

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL
MESTRADO

Loiva Maria De Boni Santos

PARA ALÉM DO RESSENTIMENTO:
Por uma Clínica do Possível no Cuidado de Pessoas que usam Drogas

PORTO ALEGRE
2012

Loiva Maria De Boni Santos

PARA ALÉM DO RESENTIMENTO:

Por uma Clínica do Possível no Cuidado de Pessoas que usam Drogas

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção título de Mestre Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Orientadora: Prof. Simone Mainieri Paulon

Porto Alegre

2012

Loiva Maria De Boni Santos

PARA ALÉM DO RESENTIMENTO:

Por uma Clínica do Possível no Cuidado de Pessoas que usam Drogas

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção título de Mestre Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Aprovada em 02 de Abril de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Jaqueline Tittoni – UFRGS

Prof. Rogério Horta – UNISINOS

Prof. Eduardo Passos – UFF

Dedicatória:



*Maria Josephina em Bella Torres, verão de 2007-
Acervo pessoal*

A minha mãe

*Maria Josephina De Boni Santos (in memoriam),
que, em sua linda passagem por esse mundo me
ensinou que a dor é inevitável, mas é possível aprender*



*Foto de Nelson Gabriel em Bella Torres,
Verão/ 2008 - Acervo pessoal*

Ao meu irmão

*Nelson Gabriel (in memoriam)
um grande guerreiro que reinventou a própria vida
me fazendo acreditar numa Clínica do Possível.*

AGRADECIMENTOS:

Esse foi um dos momentos mais esperadas nesse percurso de escrita, pois representa não um fechamento, mas uma trégua nessa caminhada, uma parada para agradecer às pessoas que estiveram de alguma forma presentes nessa trajetória, me incentivando, dando colo, me colocando de frente com o trágico da vida, me dando a mão, me instigando intelectualmente, sendo luz em meu caminho. Enfim ... Pessoas que de alguma forma fizeram corpo comigo compondo e decompondo esse trabalho que possibilitou a produção de conhecimento e a reinvenção de mim mesma.

*Em primeiro lugar agradeço a **Deus** nas suas mais diferentes formas (Ser Superior, Universo, Energia, Vida...) pela vida e por eu ter chegado até aqui.*

*Ao meu filho **Luís Alberto**, o melhor que a vida me presenteou, a quem amo muito, pela sua espera paciente e por me suportar nas horas mais difíceis, sempre tão afetuoso e presente.*

*A minha **Família** fonte de afeto, que na convivência diária me fez ser o que sou, e ser feliz. E que sempre me deu o suporte necessário para vencer os obstáculos, apostando na minha capacidade de vencer. Muito obrigado!!!*

*As minhas irmãs **Suzete** e **Neura** que muitas vezes assumiram o papel de mãe para que eu pudesse me ausentar da cidade para as aulas do mestrado. De maneira especial agradeço à **Neura** que habitando um plano comum sempre foi pra mim uma referência no cuidado de pessoas que usam drogas me ensinando muito e apostando na minha capacidade.*

*As primas mestras: **Luciane**, **Jaqueline**, **Anelise** e **Patrícia** pelo "bem conviver" e pelo incentivo.*

*À comadre **Thiana**, amiga incondicional que habitou comigo esse espaço-tempo, marcado pelas desestabilidades, sempre acolhedora deu continência à dor e as angústias que me acompanharam especialmente nos últimos meses e nunca me abandonou em minhas "diligências".*

*A minha amiga **Preta** presença marcada pela fé e pela motivação diária que não me deixavam sucumbir, fazendo-me acreditar que tudo é possível pra quem acredita.*

*As minhas musas inspiradoras: **Fátima Fischer**, **Miriam Dias**, **Sandra Fagundes** e **Loiva Leite**, que acompanharam a minha trajetória militante na Saúde Mental, meu profundo respeito e admiração.*

*À minha amiga e colega **Marisa Gabbarão**, luz no meu caminho no momento de maior escuridão, me ensinando sobre a dor e o amor, todo o meu carinho e admiração.*

*Ao amigo **Eto** parceiro de reflexões profundas, dos encontros filosóficos à beira da piscina e das trocas afetivas que definem a nossa amizade.*

*Ao amigo **André** que durante esses dois anos em muitos momentos se fez oásis no deserto, me proporcionando momentos de muito prazer e alegria.*

Ao Grupo Intervires: (**Andrézito, Fernandinha, Francis, Diogo, Michele, Dago, Stela, Vera, Vânia**, e recém chegados **Alice e Carolina**) pela possibilidade de habitar um plano comum da experimentação de novos modos de produção de conhecimento pela afecção e construção coletiva. Em especial à **Rafa** que me ensinou a gostar de psicanálise e sempre certa em suas intervenções, me fazia experimentar no corpo-razão acontecimentos inusitados. Sua amizade foi um lindo presente nesse percurso!!!

À **Cecília**, um anjo que a vida me confiou, proporcionando experiências desterritorializantes.

Aos colegas de Mestrado 2011 (a melhor turma!!) **Fernanda Bassani, Anderson, Fernanda Culau e Helen** pelas trocas que se fizeram escritas em meu diário de campo e pela parceria fundamental nos botecos do Bonfim e da Cidade Baixa nas quintas à noite para alteração da consciência.

Ao **CRP**: funcionários e gestão 2007 – 2010, onde iniciamos a nossa discussão sobre o cuidado de pessoas que usam drogas dando origem a este projeto de mestrado. Em especial às amigas inseparáveis **Deise, Paula e Cica** que entre laços e abraços são presença e parceria constante nessa trajetória na busca de "outras palavras e diferentes olhares".

As alunas **Luana e Marina** e ao professor **Gustavo** companheiros incansáveis dos sábados à tarde no Bairro Mariani, obrigado pela companhia, dedicação e boas risadas.

À equipe da UBS Mariani, especialmente **Eva Rosa, Guinho e Ranulfa** que acreditaram e apostaram na diferença.

Aos jovens do **Bairro Mariani** que toparam a nossa proposta de pesquisa-intervenção e nos indicaram através de movimentos e metamorfoses o caminho dessa cartografia nos fazendo acreditar numa Clínica do Possível, pautada pelo protagonismo cidadão.

Ao **Poetas Divilas** que se propuseram "estar conosco" e através do **Hip Hop** injetaram autoestima em nosso percurso cartográfico.

