regulamentação da rede de atenção psicossocial com o advento da promulgação da RAPS.

O CAPS, dispositivo expoente do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, engendrou no contexto inaugural deste processo uma maneira particular na lida com as questões que ele se propunha tratar; o que foi cunhado como *atenção psicossocial*. A respeito desta expressão, Luciano Elia comenta que se a primeira palavra se refere à saúde, a segunda

irá justamente "(...) retirá-la deste campo, pelo menos a fazê-la transbordá-lo, extravasá-lo (2013, p. 2)". Isso que "caiu" do campo protocolar da saúde ganhou o interesse da psicanálise. Analogamente ao *sujeito* quando "despatriado" do domínio da ciência veio a encontrar na via pavimentada por Freud e trilhada por Lacan sua condição de subsistência. Conforme verificamos, este caráter *"sobrante"* não se acomoda ao que está previsto por uma rede como a RAPS. Diante da constatação da posição deste excedente se faz necessário um ambiente externo que reconheça suas particularidades. Localizamos aí a psicanálise e, no caso deste trabalho, reiteramos nossa tarefa de destacar os efeitos do desejo do analista na circunstância em questão.

Mais uma vez um paradoxo nos encalça quando a RAPS atribui ao CAPS concomitantemente *status indiferenciado* diante dos demais equipamentos que a compõem, assim como o intitula como *especializado*. Por ora, cabe pontuar que ao ignorar as particularidades incorre-se no risco do não reconhecimento da alteridade. A psicanálise, a nosso ver, poderá justamente operar esta constatação, a partir de sua dimensão de sujeito[68].

Ao cunhar o CAPS como *especializado,* a RAPS extrairá justamente o "furo" que marca a psicanálise, que se funda em um saber necessariamente *a posteriori*, reconhecendo a falta como um de seus alicerces. Como a condição contingente da clínica poderá caber nos protocolos, fazendo com que sua operação – inédita a cada vez - não se asfixie no circuito de um fluxo previsível? O chiste causado por este paradoxo está no fato de, ao ganhar o *status* de *especializado*, o CAPS perde o ingrediente que lhe destacava, passando a ter sabor semelhante aos demais itens do cardápio da atenção em saúde.

Houve um momento em que a política pública de saúde foi capaz de reconhecer que a oferta especializada produzia os agravos diante da questão da loucura e que sua tônica era incompatível com os novos paradigmas de cuidado voltados para este campo. Diante desta consideração, a diversidade se colocou como marca, descentralizando as intervenções do saber médico, fazendo do campo da saúde mental um *pot pourri* não especializado. Este movimento centrífugo, estimulado, sobretudo pela Psiquiatria Democrática Italiana foi potencializado no momento em que a política reconheceu (de algum modo) nos sinais da clínica a direção pelas quais suas ações deveriam também se guiar.

Houve à época alguma articulação da política à clínica, mesmo que transitória e vacilante. O CAPS, a este exemplo, fora concebido em sua metodologia considerando

[68]Este entendido em seu registro inconsciente, tal como concebido pelo princípio psicanalítico que fornece os meios de acessá-lo, ou em sua dimensão de sujeito político, articulado ao e no laço social, que, a partir da leitura de Lacan no seu Seminário XVII, superpõe-se ao sujeito do inconsciente na estrutura do discurso.

questões pertinentes às psicoses. Seu funcionamento não poderia ser o mesmo que o dos ambulatórios, os quais vinham desconsiderando aspectos que marcavam, entre outros, a possibilidade de acesso à assistência aos pacientes que mais dela precisavam, contribuindo assim com o aglomerado humano que se depositava nos hospícios. Este cenário iniciou sua transformação no Brasil quando a política pública de saúde mental, em um lampejo efêmero, porém já conseqüente, apostava em meios onde a clínica tivesse algum reconhecimento e assim, pudesse operar.

Propomos relacionar à clínica em sua concepção psicanalítica aquilo que Luciano Elia (2013) se referiu como transbordante. Evento que guarda imprevisibilidade, mas que não deixa de ter uma lógica. O caso de que trataremos pretende ilustrar o assentimento deste método enquanto efeito de cuidado verificado em Luana. Continuamos com Elia (2004, p.17) ao fazer a opção em discorrer sobre a clínica a partir da categoria sujeito, esforço que pretende elaborar e, portanto transmitir a experiência psicanalítica. O sujeito seria a maneira que a psicanálise encontrou para nomear aquilo que não cabe e que transborda, como dissemos acima.

Para fazer operar esta lógica faz-se necessário o desejo do analista que, como já anunciamos anteriormente, compõe o fulcro da pesquisa em tela. Gostaríamos, então, de suscitar a questão dos limites contidos e nos paradoxos criados junto ao campo da saúde mental voltado às crianças e adolescentes usuários de drogas a partir dos elementos que compõem o campo da atenção psicossocial no Brasil: o viés protocolar, indefectível nas estratégias de políticas públicas e a presença do psicanalista em sua função de reconhecer o sujeito e, então, a partir daí exercer suas manobras clínicas.

2.2 **Protocolo e campo transferencial, efeitos divergentes na abordagem junto ao campo psicossocial**

Localizamos um exemplo que consideramos paradigmático acerca de um destes aspectos, chamaremos esta vertente de *sanitarista positivista* conforme sugere Elia (2015; p.69; Psicanálise e saúde entre o estado e o sujeito); a partir do pronunciamento do então Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, verificamos as vicissitudes que esta espécie de ação em política pública pode ter. Referimo-nos aqui aos anos 2011 a 2015, período este em que a RAPS foi firmada sendo assim ocasião de nosso interesse.

Durante um seminário[69], Roberto Tykanori Kinoshita afirmou que "as soluções técnicas não vão resolver as questões políticas" e ainda que "não podemos confundir política pública com clínica". Acreditamos que estas declarações possam contribuir para o desenvolvimento da análise de nossa pesquisa: se as políticas de cuidado em saúde não se engajam em práticas desde as demandas dos pacientes, no caso a caso, o que então irão tomar como referência? Quais serão seus efeitos? Que outro compromisso que não aquele com os integrantes da *polis* as políticas públicas teriam?

Entende-se que as políticas públicas devem se subordinar ao real, reconhecendo nas demandas, na clínica, o ponto a partir do qual se investirão os métodos, técnicas, que possam delas se ocupar. Sobretudo quando se trata do campo da saúde mental, a clínica a nosso ver, é instrumento de orientação para os próximos passos a seguir. Deste modo causa-nos estranhamento, porém também elucidação, as colocações do então coordenador de saúde mental, ratificando ações pautadas em outras bases. Práticas estas que alteram a ordenação, insistindo em soluções apresentadas antes mesmo dos problemas terem sido identificados

Apostamos que, conforme já sublinhado, o outro aspecto será composto pela presença da psicanálise a partir da função do desejo do analista que possibilitará uma operação que comporte um caráter de cuidado / tratamento. O desejo do analista é para psicanálise uma função que faz operar sua lógica, portanto, uma técnica própria a seu campo. Assim reconhecida, ela pode ser um meio capaz de suscitar, através dos efeitos de seu discurso, outras possibilidades acerca dos impasses políticos. Sustenta-se aqui a inclusão da psicanálise e seu *modus operandi* clínico, baseado no desejo do psicanalista, na cena política, trazendo consigo suas contribuições.

Seu aporte se dá na sustentação da dimensão do inconsciente, o qual implica o sujeito no processo de responsabilização mesmo ante aquilo que não reconhece como seu. Operação que nos parece bastante relevante no contexto da *polis*, considerando que implicar-se ou não nos fenômenos que aí surgem produz conseqüências distintas. A clínica enquanto ferramenta para intervenção na política resguarda a ambição deste compromisso aí existente.

Além deste, apontamos a concepção que acreditamos subsidiar as questões políticas, a qual, de saída não supõe um aparato que dê conta das contingências do real. Será preciso criar então dispositivos que suportem a lida com as vicissitudes e permita a construção de recursos para delas cuidar.

---

[69] Trata-se do Seminário "Maconha: Usos, Políticas e Interfaces com a Saúde e Direitos" que aconteceu nos dias 1°, 2 e 3 de julho de 2015 na cidade do Rio de Janeiro. O evento foi organizado pela FIOCRUZ e pela EMERJ.

O discurso psicanalítico, diferente de outros, como, por exemplo, o religioso, não se propõe a apresentar sua visão de mundo e seu corolário de valores, mas antes, se dispõe a se haver com os impasses, os furos contidos inevitavelmente nas questões apresentadas pela *polis*.