Ao meu querido amigo **Marcos**, desejo presente, entre a desmesura Dionisiaca e a racionalidade Apolínea, dando passagem no percurso do trágico, à expansão da vida e à reinvenção de mim mesma, que agora sobre pés desnudados toma o caminho da própria existência, suplantando a "falta da falta" dando lugar à potência de vida. Obrigado pela "ausência tão presente" e tão necessária para superação do ressentimento e o romper da promessa dando lugar à mulher-aprendiz-mestra. De tudo, fica o carinho...a saudade e o desejo... desejo que tudo isso possa também dar passagem ao Homem Novo.

À amiga e terapeuta reikiana **Indianela** que nas horas difíceis me ajudou a respirar fundo, encontrar meu equilíbrio e inspiração pra escrita.

Aos amigos **Roberto Faleiro, Everson Furtado, Dênis Petuco, Rose Mayer e Ricardo Charão**, "meus bruxos". Pelos bons encontros que inspiraram essa cartografia apontando diferentes caminhos possíveis no cuidado de pessoas que usam drogas.

Às amigas especiais que não poderia deixar de agradecer, pois fazem parte da minha trajetória profissional, com quem iniciei os primeiros passos na experimentação de uma clínica política. **Bete, Tatiana, Anita e Márcia** meu carinho e reconhecimento pela experiência do coletivo.

À **Simone Emer**, e **Magaly Ferrari** que me ajudaram nas correções de português e adequação das normas técnicas, meu carinho e reconhecimento.

À minha querida afilhada **Evelisse** pela disponibilidade em ajudar nas traduções do inglês.

À **Faculdade da Serra Gaúcha** pelo apoio financeiro para meus deslocamentos.

À prof. **Rosane Neves** pelas contribuições cuidadosas na qualificação que foram fundamentais para pensar a entrada no campo.

Ao prof. **Eduardo Passos** pela disponibilidade e pela forma afetiva de compor conosco esse trabalho, entrando na conversa e nos sinalizando para os acordos/acordos que ela provocava.

Ao prof. e amigo **Rogério Horta** que de forma tão carinhosa me colocou a pensar, lançando desafios que ajudaram na direção do trabalho.

À prof. **Jaqueline Tittoni**, sempre tão querida, apontando outros olhares e diferentes pontos de vista através da fotografia.

À minha querida orientadora **Simone Mainieri Paulon**, pela pessoa admirável que é, pela sua capacidade intelectual e afetiva, presença amiga, que apostou em mim tornando-se essencial nesse processo do meu devir mestra. Todo o meu carinho e reconhecimento!!

*"Uma perda não se mantém muito tempo sendo uma perda:
de uma maneira ou de outra, é sempre acompanhada
por um presente que nos cai do céu, uma nova força, por exemplo;
ainda que fosse isso apenas uma nova ocasião para se ter força!..."*

(NIETZSCHE. 1881-1887/2003- A Gaia Ciência. § 326.)

LISTA DE FIGURAS¹

Figura 1: Roda de Conversa na UBS Mariani _____	14
Fig.2: Ideia de cadeia _____	14
Figura 3: Criança do bairro _____	35
Figura 4: Galera do bairro _____	42
Figura 5: Pedra de crack _____	42
Figura 6: Forma de aproximação e descontração _____	47
Figura 7: Caindo na pedra _____	49
Figura 8: Epidemia do crack _____	57
Figura 09: Pessoal tentando reverter as estatísticas _____	57
Figura 10: Jogo de sinuca _____	62
Figura 11: Galera na noite _____	62
Figura 12: <i>Hip Hop</i> _____	72
Figura 13: Basquete _____	73
Figura 14: Momentos com a comunidade _____	77
Figura 15: Quadra de Esporte _____	77
Figura 16: Parceiro preso _____	78
Figura 17: Vítima do crack _____	78

¹ Todas as imagens aqui apresentadas foram autorizadas para uso, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE - (ANEXO A), por parte dos sujeitos da pesquisa e também pelos terceiros ou responsáveis, através do entregues à instituição, quando do final da pesquisa.

GLOSSÁRIO

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AMOB – Associação dos Moradores de Bairros

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas

CR's – Consultório de Rua

CT's – Comunidades Terapêuticas

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde pública

FSG – Faculdade da Serra Gaúcha

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PNAD – Política Nacional de Álcool e outras Drogas

PNH – Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

RDC – Resoluções da Diretoria Colegiada da ANVISA

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

RESUMO

A presente pesquisa problematiza a polarização presente no debate acerca da política sobre drogas no Brasil, a fim de contribuir com a construção de uma Clínica do Possível no cuidado de pessoas que usam drogas propondo a aproximação entre os princípios e diretrizes da Redução de Danos e da Política Nacional de Humanização. A fim de superar os embates que contrapõem, de um lado o paradigma proibicionista - centrado na abstinência - e, de outro, o antiproibicionismo – pautado pela singularidade - a aposta é em uma clínica-política que coloca o sujeito como protagonista no processo de produção de sua saúde. A tentativa é a de dar visibilidade às novas práticas de cuidado, focadas na produção de saúde como potência de vida, a partir de referências conceituais da filosofia nietzscheana. Na perspectiva teórica adotada pelo presente estudo, utilizamos como fundamento metodológico a pesquisa-intervenção, propondo cartografar os caminhos tecidos pelos usuários de drogas em seu território, a fim de detectar e analisar quais os “nós” (rituais, estratégias, serviços, afetos...) da rede produzem saúde e apontam uma Clínica do Possível pautada no cuidado, vínculo e afeto. A pesquisa foi realizada em um território da rede de saúde do município de Caxias do Sul, na serra gaúcha, sendo construída por várias mãos, pois contou com o apoio de técnicos da equipe da Unidade Básica de Saúde da Região e alunos da Faculdade da Serra Gaúcha. A intervenção desenvolveu-se ao longo de três etapas, organizadas em torno de diferentes instrumentos de intervenção (*pin-hole*, oficinas de fotografias, *hip-hop*) contando, ao todo, com 18 participantes, sendo que 09 usuários permaneceram em todas as etapas. As atividades foram realizadas ao longo de oito meses, 26 encontros ocorridos entre o ano de 2011 e início de 2012. No percurso da pesquisa o *Hip Hop* emergiu como dispositivo expressivo do cotidiano dos usuários que demarcava seus espaços de produção de saúde, potencializando a vida através da arte. Entre os resultados, foi possível identificar a criação de um espaço coletivo que emergiu dessa experimentação proposta pela pesquisa-intervenção, aproximando os usuários tidos como “não aderentes” aos tratamentos ofertados na rede, de um modo diverso àquele com que eles usualmente referiam (e resistiam) (a) os atendimentos que recebem dos serviços de saúde. Ao final da pesquisa, a produção coletiva e espontânea de um *rap* ritmando as vivências e posições dos usuários que podem pautar a construção de uma política sobre drogas na perspectiva da Redução de Danos apontou a possibilidade de criação de novos territórios existenciais, para além do ressentimento, que sejam produtores de saúde compreendida como expansão de vida.