A respeito do sanitarismo positivista, atribuído ao então coordenador de saúde mental à época, a partir da passagem destacada em seu pronunciamento, identificamos que um de seus efeitos se inscreve, inclusive, no sentido contrário à proposta de inclusão social indicada pela RAPS. Seu funcionamento *protocolar* culmina por inviabilizar sua efetivação. Caberia neste ponto um esclarecimento acerca desta afirmação. Tomemos de partida a origem da própria palavra *protocolo* que já nos fornece elementos semânticos que indicam, dentro do contexto apresentado, a razão para atribuírmos a este funcionamento uma aderência mais frágil aos cuidados em saúde mental. Derivada do grego, quando desmembrada, *proto* e *kollon* correspondem respectivamente a *primeiro* e *cola*. Quando o livro ainda não tinha o formato tal qual o conhecemos hoje em dia e era manufaturado a partir do papiro, ele era colado um ao outro de modo a formar uma extensa folha que, enrolada, apresentava um aspecto cilíndrico, a primeira página deste era considerada justamente o *proto kollon*. Nela constavam algumas informações capazes de identificar o texto, não mais que o título, seu autor e talvez a data e o local onde fora produzido. Por mais que uma epígrafe seja capaz de anunciar a ideia de um escrito, ela é insuficiente para traduzir seu conteúdo. Entendemos assim que o *protocolo* cumpre a sua função ao limitar-se à sua tarefa, a qual já dissemos ser a transmissão de poucas referências de uma determinada obra. Seguindo nesta direção, ao falarmos em um cuidado *protocolar* estaríamos nos referindo a uma modalidade de intervenção pautada em índices iniciais, não avançando na direção ao que consideramos mais relevante: os registros construidos pelo autor, em nosso caso, o paciente. Processo o qual não pode ser prévio a este, nem bastar-se em premissas. Faz-se aqui necessário o tempo – transferencial – e a presença do analista. O cuidado em saúde mental extrapola o enunciado contido no protocolo, sugerindo que, para além dele há uma enunciação a ser lida e suportada. O desejo do analista pode ser tomado neste ponto, aquele que recolhe, reconhece e oferece um lugar para o outro no discurso.

O caso de Luana é capaz de demonstrar como um funcinamento *protocolar* tem efeitos distintos de outro que é operado diante do *desejo do analista*. A adolescente então com dezessete anos já se encontrava marcada por inúmeras experiências de privação de recursos de sobrevivência, violências física e sexual entre outras situações de violação de seus direitos. Precocemente apresentada a múltiplas drogas, seguida de seu uso abusivo, encontrava na

favela por onde circulava alguns pontos de referência. No período em que a ERIJAD a acompanhava fazia uso intensivo de *crack* e mantinha esta prática através do escambo da droga por sexo. De modo a ilustrarmos a discussão aqui já previamente traçada, nos reportaremos à determinada passagem de seu acompanhamento a qual, ante uma segunda gravidez, as abordagens *protocolares* anunciadas pelos equipmentos territoriais de atenção básica em saúde apontavam para um desdobramento diverso daquele proposto pela *dèmarche* psicanalítica.

O contexto da gravidez exigia especialmente articulação junto à Unidade Básica de Saúde de modo que o pré-natal fosse cumprido. Devido a uma circunstância contingencial Luana procurara fazê-lo em uma determinada unidade: seu companheiro fora contratado para uma empreitada no local e enquanto o mesmo trabalhava, Luana o aguardava nas cercanias: região por ela conhecida e por onde podia e conseguia circular. De acordo com a organização da rede de saúde, suas unidades deveriam funcionar atendendo uma a determinada população, geralmente aquela correspondente a um território circunscrito. Diante deste critério Luana não poderia ser ali acompanhada. As orientações protocolares indicavam um outro local de assistência: aquela "unidade não cobria sua área de residência".

Pôde-se então, através da presença de um "mediador" fazer as articulações necessárias de modo que Luana pudesse fazer seu pré-natal no local onde a mesma indicava ser possível. Neste ponto, a presença do analista operou sua função através da escuta sob transferência junto a Luana, mas também junto aos demais atores dos dispositivos acionados para o cuidado demandado ante ao contexto de vida que se anunciava. Podemos dizer que não foi sem a subversão do protocolo inicialmente posto que foram empreendidas ações capazes de trazer a Luana alguma organização e regulação em seu desejo de se tornar mãe. A transferência, portanto, como nos assegura a psicanálise é apontado por Elia (2015, p.249) como condição para o tratamento do sujeito:

> A psicanálise descobriu na experiência que este lugar engendra o que se pode, com todo rigor, denominar de *transferência;* é um lugar transferencial, sem o qual o sujeito não encontraria os trilhos para entrar na cena, e não haveira nenhum tratamento do sujeito e seu sofrimento psíquico (...)

Para tanto fez-se necessário que alguém, advertido enquanto função, se emprestasse para tal tarefa. O analista e o seu desejo aí comparecem possibilitando que o aspecto antes designado por nós como "sobrante", relativo ao sujeito e ao psicossocial, ganhem o protagonismo necessário para direcionar o tratamento, oferecendo elementos balizadores para os próximos passos a seguir. A concretude contida no enunciado protocolar tem a sua

legitimidade, porém, sem um convite subjacente à enunciação parece-nos que pouco se pode avançar. A respeito de uma *performance* desta ordem, no plano do trabalho em equipe, Elia (2015, p.244) nos oferece fundamentos que contribuem para o nosso reconheceimento acerca dos limites dos protocolos e a aposta naquilo que chama de transcendente - a enunciação referida:

> (...) as condições que aqui formulamos não devem ser entendidas como regras, postura metodológica e ética da qual só poderia resultar um modelo a ser seguido. Não no colocamos, de modo algum, como proponentes de um tal modelo, e sustentamos que cada equipe, em cada território, terá que dar de si, no sentido autoral (e não apenas no sentido de um empenho de trabalho) para que se contitua enquanto equipe. (...) O que propomos aqui são princípios, e não protocolos, e esses princípios se situam como dissemos, em um plano transcendente ao da operação concreta que temos que fazer em cada caso (...).

O esforço se dá, portanto, no exercício de ir além das cartilhas programáticas, reconhecendo que elas são insuficientes em abarcar os recursos dos cuidados necessários. Estes, para possuírem este caráter, precisarão ser identificados e construídos um a um. Para reconhecê-lo e fazer dele uma espécie de farol, o analista. Fazendo de seu ato uma espécie de desejo capaz de identificar as correntezas e localizando-as, arriscar-se na aposta em promover a travessia do sujeito ao seu oceano. Sendo cada passagem irredutível, não se reapresentando do mesmo modo, convocando à extraordinária feita da inscrição do singular e irreplicável.

Em nosso caso verificamos que para conter o empuxo das ofertas protocolares à Luana, fazia-se imprescindível a função de *um* que pudesse chancelar um caminho, aquele que a mesma indicava - vereda sempre insólita, porém o possível para fazer Luana percorrer e cuidar daquilo o que, inclusive, a atenção em saúde demandava: exames de sangue, ultra-som, presença regular nas consultas entre outros. Escutar Luana, acolhê-la e sustentar suas indicações junto à equipe da Unidade Básica de Saúde exigiu a equivocação das preditivas contidas nos fluxos estabelecidos. Subversão necessária e que sublinhava a presença de uma equipe – a ERIJAD – e a presença de um método – o da Psicanálise operado pelo analista – para fazê-la acontecer.

Este aspecto, a princípio menos óbvio e aparentemente tímido, acerca das indicações homogêneas contidas nos protocolos de saúde possuem efeitos que acreditamos não produzir a adesão dos mais vulneráveis aos cuidados possíveis junto aos dispositivos da rede. Este debate inscreve-se na ordem do dia de modo a questionarmos, a partir dos fundamentos com que a clínica psicanalítica nos orienta, acerca do *estado da arte* das atuais políticas de saúde mental no Brasil. Já se apresenta insuficiente a etapa que uma vez se fez imprescindível, a saber, o da desconstrução dos manicômios. Faz-se premente identificar que mesmo diante

dos avanços gerados pela Reforma Psiquiátrica os efeitos da exclusão se perpetuam; concepções e operações que persistem em produzir a não adesão do paciente aos equipamentos do sistema. É deste arranjo antinômico que este sistema, por sua vez, é constituído.

2.3 **A aposta da psicanálise no sujeito e a localização deste método na política de saúde**

Em seu artigo, *Por uma clínica que a Psicanálise nos ensina,* Borges (1987, p. 203) nos remete ao obituário escrito por Freud na ocasião do falecimento de Jean-Martin Charcot em 1893. Ali é possível acessarmos uma dimensão da clínica que fora transmitida à psicanálise; a respeito de Charcot e sua metodologia Freud diz: "Podia-se ouvi-lo dizer que a maior satisfação humana era ver alguma coisa nova – isto é, reconhecê-la como nova; e insistia repetidamente na dificuldade e na importância dessa espécie de 'visão' " (1893, v. III, p. 22). A perspectiva do médico francês fez tremer as concepções do ainda neurologista vienense quando este, então em 1885, chegava a Paris para trabalhar na Salpêtrière. Freud na ocasião escrevera em uma carta: " (...) ninguém jamais me afetou dessa maneira..." (1893, v. III, p. 19). Este novo olhar, convocado por Charcot, alertou Freud quanto à blindagem que as teorias poderiam comportar de modo a reduzirem as manifestações clínicas aos fenômenos já catalogados, constrangendo as iminentes variações e possibilidades a uma uniformidade previsível. Seria necessário desenvolver um método onde a teoria pudesse admitir um princípio de abertura, de dúvida e estranhamento que compusesse o arsenal instrumental de avaliação e intervenção. "Dessa experiência singular e fundante, que Freud inventou e nós herdamos, a prática clínica do psicanalista que o obriga constantemente a refazer o que sabe, compreende ou diz, por relação ao paciente-analisando, sempre singular" (BORGES, 1987, p. 205).

A não naturalização dos fenômenos era a possibilidade de interrogar justamente aqueles que padeciam de seus sintomas. A respeito da superação de uma teoria monolítica como a da medicina psiquiátrica, Borges (1987, p. 206) comenta que esta ao se encerrar em seu próprio discurso, elimina tudo o que este não compreende. A autora cita Clavreul ao nomear esta condução como "função silenciadora". Fazer falar o paciente e escutar ali algo de inédito nisso, o sujeito, foi a novidade que Freud empreendeu, procurando em sua sistematização incluir esta dimensão da *Spaltung*. A práxis psicanalítica irá impor ao analista esta marca: "Esta fenda, ele a reconhece de maneira como que cotidiana. Admite-a na base já

que o simples reconhecimento do inconsciente basta para motivá-la e que, além disso, ela o submerge, por assim dizer, em sua constante manifestação" (LACAN, 1998, p. 869).

Luciano Elia (2004, p. 10) nos adverte, no entanto, que o conceito psicanalítico de sujeito fora introduzido por Lacan, quando o reconhece tributário ao advento da Ciência Moderna, nascido, portanto no século XVII. A construção deste conceito por parte de Lacan não foi sem as contribuições freudianas; ao contrário, partindo de seus fundamentos, erigiu outros pilares que sustentarão também o campo psicanalítico.

Somado às substâncias psicoativas e seus usuários, o sujeito também compõe a série na mira da varredura empreendida pelas ações coercitivas. Aqui ao mencionar o sujeito, falamos da operação psicanalítica, a única que o reconhece, apostando nele para o que então poderá advir. Dentro de nossa discussão faremos uso deste conceito de modo a extrair de suas conseqüências subsídios capazes de transmitir os efeitos que este arranjo promove na clínica e na política. A cena capaz de comportá-lo apresenta suas condições. Apostamos que estas se precipitem a partir da presença da psicanálise, encarnada aqui pelo analista desde o seu desejo. Considerando, portanto, que atravessaremos esta paisagem das políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes usuários de drogas no bonde da psicanálise, propomos nos guiar pelas pistas deixadas por onde supomos que o sujeito tenha passado para verificar do que se trata quando nos referimos a um cuidado que o tenha como bússola.

Trata-se do sujeito do inconsciente, de "quem" nada é possível se saber antes, de "quem" só teremos notícia através de uma regra considerada fundamental à psicanálise, a da *associação livre*, que, embora seja formulada como uma "fala sem sujeito" (LACAN, seminário XVI, Lição "O fato e o dito"), é o único acesso a ele. Seguindo com a metáfora aludida, poderemos relacioná-la à estação onde o sujeito embarcou para esta viagem. Esta será a condição que Freud indicou para reconhecermos os rastros nas "paradas" que o sujeito poderá fazer: as formações do inconsciente - atos falhos, chistes, lapsos, sonhos, sintomas e a transferência – são suas possibilidades de baldeação. Este trabalho se propõe a investigar questões atinentes a esta última

> Ao contrário, em sua ética, a psicanálise interdita a especialidade, pois está referida a um saber sobre o qual não se tem conhecimento e toma o sujeito, dividido entre o saber e a verdade, como baliza de seu trabalho. Assim, não somente assume sua condição de 'saber não saber' mas, no nível institucional, retira das outras áreas o caráter de especialidade: se é o sujeito que aponta a direção do trabalho, não há um saber prévio e empírico sobre ele. (Psicanálise, clínica e Instituição ELIA, 2005:129)

Segundo Cavalcanti (2005, p. 170) a abordagem psicanalítica se faz ao avesso do dogmatismo, o qual se coloca como um saber sobre o paciente, sempre pronto a dizer o que

ele é. Na clínica fundada por Freud, a verdade está do lado do sujeito, a partir dos equívocos que seu enunciado revela. Não existe um roteiro do qual o analista possa se valer para reconhecer seus sinais. Será necessário o estabelecimento de um campo transferencial para tanto. Esta novidade trazida pela psicanálise faz com que toda e qualquer sistematização especializada seja incompatível a algum acesso aos indícios do sujeito. Seu reconhecimento é sempre *a posteriori* e toda manobra que o suponha aprioristicamente elimina qualquer possibilidade de "encontrá-lo". O grande *boulervard* do especialismo, com suas vias já pavimentadas e suas vitrines iluminadas, não será um cenário permeável aos seus vestígios. O deslocamento do sujeito, sempre desviante, acontecerá nas searas paralelas, suporte onde suas marcas poderão ser impressas de alguma forma, mesmo que em um lampejo efêmero.

A este respeito Lacan em '*A Ciência e a Verdade'* (1998, p. 869) menciona o rompimento de Freud e Jung como manifestação da diferença epistemológica que estava em jogo. O sujeito da psicanálise, filiado ao da ciência moderna, mantém-se esvaziado, sem qualidades, comportando uma abertura de imprevisíveis registros. Os arquétipos junguianos, ao contrário, encerram as possibilidades de inscrição ao que é esperado por seu autor. Neste caso não se trata mais, portanto, do sujeito da ciência e da psicanálise e sim a encarnação "de um sujeito dotado de profundezas, este último termo no plural, o que significa um sujeito composto por uma relação com o saber (...)" (1998, p. 872). Este saber especializado coloniza a paisagem, impossibilitando identificar as manifestações que não sejam as já conhecidas. O especialismo traria um olhar adestrado, sempre voltado para a mesma direção, demitindo qualquer vocação ao ineditismo tal como fora herdada por Freud de Charcot. A *Spaltung* tomada como princípio implica na diminuição dos riscos em se perseguir aquilo que já se sabe."(...) a inscrição não se grava do mesmo lado do pergaminho quando vem da impressora da verdade ou da do saber" (1998, p. 878). Esta dimensão da verdade Freud cunhou como inconsciente e seu alcance só poderá ocorrer através da linguagem, enquanto suporte para a enunciação inconsciente que subjaz ao enunciado; o que for marcado enquanto um furo nesta via fornece algum acesso ao sujeito. O saber que se supõe sobre ele virá para silenciá-lo.

Lacan ilumina ainda mais nossa crítica ao especialismo ao dizer: "Seja como for, afirmo que toda tentativa, ou mesmo tentação (...) de encarnar ainda mais o sujeito é errância: sempre fecunda em erros e, como tal, incorreta" (1998, p. 873). Toda tentativa de caracterizá-lo faz desviar aquilo que ele é por estrutura: indefinível, ou melhor, a ser definido pontualmente a cada advento de sua assunção. Inapreensível senão no momento de seu surgimento. Impossibilitado, portanto, de ser interpelado enquanto especializado.

No bojo de nossa pesquisa, em que pudemos verificar que os mecanismos coercitivos das diferentes políticas vigentes impostas aos usuários de drogas, alguns já apontados no primeiro capítulo, promovem a exclusão da dimensão de sujeito nesses usuários, sustentamos que o não reconhecimento do sujeito promove consequências *análogas*. Isto não faz com que ele deixe de "existir", mas ignorá-lo tem seus efeitos. Qualquer possibilidade real de sua inclusão parte necessariamente de uma aposta ética e metódica no sujeito, operação fundante da experiência psicanalítica. Diante do exílio efetivado pela própria Ciência, a psicanálise "repatriou" este sujeito e se implicou na tarefa de, mesmo diante de sua instabilidade e insubordinação, "oferecer-lhe" algum refúgio.

Já possuímos alguma informação de sua procedência e nos parece fundamental visitarmos sua gênese de modo a transmitir a relevância da psicanálise como uma metodologia que parte e se interessa por isto que sobrou, o sujeito, sendo, portanto, inclusiva em sua estrutura. Na radicalidade de sua lógica, o princípio da universalidade se efetiva com a psicanálise, integrando o sujeito e inventando um jeito sempre único e sincrônico à "sua" lida.

Descartes (1596-1650) empreendeu no campo filosófico o corte epistemológico que marca a passagem do pensamento aristotélico/medieval para o científico/moderno. O "*Penso logo sou"* consiste, segundo a leitura que Lacan faz deste momento, o correlato do passo científico de Galileu, que criou o método hipotético-dedutivo, questionando a metodologia anterior, a empírico-indutiva.