PALAVRAS CHAVES

Redução de Danos, Humanização da Saúde, Políticas sobre Drogas, Políticas Públicas

ABSTRACT

This project is based on discusses about drug's politics polarization in Brazil in order to contribute for the construction of a Possible Clinical care for people who use drugs proposing closer relations between the principles and guidelines of the Harm Reduction and the National Humanization's Politics. In order to overcome the conflicts that opposed, on one hand the prohibitionist paradigm - centered on abstinence - and on the other side, the anti prohibitionist - guided by the singularity - the focus is in a clinical politic that to put the subject as the protagonist in the production process of your health. The attempt is to bring out new care practices, focused on the production of health as a power of life, from conceptual references of nietzschean philosophy. According with the theoretical approach adopted by this study, we used as a methodological research-based intervention, proposing to record the informations about the paths woven by drug users in their territory in order to detect and analyze which "knots" (rituals, strategies, services, affections. ..) from the network produce health and show a Possible Clinical based on the care, link and affection. The search was conducted in a territory of the health network at Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, a city in the mountains, being built by many hands, it had the support of the technical staff of the Basic Health Unit in the Region and the students from Serra Gaúcha College. The intervention was developed over three stages, organized around different kinds (pin-hole, photo workshops, hip-hop) overall, with 18 participants, within 09 users remain at all stages. The activities were held over eight months, 26 meetings that occurred between 2011 and early 2012. During the Hip Hop research emerged as an expressive device of daily users that demarcated spaces of health production, enhancing life through art. Among the results, it was possible to identify the creation of a collective atmosphere that emerged from this trial proposed by the research intervention, bringing users considered "non adherent" to treatment offered on the network, in a different way to that with which they usually referred (and resisted) the care that they receive from health services. Concluding, it's possible to refer that at the end of the study, the collective's production and spontaneous rap were responsible to put rhythm at the experiences and views of users that can guide the construction about drug's politic in the perspective of harm reduction, pointed out the possibility of creating new existential territories, beyond the resentment, which are producers of health understood as an expansion of life.

KEYWORDS

Harm Reduction, Humanization of Health, Politics of Drugs, Public Politics

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 A REDUÇÃO DE DANOS COMO UM CAMINHO POSSÍVEL DE PROTAGONISMO CIDADÃO	25
2 PNH E RD: APROXIMAÇÕES POSSÍVEIS DE UMA CLÍNICA POLÍTICA	35
3 DO PERCURSO TRÁGICO À POLÍTICA DO RESENTIMENTO	42
3.1 Do (re)sentimento à (re)produção de uma políticas sobre drogas	49
4 CARTOGRAFANDO O TERRITÓRIO PARA UMA CLÍNICA DO POSSÍVEL NO CUIDADO DE PESSOAS QUE USAM DROGAS	57
4.1 Um percurso de movimentos e metamorfoses.....	57
4.2 O processo no percurso: o que dá passagem pra expansão da vida.....	62
4.3 <i>Hip hip</i> : o nó(s) da rede que produz saúde (políticas públicas para as perfeiras)	72
4.4 A fotografia: democratizando experiências traduzidas em imagens	75
POR UMA CLÍNICA POLÍTICA PARA ALÉM DO RESENTIMENTO	82
REFERÊNCIAS	89
OBRAS CONSULTADAS	96
ANEXOS	98

INTRODUÇÃO



Fig. 1: Roda de Conversa na UBS Mariani



Fig.2: Ideia de cadeia

E, se não tiver isso aqui pra reverter a situação, a galera vai cair na droga.... e vai acabar nisso aqui, oh (cadeia) !!!²

Presentemente, as discussões sobre drogas têm sido atravessadas por uma polarização, carregada de divergências ideológicas, disputas de poder e extremismos morais que pouco contribuem com avaliações de cunho mais científico acerca do problema. Trabalhadores, técnicos e cientistas colocam-se em seus lugares de “suposto saber”, defendendo herculeamente suas ideias, como jogos de verdades, colocando qualquer pensamento diferente em um lugar “demonizado”, desqualificando o discurso oponente. Tal atitude perpetua a mesma lógica criminalizante, tão combatida pelos mais liberais, eternizando a dicotomia entre o que é verdadeiro ou falso, o que está ao lado do “bem” ou do “mal”.

Este estudo se inscreve entre os esforços de superação dessas polarizações em busca de novas tecnologias de cuidado que possam contribuir com a saúde das pessoas cujas relações estabelecidas com as drogas estejam lhes causando sofrimento. Cartografar os caminhos tecidos pelos usuários de drogas em seu território, detectando e analisando quais os “nós” (rituais, estratégias, serviços, afetos...) da rede produzem saúde e apontam uma Clínica do Possível pautada no cuidado, vínculo e afeto é seu objetivo.

Tem-se visto diariamente em jornais, revistas e diferentes *sites* na *Internet* uma imensa demanda de artigos e publicações acerca do fenômeno “drogas”, mais especificamente das referidas “crackolândias”, enfatizando que o problema do crack tornou-se uma “epidemia nacional”. Em entrevista concedida à Folha de São Paulo³, a Secretária Nacional de Políticas

² As falas dos usuários sempre aparecerão em itálico, diferenciando de outras citações.

³ Disponível em: http://www.uniad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=8748:falar-que-pais-vive-epidemia-de-crack-e-grande-bobagem-&catid=29:dependencia-quimica-noticias&Itemid=94.

sobre Drogas – SENAD, Paulina Duarte diz que, apesar de preocupante, "não há uma epidemia" da droga atualmente no Brasil. As pesquisas recentes feitas pela SENAD em parceria com a Fundação Osvaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz e Universidade de Princeton (EUA), apresentam um mapeamento das crackolândias existentes no país, caracterizadas por pequenos grupos que migram de um lugar pra outro em busca de melhores condições de sobrevivência. Para combater essas "cenas" bastam equipes que façam atendimento na rua aos usuários e não com abordagem higienista, de recolhimento.