> Pela primeira vez na filosofia, o discurso do saber se volta para o agente do saber, permitindo tomá-lo, ele próprio, como a questão do saber. Pela primeira vez não se tratava apenas de situar os seres, de pensá-los através de uma ontologia, de uma metafísica, mas de colocar em questão o próprio pensar sobre o ser, que se torna assim, também pensável (ELIA, 2004, p. 13)

A ciência moderna faz advir o sujeito como suposição, mas também o exclui. A psicanálise irá justamente oferecer os recursos para incluí-lo de um modo particular. Será, portanto, Freud, no final do século XIX, que irá resgatá-lo e dar a ele 'um lugar'. Porém, um outro lugar, 'uma outra cena':

> Freud não inventou um sujeito novo, mas antes pôs esse sujeito em outro lugar, em outra posição. Com a descoberta do inconsciente, ele mostra que o sujeito da consciência, tão falado pelos filósofos, ' não é mais o senhor em sua própria casa'. Freud desvia o estatuto do sujeito cartesiano (que pensa) e demonstra, pela análise dos sonhos, que esse sujeito é pensado, ou seja, no campo do sonho, o sujeito está em casa. "Wo es war, soll ich werden": o eu é a sede das resistências e fonte do desconhecimento; no eu existe uma parte consciente e outra inconsciente (ELIA, 2005, p. 187)

Com este gesto, Freud transforma a história do Homem e constrói uma metodologia que tem como pressuposto o sujeito. É ele quem deve ocupar o centro da cena e a clínica então inaugurada faz jus às origens deste termo: do grego *kliniketekhne,* a prática que se debruça sobre *cada* leito. A clínica é, então, do sujeito. "O psicanalista, sem emitir juízo, escuta, provoca equívocos, faz enigma, descompleta. Com seu ato, dá existência ao inconsciente e promove a psicanálise o particular de cada caso" (2005, p. 190)

Esta dimensão da diferença é evocada por Freud em '*Linhas de progresso na terapia analítica*' (1919, v. XVII, p. 174). Neste artigo o método psicanalítico é associado ao da química. Em ambos os casos trata-se de um processo similar, a saber, analisar compostos complexos a partir de seus elementos constitutivos. Tal situação é ilustrada com uma situação psicanalítica por excelência: "(...) quando interpretamos um sonho, ignoramos o sonho como um todo e derivamos associações dos seus elementos em separado". O trabalho estaria no desenredar desta trama e não simplesmente na sua classificação. Freud se referiu a esta última como *síntese,* em declarada antinomia ao termo *análise*. Sua crítica neste sentido dizia respeito ao empuxo de se aproximar fatos distintos a partir dos poucos pontos afins, enfatizando assim o caráter da semelhança em detrimento da diferença: "Aquilo que é psíquico é tão único e singular, que nenhuma comparação pode refletir sua natureza" (vol. XVII, 1919, p. 175). O que importa para a psicanálise será menos um rótulo e mais a tarefa da verificação de como aquele arranjo se deu. Ao relacionar a ideia de *síntese* a uma "frase vazia" (p.174), "uma exploração injustificável de um nome" (p. 174), Freud ratifica que seu método não a privilegiará, ao menos não àquela formulada pelo analista, como veremos a seguir.

O artigo sublinha ainda a atividade do analista enquanto dotada de especificidade e contundência em sua intervenção, tais quais outras práticas, a exemplo do cirurgião, do ortopedista ou do educador. A do analista seria a "(...) tarefa terapêutica (p. 175)" que consiste em "(...) tornar consciente o material reprimido e descobrir as resistências" (p.175). As novas combinações derivadas deste processo serão de autoria do paciente. O analista, responsável pela decomposição dos elementos, deverá então assumir uma postura abstêmica permitindo ao paciente a possibilidade dele mesmo construir uma nova síntese, esta agora com valor de verdade. Freud propõe que o trabalho do analista seja acessório - permitindo acessos - tornando o paciente protagonista deste processo. Esta posição esvaziada, privada de um saber faz com que o analista suprima a realização de suas próprias sínteses, sendo designada por Freud como "princípio fundamental que provavelmente irá dominar nosso trabalho". (p.176)

Destaca ainda que o analista deve "(...) assumir a forma de enérgica oposição a satisfações substitutivas prematuras (v. XVII, 1919 ,p. 177)" sustentando, ao custo do manejo que cada caso exigir, a abertura para o deslocamento, evitando o fechamento que elas possam produzir. Por mais estranho que soe, será necessário renunciá-la; em relação a ela, Freud esclarece:

> (...) a redução dela coloca em perigo a nossa finalidade – a restauração da saúde do nosso paciente. Qual, então, é a conclusão que se nos impõe inevitavelmente? Cruel como possa parecer, devemos cuidar para que o sofrimento do paciente, em um grau de um modo ou de outro efetivo, não acabe prematuramente. (v. XVII, 1919, p.176)

Falamos então de um lugar / função que exige abandonar a postura que acredita ser possível eliminar toda e qualquer forma de mal-estar, supondo que no gesto da oferta da escuta se conclua a tarefa terapêutica. Ela aí irá ter seu início.

Além desta direção, Freud nos apresenta mais duas, as quais vêm sendo desconsideradas, sendo possível uma leitura que as compreenda como contributivas à atual conjuntura da oferta dos cuidados em saúde mental às crianças e adolescentes usuários de drogas. Desaboná-las parece ter o custo da reedição de práticas excludentes que se atualizam nas instituições especializadas e nas ações monocórdias de abstinência e longas internações. A referência aqui se dá à recusa do analista em utilizar o tratamento como espaço de realização dos seus preceitos, fazendo do paciente uma espécie de espelho a refletir os seus ideais. Pela clareza da transmissão, vale reproduzir a direção do autor:

> Recusamo-nos, de maneira mais enfática, a transformar um paciente, que se coloca em nossas mãos em busca de auxílio, em nossa propriedade privada a decidir por ele o seu destino, a impor-lhe os nossos próprios ideais, e, com o orgulho de um Criador, a formá-lo à nossa própria imagem e verificar que isso é bom. (FREUD, v. XVII, 1919, p.178)

Esta questão ganha maior complexidade quando crianças e adolescentes - segmentos histórica e juridicamente tutelados pelo Estado e pela sociedade, mais ainda quando inseridos no contexto da vulnerabilidade social conjugada ao uso de drogas - estão em foco. Gostaríamos de nos ater sobre este último aspecto em que, como visto no primeiro capítulo, dentro da política proibicionista, o tratamento em seu escopo de saúde é concebido fundamentalmente desde a lógica da abstinência, acarretando alguns conceitos, dentre os quais, a noção de *recaída*. Concepção compartilhada pelo senso-comum e alimentada por alguns especialistas. A ela associa-se uma espécie de "fraqueza" do usuário, sua "falta de ingerência sobre a vida", constituindo-se muitas vezes como pressuposto para intervenções antecipadas e decididas, sobretudo pelo profissional à frente do "cuidado". Neste bojo, a expressão *dependência química* vem ratificar este entendimento ao sinalizar, através do

primeiro termo – dependência – a condição de obediência e submissão do paciente em relação ao especialista: da dependência ao objeto droga para a dependência a um especialista. As decisões sobre o tratamento passam a ser predominantemente validadas por este último, uma vez que a fala do usuário de drogas é destituída de valor (ou ao menos, predominantemente colocada em dúvida). As consequências deste julgamento têm efeitos para além do campo da saúde e da clínica; conceber alguém como dependente químico oferece consistência a discursos e instituições que passarão a existir para se ocupar em decidir sobre/por ele. A este respeito Souza e Carvalho (2015) demonstram como a ciência médica passou a tomar o problema da dependência química como doença crônica, de dependências sem fim. Retirando do sujeito a possibilidade de decisão, delegando à segurança pública, sobretudo, a ingerência sobre situação afins.

A orientação freudiana, mais do que nunca se faz relevante diante do exposto, fazendo com que o jugo do paciente seja subtraído em prol de sua implicação em seus atos, em seu cuidado. Sendo assim imprescindível sua participação na composição dos elementos que direcionarão seu tratamento. Ana Cristina Figueiredo (2004) reforça esta posição junto à aposta feita pela psicanálise:

> Produzimos um sem-fim de saberes 'sobre' ele, mas nunca 'a partir' dele, aí está a delicada subversão do saber operada pela psicanálise. Há um caminho a percorrer e não sabemos o tamanho do passo de quem acompanhamos, nem mesmo como podemos acompanhá-lo, descobrimos caminhando ao lado, atrás, mas nunca na frente, ainda que em determinadas ações tenhamos que nos antecipar, mas isso só em momentos mais críticos de cada caso.

Sustentar que a fala do paciente tenha lugar de destaque e promover um arranjo de modo que nela possa se expressar algo do sujeito são marcas que o discurso psicanalítico imprimiu no seio da atenção psicossocial.

Por fim, dando continuidade às orientações contidas nas ‘*Linhas de progresso na terapia analítica*’ (v. XVII, 1919) temos mais uma direção indicada por Freud, a qual considera que para cada doença haverá um determinado tratamento. Dimensão que também podemos ler como negligenciada na atualidade dos serviços de saúde voltados às questões pertinentes às drogas, uma vez que todos os pacientes são tomados sob a alcunha da “dependência química.” Designação que não se refere às estruturas clínicas, configurando-se como uma classificação genérica insufuciente em indicar as referências apropriadas na condução do tratamento. A todos serão oferecidos o mesmo: longas internações e abstinência.

Ao interessar-se portanto pelo sujeito, a psicanálise não poderia ter sua atuação circunscrita aos consultórios privados, “local” do nascimento deste método, porém

ultrapassável e extensível às instituições e à esfera pública. Esta perspectiva de ampla atuação fora reconhecida por Freud, situando a psicanálise enquanto uma lógica passível de ser operada onde quer que fosse. “As novas condições” (v. XVII, 1919, p. 181) com as quais os psicanalistas iriam se defrontar ao longo do tempo nos diferentes espaços não seriam impeditivas à sua realização. Ao contrário, a tarefa de construir novas possibillidades de sua inserção se coloca como um motor, impulso necessário às adequações pertinentes para sua prática junto a novos grupos e diferentes contextos. A atenção psicossocial em seu fundamento foi, portanto, uma destas tentativas.