Contrapondo-se a isto, o Ministro Padilha em recente entrevista no Fantástico⁴, refere-se ao problema das drogas como uma “epidemia nacional”, e diz que o SUS não está preparado para enfrentar o problema. Tais controvérsias denotam a falta de articulação dentro da própria máquina estatal, onde os diferentes grupos de poder parecem não dialogar entre si e vê-se o mesmo clima de disputas reproduzido nos embates técnicos, midiáticos, populares que pouco ou nada contribuem na construção da política sobre drogas. O termo “epidemia” tem gerado diversas discussões, pois os redutores de danos defendem que seu uso acaba proliferando a ideia de algo perigoso e fatal, reiterando a lógica demonizante e aterradora das drogas que só reforça estigmas e preconceitos.

Sem deixar de levar em consideração, é claro, que o uso do Crack é um problema social e de saúde sério que assola a maior parte das pequenas e grandes cidades do país, há que se ponderar, também, o cunho moralista, discriminatório e preconceituoso, com que, especialmente a mídia hegemônica tradicional do país, insiste em tratar o tema: demonizando o uso de qualquer substância ilícita em detrimento das lícitas, dentre elas os medicamentos e as bebidas alcoólicas que patrocinam tantos produtos úteis à proliferação capitalística⁵, com especial destaque aos esportes, por mais paradoxal que isso possa parecer. Esse discurso reitera a lógica excludente e segregadora que historicamente acompanhou a questão relativa ao uso de drogas, especialmente as drogas ilícitas.

Nesse embalo de “tempos de epidemia”, alguns segmentos mais tradicionais em diferentes instituições aproveitam para trazer à baila, a internação compulsória como o “remédio” para a “cura do mal” que assola a sociedade brasileira. Argumentam que a fragilidade da rede de saúde e o modelo assistencial, pautado pela Reforma Psiquiátrica, são

⁴ Disponível em: <http://fantastico.globo.com/Jornalismo/FANT/0,,MUL1679015-15605,00-BRASIL+E+EUA+TROCAM+PUNICAO+POR+TRATAMENTO+A+USUARIOS+DE+CRACK.html>

⁵ Termo utilizado por Guattari para denominar os modos de subjetivação a partir dos modos de produção capitalista. A existência de uma determinada subjetividade depende de um agenciamento de enunciação produzi-la ou não. (Exemplo disso é a produção em grande escala de novos tipos de subjetividades através da mídia e dos equipamentos coletivos, presentes no capitalismo moderno). Expressa as formas de organização social fundada sobre relações de exploração do capital e dos modelos econômicos que fazem da natureza objeto de dominação, exploração, consumo e descarte. (GUATTARI & ROLNIK, 2008)

incapazes de dar respostas adequadas às atuais necessidades dos usuários de saúde mental. Em nome da “desassistência” e da prevenção à violência, defendem a ampliação de leitos em clínicas de reabilitação e o financiamento por parte do poder público de leitos em Comunidades Terapêuticas que seguem o modelo de tratamento, pautado na intolerância, isolamento e exclusão.

As casas legislativas nas três esferas de governo têm recebido pilhas de projetos de leis com o mesmo cunho estigmatizante que assinala o uso de drogas como doença crônica, sem cura e, portanto, com necessidade de práticas terapêuticas, com ênfase no asilamento, no controle e na disciplina, tendo como entendimento que o usuário de drogas é um indivíduo incapaz de conseguir libertar-se de seus vícios pelo efeito devastador que a droga causa no organismo, reforçando o argumento biologicista no cuidado em saúde dessa população. Para tanto, as propostas de tratamento, reforçadas pelo discurso midiático, tem como ênfase a abstinência a ser buscada a qualquer preço, seja através da espiritualidade, da laborterapia, da mudança de comportamento, por meio de “técnicas disciplinares e de controle, seja pela via da oração, seja pelo trabalho, pela medicação, por uma rotina ritualística ou mesmo pela via cognitiva de aprendizagem da ‘sua doença’” (LOPES; MARASCHIN, 2008, p.154)

Na tentativa de unir esforços para a resolução do problema, colocado à sociedade brasileira, o Governo Federal, através do Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, relançado recentemente. O plano pressupõe ações conjuntas entre as três esferas de governo em sintonia com diferentes segmentos, dando um caráter de ação intersetorial, conforme apontamentos da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial e da XIV Conferência Nacional de Saúde, realizadas recentemente (2010 e 2011).

Tal proposta tem como pressupostos os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, da Política Nacional de Humanização - PNH, da Redução de Danos - RD, e a constituição de uma ampla Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, com a finalidade criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. No âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a ênfase especial está nos serviços comunitários da rede SUS (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Consultórios de Rua, Casas de Acolhimento, Ações de Prevenção na rede de Atenção Primária, e a criação de ambulatórios de desintoxicação e nos leitos em Hospitais Gerais, etc.)

Entre as verbas destinadas para diferentes pontos de atenção no “Art. 9º, cap. II da Portaria/GM Nº 3.088, (2011), lançada recentemente como parte do Plano de enfrentamento ao crack, estão contemplados:

[...] os Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

A destinação dessa verba tem causado uma verdadeira celeuma entre os profissionais da área da saúde, quer sejam da corrente mais tradicional, conhecida como proibicionista, quer seja da corrente antiproibicionista. Essa disputa tem sido notória nas diferentes mídias de esquerda ou de direita, o que denota a disputa de campos ideológicos que parecem em nada ajudarem na discussão de uma política sobre drogas que possa ser efetiva e eficaz.

Sabe-se que historicamente as Comunidades Terapêuticas – CT’s têm ocupado o lugar de cuidado dessa população, visto que o Estado se fez ausente durante muito tempo e hoje a disponibilidade de recurso público para essas entidades é atravessada pela pressão da bancada evangélica na Câmara dos Deputados⁶. O que nos aponta – sendo muito pessimista – para a quase que total impossibilidade de reverter esse quadro. O que nos resta nesse caso, senão a regulação da porta de entrada das CT’s, através do CAPS ou da rede de saúde conforme prevê a portaria ministerial?

Argumentos de militantes do movimento antimanicomial afirmam que fiscalizar as Comunidades Terapêuticas é legitimá-las como serviços da rede pública. Porém, elas já estão legitimadas através das portarias ministeriais que regulamentam o seu funcionamento e liberam recursos, como é o caso da portaria citada anteriormente e da resolução RDC 29/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA que preconiza o funcionamento das unidades.

Negar a legitimidade não seria uma forma de tentar invisibilizar uma questão que está posta e da qual não temos como retroceder na atual conjuntura política? Não seria a fiscalização e a regulamentação da entrada dos usuários pelos CAPS (conforme prevê a portaria ministerial) uma forma de estabelecer diálogo na tentativa de criar resistência e produzir uma terceira via, pautada pelo diálogo?

No discurso do movimento social negam-se as Comunidades Terapêuticas, assim como durante anos se protagonizou a loucura em detrimento do uso de drogas ilícitas, permitindo que essa situação se criasse, colocando hoje a droga como vitrine para o

⁶ Por conta desta “guerra ideológica”, a bancada evangélica da Câmara dos Deputados tem pressionado o governo federal para a destinação de verbas para a manutenção das Comunidades Terapêuticas.

movimento da anti-reforma psiquiátrica. Porém, o que se sabe, é que a maioria dos trabalhadores da rede de saúde, inclusive os militantes da Luta Antimanicomial, em casos onde a rede não é resolutiva por problemas na gestão e falta de recursos, encaminham os usuários para essas entidades a fim de encontrar uma saída.

A experiência da Argentina relatada por Gonzales (2010) aponta para uma grande transformação no modelo de tratamento dentro de comunidades terapêuticas, com profissionalização do cuidado através de composições das equipes de trabalho e criação de programas de tratamento qualificados, após a inclusão destas na rede de saúde pública e fiscalização das mesmas. Para tanto desenvolveram um amplo trabalho de capacitação e estas transformações se deram num percurso de anos, o que para eles caracterizou um avanço na discussão da política sobre drogas, bem como no aperfeiçoamento do dispositivo a partir da aproximação e diálogo.

Posições polarizadas de ambos os lados criam um campo beligerante, ora insistindo em provar os malefícios de determinadas drogas em detrimento de outras – apontando como única possibilidade de intervenção o isolamento; ora insistindo em defender o uso de substâncias, justificando o direito à liberdade, criando grupos identitários que parecem conceber o tecido social fragmentado. O que muitas vezes, com posturas intolerantes e de difícil comunicação, reforçam assim, a lógica individualista e competitiva impressa pelo projeto capitalista neoliberal, sem a mínima possibilidade dialógica, de consenso do espaço público e de construção coletiva.

O argumento dos militantes antiproibicionistas é de que as determinações das Conferências de Saúde Mental (2011) e de Saúde (2012) foram desrespeitadas, pois, em ambas, houve posicionamento de rechaço ao financiamento dessas instituições. Esse grupo defende que financiar essas entidades religiosas é uma forma disfarçada de privatização da saúde e desresponsabilização do Estado, sendo que estas entidades têm métodos terapêuticos questionáveis que vão na contramão dos princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Álcool e Drogas. (MONCAU, 2012)

A inclusão do terceiro setor, aliás, nas Políticas Públicas, tem sido alvo de inúmeros questionamentos e provocado polêmicas e confrontos no que tange à gestão pública pelo que reflete diretamente nas formas de governar e conceber as funções do Estado na sociedade. Em função disso, essa inclusão do “terceiro” implica ferrenhas disputas de recursos federais, gerando confrontos políticos de todas as ordens.

A recente e desastrada intervenção do governo do Estado de São Paulo na principal crackolândia da megalópole atesta isso. Sob a alegação de que “usuário de droga não busca

tratamento pela razão, mas pelo sofrimento”, o coordenador das Políticas sobre Drogas do Estado coordenou uma ocupação policial no Centro da cidade cujo maior resultado foi a unanimidade nacional quanto à coleção de desmandos e infrações aos direitos humanos. A ação desmobilizou diversas equipes de trabalhadores sociais e agentes de saúde que vinham atuando na região havia anos e ainda contrariou toda a estratégia nacional de ênfase no acolhimento e diversificação de possibilidades de tratamento que vem sendo implementada através da Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. “Especialistas divergem sobre como tratar o doente”, comenta uma reportagem da semana em que se deu a operação. “Mas todos chegam a um consenso: a única coisa que não se deveria fazer é o que fez São Paulo, colocando a polícia em 1º plano. O crack é antes de tudo um problema social”. (MARTINS e VIEIRA, 2012, p. 26)

A omissão – ou presença pela via da segurança, legitimação da violência - do Estado aqui põe às claras o sentido que a terceirização parece assumir na relação de forças das sociedades capitalísticas. Tal como os trabalhos “menos nobres”, a produção pesada tende a ser deslocada para o Terceiro Mundo deixando o trabalho intelectual, a produção de informações, o consumo, o centro da produção do capitalismo financeiro para os países “centrais” (à lógica do capital). Terceirizar, aqui, significa deslocar-se a produção para um lugar de menor importância onde ela fica relegada a um lugar periférico, podendo ser desqualificada, velada, subvalorizada. (PASSOS; BENEVIDES, 2010)

No caso da droga esta mesma operação de deslocamento (do que está no centro da produção de um modo de subjetivação drogadito, por exemplo, ou da própria indústria do tráfico...) pode ser observada entre as tão faladas “casas de repouso”, ou “clínica de tratamento” ou “bolsa auxílio para tratamento do crack” como é o caso do estado de Minas Gerais onde o governo estadual hoje disponibiliza recurso público para famílias tratarem seus filhos dependentes em clínicas particulares ou comunidades terapêuticas.

Os autores alertam que:

[...] há todo um discurso dominante que usa a cortina de fumaça da terceirização para realizar um duplo deslocamento: (1) deslocamento da atenção do tema da produção da experiência subjetiva da compulsão consumista da droga para a questão da produção da substância; (2) desloca-se esta produção da substância, segundo a operação terceirizante, para as periferias do capital, lá onde é possível culpabilizar os produtores terceirizados da droga sem comprometer os produtores primários de uma subjetividade compulsiva e consumista. Ao realizar este duplo deslocamento, produz-se esta mais valia de controle já que, tornada periférica, subvalorizada, ocultada, criminalizada, a experiência com a droga fica reduzida a sua dimensão individual, local, desorganizada. (PASSOS; BENEVIDES, 2010, p.62)

E Passos (2011)⁷ complementa: “Neste sentido, só pode haver uma política coletiva de combate criminalizante à droga, o coletivo no caso sendo a expressão de uma *polis* que se vê ameaçada pela ação de indivíduos e não de políticas”

Esta é a lógica que alimenta embates políticos viscerais como o que resultou na ação policial em São Paulo; abre espaço para saídas místicas como as que lotam as igrejas universais e faz proliferar negócios privados, como é o caso do “Caçador de almas perturbadas” narrado pela reportagem supra-citada que abriu uma empresa especializada em resgatar viciados nas bocas de fumo em que nenhum agente de saúde ousa entrar. Esta mesma lógica, privatista e individualizante, da qual muitas de nossas políticas públicas encontram-se impregnadas é que sustenta, também, as polarizações técnicas no debate em relação à intervenção com álcool e outras drogas e que constitui o foco das problematizações desta pesquisa.