3 **ERIJAD, UMA OUTRA NARRATIVA PARA INTERFERIR NA CIDADE**

3.1 **O caso clínico enquanto índice operativo**

Fazemos aqui a opção em apresentar a ERIJAD a partir de um caso clínico, buscando através desta escolha já transmitir sua metodologia, a qual encontra na psicanálise seu norte. Sua construção pretende expressar o funcionamento de uma equipe, seu modo de operar junto aos demais atores da rede territorial de serviços, sua posição política acerca da questão das drogas ditas ilícitas, e seu entendimento clínico neste processo.

A respeito do caso clínico e o que ele é capaz de traduzir citamos Ana Cristina Figueiredo, que sublinha a extensão de sua relevância para além de um apanhado de dados acerca da história de alguém, traçando antes uma construção de outra ordem, a qual almeja localizar a posição do sujeito a partir de seu discurso.

> O caso é produto do que se extrai das intervenções do analista na condução do tratamento e do que é decantado de seu relato (...) (...) a idéia de uma formalização necessária do relato que não se reduz a uma teorização formal nem a uma elaboração de saber sobre os problemas do paciente. Pelo contrário, trata-se de colocar em jogo os significantes do sujeito, suas produções com base na elaboração em análise e a resposta do analista em seu ato com os efeitos que daí advenham para cernir certos significantes numa composição mais esquemática, visando decantar a história e traçar o caso a partir do discurso (p.79)

Traremos, sobretudo, a construção feita a partir do caso clínico de Luana, considerando que o mesmo será também capaz de "dizer" sobre esta equipe e ao que ela se propôs em sua lógica de trabalho no campo da saúde mental voltado para crianças e adolescentes usuários de drogas. A incidência desta lógica de trabalho teve seus efeitos verificados em Luana e também na própria ERIJAD. Em ambos os casos houve deslocamentos: se antes esta equipe se dizia um dispositivo com propósito de acionar os recursos territoriais necessários para construção dos cuidados que se voltavam ao referido público, o acompanhamento do caso em tela revelou algo que mesmo "sabido", só teve a chance de ter "sua verdade" reconhecida *a posteriori.*O que passou a se destacar entre os muitos impasses suscitados pelo caso de Luana fora a questão transferencial.

Podemos dizer que esta referência, tomada enquanto princípio norteador para o trabalho e inscrita desde o âmbito teórico, passou a ganhar outro *status* à medida em que os efeitos da presença do analista (chamado no cotidiano da prática como "referência do caso") foram sendo verificados nesta tecitura. Ou seja, a questão da transferência e seu correlato a do

lado do analista se impôs de modo que esta formulação metodológica fosse reconhecida pela ERIJAD como condição ao trabalho.

Tendo em seu escopo original a atribuição de promover a chegada dos casos de maior vulnerabilidade aos serviços então encontrados no Sistema de Garantia de Direitos das Crianças e Adolescentes (SGDCA), a ERIJAD parecia acreditar que sua tarefa se encerrava neste ponto: identificação da demanda, avaliação dos recursos da rede que poderiam se converter em cuidados para o paciente em questão e fazê-lo aí chegar. Fazendo assim jus à herança deixada pelo processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, o qual, sobremaneira, buscava implicar a sociedade na garantia de cidadania de um determinado segmento nos mais diversos espaços da cidade.

Considerando este aspecto, comumente se avaliava negativamente quando um determinado caso demandava a presença de sua referência por um longo período para "aderir" a um destes equipamentos. A este respeito, algumas considerações eram levantadas: interrogava-se a referência do caso por um excesso de tutela, ferindo um dos pilares os quais se assentam a base da RPB, a saber a autonomia. Interrogava-se o paciente acerca de uma possível "resignação a uma não adesão" devido às ditas características do segmento etário atendido, somado às supostas incidências das substâncias psicoativas as quais teriam o empuxo de os desimplicarem em seus cuidados. Interrogava-se o serviço então encaminhado, condenando-o por reproduzir uma lógica excludente, a partir de uma receptividade duvidosa diante de um público cada vez mais estigmatizado.

Através do acompanhamento de Luana foi possível perceber ante aos pontos acima elencados que a variável *presença da referência do caso* era fator a ser incluído enquanto parâmetro norteador, sem o qual as ações em todas as frentes envolvidas seriam incipientes e não portariam algo da ordem do cuidado ou adesão. O trabalho, portanto, de fazer dos pontos de acesso da rede uma "chegada" não poderia ser sem a função daquele que ali se colocava junto; conceber a referência do caso sob o registro do desejo do analista foi a operação que identificamos ter sido o motor para atuação da proposta da ERIJAD, desejo este advertidamente submetido, como dissemos, ao particular que cada caso propunha enquanto direção.

Para além de subsidiar a procura e oferta de um porto onde atracar, foi possível perceber que nesta travessia o laço construído entre as partes demonstrava ser um elemento relevante junto aos efeitos de contorno produzidos. Circunscrição necessária para então se ter a dimensão do campo, os elementos que deveriam ser contemplados e os instrumentos a participarem em seu manejo.

Quando nos referimos ao que fora construído junto a Luana estamos necessariamente sublinhando a importãncia desta inflexão para a própria equipe que a acompanhava, ambas afetadas; Luana e a equipe. Sua decorrência se faz notar desde a incidência do desejo do analista, possibilitando o protagonismo do dito sujeito em questão, traduzindo uma maneira bastante própria à atuação da psicanálise. O caso clínico a ser apresentado se oferece enquanto suporte para a transmissão desta lógica.

O mencionado desvio da equipe em tela sublinha o fato da implicação de ambas as partes no processo, sendo possível identificar no trabalho de articulação da rede efeitos desta metodologia. Os impasses que os casos suscitavam permitiram a revisão daquilo que as ações que visavam o engajamento dos sujeitos aos serviços de base territorial em seus diferentes setores. A adesão a estes ocorreria não sem um tipo diferenciado de compromisso e participação: transferência e desejo do analista. Esta percepção não estava clara desde o princípio promovendo, inclusive, resistência por parte dos integrantes da ERIJAD ao assumirem os casos para si. Uma posição muitas vezes vacilante que culminava ao reforçar um "sem lugar" para o caso, e um "sem lugar" para a equipe ao enunciar nos espaços plurais seu trabalho.

Situações como a de Luana convocavam o reconhecimento da incidência destes aspectos, confrontando a equipe a melhor dizer de sua prática. As pactuações puramente formais entre os serviços seriam insuficientes diante da tarefa de "enganchamento" do caso aos encaminhamentos feitos; a implicação do analista poderia ser tomada nesta dimensão como recurso determinante na contribuição dos passos subsequentes. Conforme já anunciava Lacan em 1958, na *Direção do Tratamento e os Princípios de seu Poder,* há uma parte que não cabe apenas ao paciente, mas que irá incluir o analista com a quota que lhe cabe. Todos estão envolvidos a pagar cada qual com seu quinhão: paciente e analista.

A repercussão das ações relacionava-se intrinsecamente em um certo "empréstimo de si" por parte do analista. A transmissão não se encerrava, portanto, na transferência de informações acerca do caso, nem tampouco nas convenções acordadas entre equipamentos. O circuito demandava uma sustentação que entendemos se expressar na presença do analista especialmente junto ao caso, assim como no enunciado que o próprio nome da equipe sugeria (ERIJAD), o qual, através de um dos termos que constituia sua sigla/seu nome, produzia uma certa suposição de saber frente aos equipamentos acessados, qualificando os encaminhamentos então acordados. Constar como uma equipe de ***referência*** para questões relacionadas ao uso de drogas no campo infanto juvenil promovia junto a eles uma chancela para o acompanhamento dos casos em um enquadramento imaginariamente incomum para o

que o senso comum entendia como necessário a este segmento: espaços especializados, cerceados por significados e intervenções previamente pensadas.

3.2 **Anagrama de um novo arranjo: de Luana à Analu**

De modo a contextualizarmos minimamente o momento do caso do qual trataremos é possível dizer que no primeiro dos quase cinco anos de acompanhamento, testemunhamos situações radicais como o acolhimento institucional do primeiro filho de Luana e seu posterior processo de colocação em família substituta. Um significativo agravamento de seu quadro clinico especialmente no que dizia respeito ao uso de *crack*, o que a levou a algumas internações psiquiátricas. Basicamente neste período o acesso a ela e os cuidados que lhe eram prestados se davam através do contato e atendimentos regulares a sua mãe em espaços diferenciados, fossem eles no Conselho Tutelar de referência ou mesmo no CAPS AD[70]. A história de Luana foi se revelando desde antes de seu nascimento, através da narrativa de sua mãe, como um percurso de muitas perdas, violência e silêncios.

No transcurso de seu acompanhamento, tornava-se cada vez mais possível o contato diretamente com Luana. Diante da tarefa da construção de sua rede de apoio territorial notava-se sua atenção pelas ocasiões em que era recebida nestes espaços. Sobretudo, sua disposição parecia se voltar para os momentos em que os atores destes serviços demonstravam interesse por sua historia, aquela que não se reduzia às ocasiões das intoxicações agudas e situações afins. Recuava diante da tarefa de se apresentar, demandando que sua "referencia" a fizesse. Do ponto em que esta pôde entender seu significado - acolher seu pedido, identificando nele a aspiração em escutar sua historia – tomou-se um tempo.

Certa resistência inicial por parte da analista fez com que houvesse uma aposta precipitada de que Luana pudesse contá-la. Porém, em um segundo tempo foi possível resignificar esta demanda, considerando-a como condicionante necessária para as construções que iriam dai advir. Parecia que quando Luana escutava sobre si, a partir de algumas passagens de sua trajetória de vida, através de um outro ao qual ela endereçava essa narrativa (um outro, muito peculiar na escolha de Luana) fazia-se aí uma importante função para ela. Algum ponto em que pudesse se localizar para então poder, desde ai, "tomar as palavras", construir sua ficção e como veremos, empreender sua própria nomeação.

[70] Local utilizado pela onde a ERIJAD como ponto de convergência para as reuniões e discussões de caso.

Lacan aqui pode nos ajudar ao dizer; “É a anunciação de que a história instaura uma outra dimensão de discurso, e abre a possibilidade de subverter completamente a função do discurso como tal (...)” (2008, p. 36). Não somente Luana, mas muitos dos casos acompanhados pela ERIJAD chegavam aos serviços de cuidado e/ou proteção de modo “anhistóricos”, carregando somente uma marca indiferenciada e universal de usuário de droga, o qual só e capaz de localizá-lo no mesmo lugar do discurso. *Recolher os cacos de história* em vistas à construção de uma outra narrativa representava incluir algo radicalmente próprio, algo do sujeito. Para o registro de sua história fazia-se necessária a função de um que pudesse reconhecer estes traços singulares, dando a eles um suporte. Neste sentido tomamos a transferência como a via construída desde as bases do que é testemunhado ao analista, autorizando-o às ditas manobras clínicas, entre elas, a interpretação - o ato analítico através da palavra - possibilitando a ereção de uma biografia capaz de ser transmitida por aquele que porta o sujeito em si.

Ao alinhavar a biografia de Luana não só junto aos atores da rede, mas, sobretudo, junto a ela própria, permitiu-a esboçar um outro “lugar” de onde pudesse cerzir sua narrativa promovendo o deslocamento da droga como protagonista. Esta, neste papel de destaque, a subtraía diante das outras “possibilidades de existência”: do arquétipo ao particular, daquilo que se figura como determinado e apriorístico a algo inédito e contingente. Luana se depara com a sintaxe de sua vida à medida em que íamos construindo com ela seu mosaico, reconhecendo os “riscos de seu bordado”. Isso fez com que através de uma segunda gravidez ela pudesse mais do que emprenhar.

A formulação de uma pergunta foi a construção que acreditamos ter sido o esboço para alguma ancoragem, ponto de partida para um outro momento. No caminho para a primeira ultra-sonografia, conduzidas pelo onibus, acompanhando a paisagem enquanto o transporte se deslocava, Luana interpelou sua “referência”: “ – Será que aquela moça ali é mãe?”, “Você é mãe?”À medida em que percorríamos as unidades de saúde e os equipamentos socioassistenciais este significante passava a ser ainda mais presente; com o anuncio da gravidez em seu corpo se tornando cada vez mais evidente e a constância dos atendimentos nestes espaços, seus atores passaram a se referir a ela como “mãe”, sobrepondo-o aos chamamentos depreciativos que usualmente utilizavam: *drogada, vagabunda, cracuda...* Mesmo com um certo estranhamento deste novo reconhecimento, Luana pôde anunciar seus anseios acerca do que estava por vir e do que queria transmitir. Um dia pôde dizer do desejo que seu bebê fosse uma menina porque, segundo ela, queria que seu nome tivesse as mesmas letras que o seu, porém em outra ordenação.

Perto de parir, em uma das visitas domiciliares que fazia por vezes, Luana me mostrou o caderno que uma vez lhe dera para anotar os dias e horários das consultas do pré-natal. "Já escolhi o nome da minha filha e ele tem as mesmas letras que o meu". Li o anagrama construído por ela que fazia de ***Luana (seu nome)***, ***Analu (o da filha)***. Percorria com o dedo indicador a palavra escrita mostrando como a seqüência das letras se posicionava de modo que, mesmo contendo os mesmos elementos, a nova ordem trazia um nome diferente do seu. A escolha por uma nova (dis) posição de letras, compondo algo de novo, inédito, porém contendo elementos precedentes pode ser tomado como anúncio do deslocamento promovido pelo processo o qual a psicanálise participara com ênfase. A partir do que aqui localizamos como fundamento para tanto, o campo transferencial, identificamos algumas condições que auxiliaram em sua sustentação, dentre elas o trabalho em equipe - a ERIJAD - a de uma política pública - a da atenção psicossocial - mas, sobretudo a da presença de um analista.

Resgata-se neste ponto o momento em que conhecemos Luana aos 14 anos, quando encontrava-se na condição de **desprenhar** seu primeiro filho. Sozinha na maternidade referiam-se a ela a partir do significante / expressão "usuária de *crack*". Luana encontrou-se grávida em um contexto vivido predominantemente nas ruas, na sobrevivência da hostilidade que a miséria é capaz de produzir: o assassinato de seu pai, testemunhado por sua mãe quando Luana ainda estava no ventre desta, um suposto abuso sexual aos 08 anos de idade, o deslizamento do morro onde morava devido às fortes chuvas e com ele a casa, experimentação do uso de múltiplas drogas e intensificação e predomínio do ***crack***. Diríamos um percurso **errante** que teve alguma possibilidade de **pausa** a partir da presença de alguém que pudesse, **enquanto função**, construir com ela uma narrativa sobre si, a partir do ponto que para ela se constituía como questão.

Deste primeiro tempo de sua trajetória podemos dizer pouco. Ela também. "(...) uma escuridão, um mundo sem palavras" como descreve a jornalista e escritora Eliane Brum em seu livro *"Meus desacontecimentos – a história da minha vida com as palavras".* O trabalho então fora a tessitura da trama de sua história, capaz de fornecer sobretudo a ela alguma borda, um contorno de biografia. Esta narrativa própria não só a localizava no tempo e espaço para si, mas também para o mundo.

Se em sua primeira gravidez o momento do *parto* foi a ocasião para *partir*, deixando o hospital e a criança que trazia em seu corpo; o segundo, três anos depois, pôde ser tomado como concepção de si, tomando a nomeação da filha como um ato / efeito deste processo. Entre um ponto e outro – da errância em emprenhar à escolha de parir – uma organização

subjetiva a partir da sustentação da pergunta feita por Luana acerca do que seria ser mãe. Questão tomada no registro do ***Che voi***.

O desejo do analista se apresenta nesta peculiaridade, submissão completa, porém advertida dos significantes do paciente.

> (...) submissão completa, ainda que advertida, às posições propriamente subjetivas do doente, posições que com demasiada freqüência se forçam ao reduzi-las no diálogo ao processo mórbido, com isso reforçando a dificuldade em adentrá-las devido à reticência provocada, não sem fundamento no sujeito. (LACAN, 1959, p. 540)

A pergunta sustentada do lado do analista permitiu que a maternidade e a droga pudessem ganhar o valor da experiência na psicanálise, a experiência do sujeito. No caso, oportunidade para que Luana pudesse fazer algo *com aquilo que era dela*, inventando outro modo, inscrevendo através do nome da filha uma outra posição subjetiva para si.

O compromisso clínico da psicanálise na construção de narrativas singulares é extensivo ao campo político ao se sustentar, na contramão do senso comum, que ações públicas devem ser tomadas a partir do que cada situação exige, demanda, anuncia. O público não deve se confundir com o *igual para todos*, estratégias em série, tornando-se necessários dispositivos que concedam a este âmbito a dimensão da diferença, da alteridade.

Os direitos sociais para vicejarem necessitam que seus operadores façam a representação daqueles para os quais estão voltados; que possam deles dizer e extraí-los da massa indiferenciada que, sem endereçamento, não responderão aos encaminhamentos e também não saberão a quem se dirigir. O empuxo exercido pela idéia de que diante do uso de drogas nada se interroga, tudo já se sabe, recrudesce práticas já predominantemente intervencionistas junto ao público infanto-juvenil, domínio em que comumente se supõe pouco na escuta e entende-se a necessidade da prontidão das soluções.

A interferência da ERIJAD nos casos acompanhados procurava promover disjunções, manter alguma abertura diante dos encaminhamentos já postulados. A hiância produzida e sustentada no acompanhamento realizado junto à Luana, ao se manter a interrogação por ela formulada, assim como junto à rede e seus diversos atores, ao promover-lhes a dúvida diante do que tanto diziam se certificar abriu o caminho para os deslocamentos. *Analu* além de anagrama de Luana também é expressão dos espaços forjados pela atenção psicossocial a contento do que não pode ser encaminhado protocolarmente, exigindo uma maneira outra, sempre única que irá permitir um reordenamento próprio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de atuação no campo público de saúde mental voltada para a questão do uso de drogas por crianças e adolescentes oferece elementos para uma importante análise social. Este domínio traduz um programa de país, onde, através de mecanismos arrojados se faz perpetuar um arranjo societário eminentemente desigual nos direitos acessados. Ao se difundir estratégias baseadas nas ditas situações "epidêmicas" ou mesmo qualificá-las enquanto potencialmente perigosas cria-se um objeto a ser combatido mesmo antes de ser conhecido. O *crack* no contexto brasileiro cumpriu ultimamente sua função em suprimir a complexidade do seu fenômeno se tornando o ensejo de técnicas reducionistas as quais se situam fundamentalmente em respostas coercitivas seja no âmbito prevalente da segurança pública, seja nas ações mais detidamente do campo da saúde pautadas em soluções protocolares, endereçadas, na radicalidade, a números e não a pessoas.