O desafio proposto deverá ter como pano de fundo os Direitos Humanos, propondo outro olhar sobre a questão, de forma a tomá-la, em toda sua complexidade, densidade histórico-social, que permita considerar a singularidade de cada sujeito e apostar no vínculo como estratégia de cuidado. É preciso reconhecer quem é esse consumidor, as suas características e necessidades, compreender que tipo de relação ele estabelece com a droga e que, acima de tudo, ele não é a droga, mas, um cidadão, com uma história de vida, em um contexto sociocultural e econômico que o produzem enquanto sujeito. A garantia de direitos aqui acontece no respeito à diferença, à singularidade de cada caso e à resolutividade no encaminhamento dado.

Por todo o exposto, vê-se que pensar a questão das drogas hoje é inevitavelmente problematizar a antinomia presente neste tema, na tentativa de superação desta cisão e na busca da composição, da articulação de saberes e das experiências, produzindo, assim, conhecimentos que possam contribuir na construção de uma política pública efetiva no que se refere ao cuidado de pessoas que usam drogas, em uma perspectiva da autonomia e protagonismo desses sujeitos. Faz-se necessário pensar dispositivos que dêem conta do cuidado, garantindo acessibilidade e inclusão destes que têm sido colocados à margem da sociedade pelo estigma que carregam em detrimento da ilicitude da droga. Diria, ainda, que é necessário superar a “fogueira das vaidades”, presentes nos discursos, a fim de encontrar caminhos para o que designo como uma “Clínica do Possível” que, baseada no vínculo, possa dar lugar ao cuidado humanizado.

⁷ Anotações literais retiradas do parecer do professor Eduardo Passos ao projeto de qualificação que deu origem a esta dissertação.

Em função disso, a temática das drogas tem me inquietado e servido de motivação para a reflexão e a produção do conhecimento a partir das minhas experiências profissionais e militantes. Mais especificamente, o que me causa estranhamento, tornando-se um analisador nesse percurso de pesquisa, é a forma como dois discursos contrapostos se atravessam nas práticas cotidianas dos serviços de saúde e fora dele, polarizando as falas e cristalizando posturas de cuidado muito divergentes.

Para tentar superar essa lógica dicotômica, a pesquisa busca no referencial teórico, entre outros, da filosofia trágica argumentos que colocam em questão a história da filosofia e do pensamento ocidental, no qual a moralidade se justifica a partir de uma descrição da estrutura de realidade do ser humano e a criação de um conjunto de regras e normas que orientam a nossa vida, como consequência da “natureza das coisas”. Uma posição assim fundamentada nos faz pensar que seguir tais normas equivaleria a ajustar-se ao mundo, tal como ele é. Sem uma realidade que possa ser considerada “verdadeira”, em oposição à “aparente”, corremos o risco de privilegiar uma concepção em detrimento de outra, formando interpretações parciais e cambiantes, insuficientes para formular regras de conduta de aplicação universal que sirvam como parâmetro para pensar e conceber a política pública sobre drogas (BOEIRA, 2004).

Na perspectiva teórica adotada no presente estudo, lançamos mão da cartografia como método, por entendê-la como construção coerente ao percurso de pesquisa, auxiliando no acompanhamento do traçado ou das linhas que compõem o plano de intervenção, oferecendo dados de realidade que auxiliam na produção/intervenção/criação.

Propõe, portanto, que a intervenção junto às pessoas que usam drogas se utilize de ferramentas que ajudem a superar o olhar moralista e diminuam o estigma que recai sobre os usuários, na perspectiva da Clínica Ampliada. Esse tipo de intervenção implica sair do foco do sintoma em si e da doença, sugerindo ações que coloquem o sujeito como protagonista no processo de produção de sua saúde caracterizando uma clínica política, porque cria linhas de fuga que produzem novos territórios existenciais e transformação social.

Diante disso, este estudo teve como aspiração visibilizar novas práticas no cuidado de pessoas que usam drogas, focadas na de produção de saúde como potência de vida, tomando como referência alguns conceitos da filosofia nietzscheana, basicamente a noção de ressentimento.

Os objetivos específicos da pesquisa foram:

- a) Identificar quais os possíveis espaços de produção de saúde a serem encontrados no cotidiano do território dos usuários de droga;

- b) Identificar diferentes recursos no território que fossem produtores de vínculo, cuidado, produtores de saúde, melhoria da qualidade de vida e protagonismo cidadão;
- c) Apontar caminhos para intervenções de uma Clínica do Possível a partir da análise dos rituais presentes no território.

Nesse percurso investigativo o primeiro capítulo trabalha o conceito da Redução de Danos, seus princípios e diretrizes que apontam como um caminho possível de protagonismo cidadão no que se refere ao cuidado de pessoas que usam drogas.

O capítulo dois faz uma aproximação entre os princípios e diretrizes da RD e da PNH, apresentando num plano comum a desidealização do homem, bem como a impossibilidade de um mundo sem drogas, trazendo à cena a indissociabilidade entre a gestão e a atenção, a inseparabilidade entre clínica e política, reafirmando a diferença e o protagonismo dos sujeitos como disparador de movimentos que incidem sobre a construção de uma política pública sobre drogas.

Tomando como referência teórica a filosofia da diferença, o capítulo três aborda os conceitos do trágico em Nietzsche e o ressentimento como relevantes para a pesquisa-intervenção aqui apresentada, por entender que possibilitam visualizar o que nomeio de uma Clínica do Possível a partir da constatação da realidade cotidiana do usuário de droga e do seu entorno.