Ao se repisar a história se esclarece o elo de práticas que alimentam a dinâmica social contribuindo para a localização dos atores e sublinhando a implicação política na execução das ações empreendidas pelo Estado mesmo quando elas não se mostram declaradamente ideológicas. O *crack* torna-se o argumento difundido para mais uma vez se recolher, cercear, temer, punir tal como as demais condições aludidas nesta pesquisa, que, em outros momentos fraquearam ações similares. A estrutura permanece a mesma, produzindo efeitos semelhantes, elegendo a pobreza como foco a ser debelado não através de sua superação por meios de políticas sociais integrais capazes de restituir a dignidade cidadã, mas sim pela sua criminalização, via que autoriza, dentre outras, seu encarceramento ou mesmo seu anonimato e invisibilidade social.

A clínica psicanalítica, metodologia trabalhada nesta pesquisa, para operar precisa estar advertida destes pressupostos históricos, atenta para não recrudescer ainda mais os processos de exclusão social. A convergência de seus princípios à esfera pública de assistência à saúde mental se deu notadamente através da atenção psicossocial, domínio onde já se notava a expressão dos novos paradigmas de cuidados advindos especialmente da reforma psiquiátrica italiana. Esta, ao questionar o *status quo* que creditava à especialização a pretensa garantia da cura promoveu a chegada da loucura a outros espaços que não o hospício fazendo com que a temática da alteridade, em sua radicalidade, fosse incorporada por outros saberes. Esta disseminação provocou impactos na cultura e na política uma vez que com a abertura dos manicômios, a cidade também passou a se encontrar não só com a loucura, mas

com a predominante classe social de loucos que ali se continha. Amparados em que o aparelho social iria se lançar à perpetuação de sua lógica de rechaço à pobreza?

As drogas respondem a esta demanda ao se tornarem ilícitas apontando para os presídios enquanto seus escoadores humanos. A dependência química, termo que se reveste de insígnias discursivas que associam seus usuários a bestas-feras desgovernadas chancelam práticas compulsórias de enclausuramento em nome do Bem, da saúde, da recuperação. Enquadramento seletivo, vigente apenas para uma determinada população, periférica aos grandes centros urbanos e marginal aos direitos sociais básicos.

Neste bojo as iniciativas que confrontam esta lógica se prestam à subversão de uma narrativa que se expressa historicamente em *ritornello;* mesmo que esta ambição não se encontre no âmago de sua causa, as práticas orientadas pelos princípios da psicanálise no campo público de saúde mental têm a chance de produzir deslocamentos importantes, capazes de colocar suas interrogações a serviço de questionamentos necessários no cenário da disputa social. A este respeito podemos nos apoiar em Elia quando descreve o impacto do ato clínico na *polis* no contexto da atenção psicossocial:

> Todo ato clínico será também territorial, deverá inscrever-se em uma lógica territorial, no tecido urbano da cidade, e das cidades, se tomarmos a cidade não apenas como o nome do núcleo urbano ampliado e municipal em que o território se situa geopoliticamente, mas como os territórios subjetivos dos usuários, que têm, cada um mais de uma cidade em seu mapa como sujeito. (2015; p. 253)

O ato clínico tem incidência sobre o sujeito e também sobre o território; a experiência aqui narrada sobre Luana procurou trazer elementos desta ordem, onde um novo arranjo por ela feito, através do acompanhamento realizado por um dispositivo orientado pela psicanálise, a ERIJAD, também foi verificado junto à rede dos diferentes serviços envolvidos. Os desvios produzidos em ambos os casos não poderiam ser fomentados por uma instância que possui as respostas de antemão, antes, a condição necessária para os deslocamentos situa-se na sustentação de uma pergunta. Fazê-la ter conseqüências é efeito de uma metodologia que, na tentativa de ser transmitida, pode ser demonstrada pelo efeito do desejo do analista e do campo transferencial produzido. Novamente recorre-se à Elia em sua exposição a respeito:

> Ora, seguir as indicações dadas pelos pacientes equivale a se oferecer em determinado lugar, que não é qualquer um, mas aquele que faz dos técnicos representantes de um *determinado desejo* (...). A psicanálise descobriu na experiência que este lugar engendra o que se pode, com todo o rigor, denominar de *transferência*: é um lugar transferencial, sem o qual o sujeito não encontraria os trilhos para entrar na cena, e não haveria nenhum tratamento do sujeito e seu sofrimento psíquico (...). (p.249)

Sem este desejo, o qual também se atribui a função de motor para novos arranjos, o posto de saúde, o CREAS, o hospital geral e demais equipamentos acessados no bojo do atendimento à Luana não a teriam acolhido. A tomariam como um objeto já esquadrinhado que não caberia em seus perfis ou possibilidades de atendimento. Alçada a sujeito junto aos atores da rede ao ser reconhecida enquanto Luana e não apenas a uma usuária de *crack,* o caso deixa seu lugar comum, que a determinaria "de saída" e passa a ter a chance de uma aposta. Aposta esta clínica por trazer elementos que dizem respeito à sua particularidade absoluta. O desejo do analista cliva este lugar pelo reconhecimento do sujeito junto aos serviços da rede.

No âmbito direto à Luana o que era causa, desejo do analista, sustentando seu acompanhamento em enquadres insólitos e momentos agudos, passou a ser também resposta ao que o campo transferencial produzia. Causa e efeito, analista e paciente, efeito e causa: no macro cenário das diferentes políticas de assistência o estreito laço que se firma o caso, uma relação muito particular, construída desde as nuances da clínica. Presença do analista e tempo, suportes institucionais e metodológicos: equipe e supervisão.

Ao que esta pesquisa pretendeu transmitir, ante ao cenário que se esboça nacionalmente e mais especificamente no estado fluminense onde se reconhece o recrudescimento de práticas coercitivas voltadas para determinado segmento sócio-econômico, tais ações ganham expressões menos óbvias, não circunscritas somente à esfera da segurança pública. O campo da saúde e especialmente o da saúde mental, o qual guarda historicamente experiências análogas de cerceamento social, agindo em consonância junto às demais instâncias para a manutenção do *status quo* participa também desta vertente impositiva através de mecanismos sanitaristas que constrangem o tratamento a uma intervenção serializada.

A exposição da proposta de cuidados junto à ERIJAD, a partir de referenciais tributários à clínica psicanalítica e à reforma psiquiátrica brasileira, expressa uma metodologia e princípios que se mostram subversivos ao que identificamos anteriormente como ações coercitivas. A negação do paradigma que as orientam, o qual se supõe uma subserviência do usuário à droga ao ponto de sequer lhe oferecer "lugar" para sua fala e na radicalidade o tomar como foco de perigo a ser constrito a espaços sociais ocupados por aqueles que ameaçam a ordem e a moral, oferece a possibilidade de verificarmos outros efeitos de tratamento os quais nos auxiliam a interrogar tais práticas e atuarmos de outro modo.

O caso clínico traz sua dupla dimensão e função no contexto em que esta pesquisa aqui se inscreve; oferece elementos capazes de identificar uma versão única dos efeitos da

metodologia psicanalítica no processo de seu tratamento e também manifesta o que está em disputa na esfera pública das políticas voltadas aos usuários de drogas no país, mais notadamente ao seu público infanto-juvenil. O instrumento “anticoercitivo” sublinhado, expresso através de um fragmento da história de Luana, repousa sobre a aposta clínica que, avessa ao determinismo, se abre às possibilidades e encaminha ações junto aos demais setores do Sistema de Garantia de Direitos, domínio este que também precisará ser cuidado no âmbito da clínica ampliada de modo que ali também não se perpetue, paradoxalmente, o rechaço àqueles mais vulneráveis a partir de exigências protocolares, impedindo-os de serem atendidos ali ou aqui por diferentes razões, porém redutíveis a um motivo predominante e único que é a seleção dos que serão alijados da condição cidadã.

A culminância pela escolha do nome da filha foi índice, no âmbito público político, da interferência da ERIJAD no território ao buscar suporte para que Luana exercesse seu direito pela maternidade. Analu também consta como registro de um processo clínico em que, a partir do campo transferencial, se identificou as arestas subjetivas para dar contorno ao desejo de Luana em ser mãe. A pergunta no nível do *Che Voi*, sustentada no apelo particular de Luana acerca desta função, foi de alguma forma respondida, autoralmente, no ato de nomeação de sua filha.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Apresentação.* In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. (Org.). *Psicanálise e saúde mental uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

ANDRADE, Tarcísio M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil (p.4665-4683). *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.16, n. 12, 2011.

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro – genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do país.* São Paulo: Geração editorial, 2013.

ASSOUN, Paul-Laurent. *O sujeito da psicanálise.* In: ALTOÉ, Sonia (org). *A lei e as leis - direito e psicanálise.* Rio de Janeiro: Revinter, 2007.