O quarto capítulo apresenta o traçado do percurso de pesquisa, demonstrando como, através do aporte metodológico utilizado, foi-se delineando a cada dia uma construção coletiva com os usuários e trabalhadores de saúde. A pesquisa foi realizada na rede de saúde de Caxias do Sul, no território do Bairro Mariani, sendo construída por várias mãos, pois contou com o suporte de técnicos da equipe, entre eles: a Assistente Social, uma Agente Comunitária de Saúde e um morador do bairro, ex-usuário de drogas que atualmente está sendo contratado pelo município como redutor de danos para o consultório de rua. Também contou com a participação de duas alunas da Graduação em Psicologia e um professor de fotografia da Faculdade da Serra Gaúcha – FSG. Foi proposta a um grupo de usuários “não aderentes” ao tratamento do CAPS da região e contou com 18 participantes ao todo, sendo que o grupo que permaneceu nas três etapas foram 09. Realizou-se ao longo de oito meses, em 26 encontros ocorridos no ano de 2011 e início de 2012.

Passos e Benevides (2009), ao discorrerem sobre a cartografia como método de pesquisa-intervenção salientam o desafio que procura reverter o método tradicional de pesquisa, visto que não propõe um caminhar para alcançar metas pré-estabelecidas. O que se

torna relevante aqui, portanto, é o caminho que se constitui em processo, orientando o percurso da pesquisa, considerando os seus efeitos de pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e os seus resultados.

A cartografia nos permitiu apostar na possibilidade de criação, no território (campo de intervenção), estimulando os processos de autoanálise e reflexão junto aos diferentes atores envolvidos, na tentativa de agenciar forças para romper com as estruturas cristalizadas e estigmatizantes que impediam movimentos de mudança, trazendo elementos que nos auxiliaram para pensar uma política sobre drogas pautada pela afirmação e respeito às diferenças.

Lançamos mão da fotografia como dispositivo de intervenção, pensando-a como processo, como produção, e a imagem, como apresentação da realidade, ou de uma dada realidade que, muitas vezes, não é mostrada por falta de uma luminosidade (TITTONI, 2009). As imagens produzidas estão distribuídas ao longo do trabalho, bem como alguns dos comentários que elas geravam, mas é no capítulo quarto que narramos o contexto em que foram geradas.

Considerando que, no método cartográfico, o que está em cena é o processo, a utilização de intervenção fotográfica nos possibilitou não somente o “real”, mas também, a produção de “realidades”, captadas e apreendidas através das produções fotográficas. A fotografia aqui aparece como elemento de pesquisa, produtor de um conhecimento que torna visível o que ainda é invisível pelo estigma, preconceito, desconhecimento, etc.

Aliado à fotografia nos utilizamos do *Hip Hop*, que no percurso da pesquisa emergiu como dispositivo expressivo do cotidiano dos usuários e, portanto, potencializava a vida através da arte, nos apontando os espaços de produção de saúde que poderiam pautar a construção de uma política de drogas.

Por fim, no decorrer do processo de pesquisa e produção dessa escrita, foi-se delineando uma pesquisadora que saída de um campo da militância se perde e se encontra com questões que desestabilizam e convocam ao deslocamento, pondo em questão o que se é e fazendo com que nos deparemos, a todo instante, com o que devemos nos tornar.

Sendo assim, inspirada nas palavras de Nietzsche (1879/1987):

Uma vez que tenha se encontrado a si mesmo, é preciso saber, de tempo em tempo, perder-se – e depois reencontrar-se: pressuposto que se seja um pensador. A este, com efeito, é prejudicial estar sempre ligado a uma pessoa (ibid. p.106 - Aforismo 306).

Convido o leitor a andar comigo nesse percurso vivido, e através dessas linhas, experimentar movimentos e metamorfoses que trazem perturbações podendo afirmar o não lugar, para dar passagem ao novo e à expansão da vida.

1 A REDUÇÃO DE DANOS COMO UM CAMINHO POSSÍVEL DE PROTAGONISMO CIDADÃO

O caminho para o reconhecimento da Redução de Danos como estratégia de prevenção, reabilitação e promoção a saúde não é linear nem se deu sem tropeços. Este capítulo dedica-se a recuperar parte deste percurso a fim de situar melhor a polêmica que circunscreve o problema de que se ocupa esta pesquisa.

O Ministério da Saúde, em 2003 assume a questão das drogas como um problema de saúde e não mais de polícia, estabelecendo como meta a construção de uma Política de Atenção Integral aos usuários de Álcool e outras Drogas. O nome proposto à política aponta para a implicação da gestão em tratar o tema, comprometida com a integralidade das ações, e a ampliação do olhar sobre o fenômeno na contemporaneidade, na tentativa de superação da dicotomia lícitas e ilícitas, afirmando que prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e produção de saúde devem ser tomados como inseparáveis. (PASSOS; BENEVIDES, 2010/TEDESCO; SOUZA, 2009)

A Redução de Danos então, que já vinha num processo de ampliação de sua aplicação para além da estratégia de prevenção às DST's/AIDS, passa a ser pensada também como estratégia no cuidado de usuários de drogas. Para realização dessa tarefa cria-se no Ministério da Saúde um Grupo de Trabalho multisetorial que propõem “tomar o tema das drogas em sua complexidade, interesse social e transversalidade [...] afirmava-se a aposta da abordagem ao problema [...] a partir da Redução (RD), entendida como método clínico político e paradigma norteador desta política” (TEDESCO; SOUZA 2009, p.142).

Nesse mesmo sentido, a partir de 2004, a articulação entre a SENAD e o Ministério da Saúde, pautada pela discussão da nova Lei sobre Drogas 11.343/2006⁸ (BRASIL, 2010a), que tramitava no Congresso Nacional, cria espaço para a discussão e definição da Política Nacional de Atenção Integral aos usuários de Álcool e outras drogas. Todos esses movimentos apontavam para a ampliação da discussão da temática pautada pelo paradigma da Redução de Danos. Para entendermos melhor esse processo iniciamos entendendo o conceito de Redução de Danos.

Cruz (2010, p.139) conceitua a Redução de Danos como:

⁸ Nova Lei sobre drogas que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Passa a diferenciar o usuário do traficante, dando respaldo para a questão das drogas deixar de ser um problema de polícia, passando a ser um problema de saúde.

Uma estratégia de abordagem dos problemas com as drogas, que não parte do princípio que deve haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas, seja no âmbito da sociedade, seja no caso de cada indivíduo, mas que formula práticas que diminuam os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais com quem convivem.

Já Fiore (2006, p.97) escolhendo a Redução de Danos como fio condutor da análise de sua pesquisa, por considerar que é ela um dos principais pontos de cisão entre os profissionais envolvidos com a questão das drogas no Brasil, refere que a Redução de Danos “foi forjada justamente num campo de intersecção entre as ciências médicas, a saúde pública, a psicologia e as ciências sociais.”