BARCELOS, Lucio Borges. *A enfermidade da saúde pública no Brasil*. Porto Alegre: Age, 2014.

BARRETO, Farias Ivan. *Análise da Estratégia de internamento compulsório para usuários de crack em situação de rua no Brasil*. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Integral ao consumo e aos consumidores de Álcool e outras Drogas) pelo CETAD / FMB e SENAD. Salvador, 2013.

BARROSO, Priscila Farfan; KNAUTH, Daniela Riva; MACHADO, Paula Sandrine. Desintoxicação, medicamentos e reinserção social: o tratamento de usuários de crack em diferentes perspectivas. In: FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (org.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

BASAGLIA, Franco. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

_____. *A psiquiatria alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática – conferências no Brasil.* São Paulo: Debates, 1979.

BATISTA, Vera Malaguti. *Difíceis ganhos fáceis*: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Revan, 2013.

BAUMAN, Zygmunt. *Vidas desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BOITEUX, Luciana.*Drogas y prisión: larepresión contra las drogas y el aumento de lapoblación penitenciaria en Brasil.* In *Sistemas sobrecarregados* - leyes de drogas y cárceres em América Latina. 2010

_____. A nova lei antidrogas e o aumento da pena do delito de tráfico de entorpecentes. *Boletim do Instituto brasileiro de Ciências Criminais*, ano 14, n° 167, 2006.

_____. Política internacional de drogas e redução de danos: o fim do consenso de Viena? *Revista Versus*, abr. 2011.

BORGES, Sherine Maria Njaine. Por uma clínica que a psicanálise nos ensina. In: _____. *Cidadania e loucura*: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987.

BRASIL. *Lei Federal n° 8.069 de 1990.* Dispões sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília (DF), Presidência da república: 1990.

BRASIL. *Lei Federal n° 10.216 de 01 de abril de 2001.* Dispões sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (DF), Presidência da República: 2001.

BRASIL. *Portaria n° 336/GM de 19 de fevereiro de 2002.* Brasília (DF), Ministério da Saúde: 2002.

BRASIL. *A política do Ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.* Brasiília (DF), Ministério da Saúde: 2003.

BRASIL. *Portaria n° 1059/GM de 04 de julho de 2005.* Brasília (DF) Ministério da Saúde: 2005.

BRASIL. *Decreto n° 7.179 de 20 de maio de 2010.* Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas, cria o seu comitê gestor e dá outras providências. Brasília (DF), Presidência da República: 2010.

BRASIL. Presidência da República, 2011: *Crack é possível vencer. link:*

CARVALHO, Salo de. *A política criminal de drogas no Brasil:* do discurso oficial às razões da descriminalização. Rio de Janeiro: Luam, 1997.

CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

CAVALCANTI, Ignez Leturzia. O sujeito da psicanálise em instituições psiquiátricas públicas. In ALTOÉ, Sonia; LIMA, Marcia Mello de (org.). *Psicanálise, clínica e instituição.* –Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos: 2005.

CHEIBUB, Waleska Borges. O tratamento atual do mal-estar na cultura: toxicomania e segregação. Dissertação de mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2014.

COSTA DIAS, Andréa. *Crack:* reflexões para abordar e enfrentar o problema. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

ELIA, Luciano; COSTA, Roberta; FIÃES PINTO, Rosemary. Sobre a inserção da psicanálise nas instituições de saúde mental. In ALTOÉ, Sonia; LIMA, Marcia Mello de (Org). *Psicanálise, clínica e instituição.* Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

ELIA, Luciano. *Centro de atenção psicossocial como dispositivo de atenção à crise: em defesa de uma certa (in)felicidade inventiva.*Trabalho apresentado no II Colóquio Internacional NUPSI/USP e XI Colóquio de Psicopatologia e 1 Saúde Pública – Invenções democráticas: construções da felicidade, realizado no Centro de Convenções Rebouças, São Paulo, 2013.

_____. *O conceito de sujeito.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

_____. O sujeito – ainda e sempre em questão. In ALTOÉ, Sonia (org). *A lei e as leis - direito e psicanálise.* Rio de Janeiro: Revinter, 2007.

_____. Uma equipe muito peculiar: a equipe do CAPS. In: *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência.* São Paulo: Escuta, 2015.

_____. O começo da análise não pode fazer com que a neurose comece a cessar. In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina (orgs.). *Psicanálise e saúde mental uma aposta*. Rio de Janeiro, Companhia de Freud: 2006.

_____. *Psicanálise: clínica e pesquisa*. In ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina (orgs *Clínica, Pesquisa e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. *Os estabelecidos e os outsiders*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

ESCOHOTADO, Antonio. *História elementar das drogas*. Lisboa: Edições Antígona, 2004.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental.* In *A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social.* Andréa Maris Campos Guerra e Jacqueline de Oliveira Moreira (Org). Curitiba, Editora CRV: 2010.

_____. Entrevista acessada pelo link: *http://www.crprj.org.br/publicacoes/jornal/jornal23-anacristina.pdf*

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

FREUD, Sigmund. *Charcot* (1983), ESB, vol. III Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *Sobre a psicoterapia* (1905), ESB, vol.VII, Rio de Janeiro, Imago: 1996.

_____. *Linhas de Progresso na terapia analítica* (1919), ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVII.

FREUD, Sigmund. *O mal-estar na civilização* (1930). Rio de Janeiro, Imago, 1996. v. XXI.

_____. *Porque a guerra?* (1933). Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXII.

FREYRE, Gilberto. *Casa-grande & Senzala:* formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. São Paulo: Global, 2006.

GOFFMAN, Erving. *Estigma:* notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

_____. *Manicômios, prisões e conventos.* São Paulo, Editora Perspectiva: 1974.

GUERRA, Andréia Máris Campos. Quando um crime surpreende o sujeito: a psicanálise na política de defesa social. In: GUERRA, Andréa Maris Campos; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira (org.). *A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social.* Curitiba: Ed. CRV, 2010.

HART, Carl. *Um preço muito alto:* a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

LACAN, Jacques. *A ciência e a verdade* (1966). In: _____. *Escritos.* Rio de Janeiro, Jorge Zahar editor: 1998.

_____. *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (1959). In *Escritos.* Rio de Janeiro, Jorge Zahar editor: 1998.

_____. *O Seminário, livro7: A ética da psicanálise*(1959-1960). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____. *O Seminário, livro 10: A angústia*(1962- 1963). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. *O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise* (1969-1970). Rio de Janeiro: Jorge ZahaR, 1992.

MATHIEU, Arline. The Medicalization of Homelessness and the Theater of Repression. *Medical Anthropology Quarterly,* nova série, 7, n. 2, 1993.

MEAD, Margaret, BENEDICT, Ruth, SAPIR, Edward. *Cultura e personalidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

NICODEMOS, Julio Cesar. *Crianças e adolescentes e o uso abusivo de drogas: a clínica na intersetorialidade.* Dissertação de mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual do Rio de Janeiro: 2013.

OLIVEIRA, Siro Darlan; ROMÃO, Luis Fernando de França. *A história da criança por seu Conselho de Direitos.* Rio de Janeiro: Revan, 2015.

ROTELLI, Franco, LEONARDIS, Ota de, MAURI, Diana. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.

RINALDI, Doris. *Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental.* In ALTOÉ, Sonia; LIMA, Marcia Mello de (org.). *Psicanálise, clínica e instituição.* Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

RUI, Taniele. *Nas tramas do crack:* etnografia da abjeção. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Afrontamento, 2010.

SIQUEIRA, Domiciano J. R. *Mal(dito) cidadão: numa sociedade com drogas*. São Caetano do Sul: King Graf, 2006.

SOLER, Colette. *Seminário de leitura de texto:* ano 2006-2007 – Seminário A angústia, de Jacques Lacan. São Paulo: Escuta, 2012.

SONTAG, Susan. *Doença como metáfora*: AIDS e suas metáforas. São Paulo: Companhia da Letras, 2007.

SOUZA, Tadeu de Paula; CARVALHO, Sergio. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia de acesso universal e os confrontos com a internação compulsória. *Cadernos HumanizaSUS*, v. 5 – Saúde Mental. Brasíli, MS: 2015.

TENÓRIO, Fernando. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambicioso, 2001.

WACQUANT, Loïc. *Punir os pobres:* a nova gestão da miséria nos Estados Unidos. Rio de Janeiro, Editora Revan: 2007.

_____. *Os condenados da cidade*. Rio de Janeiro: Revan, 2005.

YASUI, Silvio. Reforma e contrarreforma: reflexões em torno da internação compulsória e comunidades terapêuticas. In: JORGE, Maria Salete Bessa; BOMFIM, Leny Alves. *Olhares plurais sobre o fenômeno do crack* . Fortaleza, EdUECE: 2013.

ZACCONE, Orlando. Indignos da vida – a forma jurídica da política de extermínio de inimigos na cidade do Rio de Janeiro. *Arquive-se*. Rio de Janeiro:Editora Revan, 2015.

ZUWICK , Ana Maria; JORGE, Maria Salete Bessa. *(Des)cuidado e atenção aos usuários de crack em situação de rua: políticas e enfrentamentos.*In: JORGE, Maria Salete Bessa; BOMFIM, Leny Alves. *Olhares plurais sobre o fenômeno do crack.* Fortaleza, EdUECE, 2013.