A pesquisa desenvolvida por Souza (2007, p.12) adota uma metodologia para definir a Redução de Danos a partir de suas modulações e seus embates com a política antidrogas sustentada pelo próprio estado. Seu estudo aponta três dimensões problemáticas, de que me valho neste estudo, para inserção no campo de intervenção. São elas: “a política antidrogas e o paradigma da abstinência que impõem limitações à RD; as políticas públicas de saúde que possibilitam o avanço da RD, e o modo como a RD se apropria desses embates e avanços, constituindo um novo método e um novo paradigma para se pensar e propor políticas sobre drogas.”

Nesse debate, a redução de danos aparece como um “caminho”, em que o método utilizado para o tratamento é baseado no aumento do grau de liberdade e de coresponsabilidade daquele que está se tratando. Essa abordagem vem sendo apontada como a diretriz no cuidado ao usuário de álcool e outras drogas, considerando que qualquer tentativa de reduzir ou evitar o uso abusivo e/ou dependência de drogas deve levar em conta as práticas de vida diária do ser humano, aumentando os fatores de proteção e reduzindo os fatores de risco ao consumo de drogas, tendo em vista que a promoção de saúde acontece na busca constante pela ampliação da qualidade de vida para as pessoas.

Um aspecto que penso ser analisador dessa questão é que muitos autores ou mesmo os trabalhadores de saúde ao se referirem à Redução de Danos utilizam diferentes expressões, são elas: **estratégia**, **paradigma** e **diretriz**. Creio de fundamental importância compreender o significado de cada uma delas para dar início a nossa discussão sobre a Redução de Danos, pois tais definições mostram de onde parte essa pesquisa na tentativa de contribuir com a superação dos reducionismos presentes no contexto das políticas sobre drogas.

Segundo o dicionário Wikipédia **estratégia**⁹ é uma palavra originária do grego *stratègós* onde *stratos* significa "exército", e *ago*, "liderança" ou "comando" o que define "a arte do general", designando o comandante militar. (grifo nosso)

Já o conceito de **paradigma**¹⁰, também originário do grego *parádeigma* significa modelo, isto é a representação de um padrão a ser seguido. Trata-se de um “pressuposto filosófico, matriz, ou seja, uma teoria, um conhecimento que origina o estudo de um campo científico.” (grifo nosso) Ou seja, trata-se de um conjunto de crenças, valores e técnicas comuns a um grupo que pratica um mesmo tipo de conhecimento uma realização científica. (KUHN, 1969/1975)

Entende-se como **diretriz**¹¹ a “linha reguladora do traçado de um caminho ou de uma estrada” ou ainda “o conjunto de instruções ou indicações para se tratar e levar a termo um plano, uma ação, um negócio. (grifo nosso)

Tomo aqui, portanto, por parâmetro a Redução de Danos não como uma estratégia de intervenção, nem como paradigma, mas como **diretriz** da Política sobre drogas, ou seja, é a Redução de Danos que deve direcionar as nossas ações no cuidado de pessoas que usam drogas, porque ao dar a direção amplia a clínica, supera a lógica moralista e demonizante que exclui e segrega historicamente o usuário de drogas permitindo-nos ver para além do paradigma que ora pode ser um e ora pode ser outro, pois não se opõem, ao contrário, se complementam. O que está no centro aqui é o sujeito e seu desejo que deverá dar a direção da minha intervenção, na tentativa de produzir desvio, isto é, outras possibilidades de existência.

Acredito que tomar o conceito de diretriz vem ao encontro da proposta dessa pesquisa de cartografar o caminho dos usuários compreendendo, a partir de suas experiências, que “clínica seria possível” para contribuir com a produção de vida mesmo ali onde já parece improvável. Uma clínica que apontasse caminhos para uma política pública que possa dar conta do fenômeno drogas, com todas as suas implicações. Pensar o que é possível a partir de dados de realidade, mas especialmente contando com o saber que é trazido pelo sujeito implicado nesse processo que é o próprio usuário, retirando-nos desse lugar de “experts” para dar lugar, espaço ao outro, em sua diferença e singularidade.

Pois do contrário focar a nossa pesquisa, tomando a redução de danos como mera “estratégia de cuidado” corre-se o risco de reduzi-la a uma “clínica do comando”, numa lógica

⁹ Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Estrategia>. Consultado em 04/02/2011.

¹⁰ Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Paradigma>. Consultado em 04/02/2011

¹¹ Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Diretriz>. Consultado em 04/02/2011

adaptacionista que não leva em consideração o sujeito em relação singular com a droga, em sua história de vida e com suas possibilidades peculiares de existência.

Tomar a Redução de Danos na perspectiva da estratégia, a meu ver, não dá conta das diferentes realidades presentes no uso problemático de drogas, que como já citado anteriormente, é determinada por múltiplos fatores.

Lancetti (2007, p.77) refere que “a RD é uma política e uma prática de saúde pública definida como uma série de procedimentos destinados a atenuar as consequências adversas do consumo das drogas”, mas como política ela diverge da política predominante de combate às drogas, ainda fundamentada na criminalização e eliminação da droga na sociedade.

Que o uso abusivo e/ou dependente de álcool e outras drogas são um problema de saúde pública todos sabemos e concordamos. O que não podemos desconsiderar é que esta é uma afirmação que pressupõe assumir uma posição frente aos que insistem em tomar o problema como de natureza estritamente policial, jurídica e de segurança nacional. É preciso defender uma política pública que garanta acesso universal, atenção integral, com gestão descentralizada, ações integradas e compromisso com o cuidado, com a produção de saúde, inserção territorial e participação da comunidade (PASSOS; SOUZA, 2009).

Nesse sentido, o que se propõe aqui é pensar o cuidado na perspectiva do sujeito e não da doença, considerando as singularidades de cada caso, a vida do sujeito, o contexto em que ele vive, e a produção de vida e de saúde possível a partir do seu território existencial para poder produzir outras possibilidades de existência, que o auxilie nessa caminhada em busca de sua própria vida.

Pensar essas particularidades para cada caso não é algo que possa se dar descolado da lógica do cuidado no **território**. (grifo nosso). Por isso, temos neste outro, conceito central um norteador das ações a serem construídas pelo serviço. Pensar o cuidado em saúde mental, e a Redução de Danos tecida como método clínico, é, inevitavelmente, pensar em que lugar e em que tempo acontece o cuidado. É no território que se produzem modos alternativos, linhas de fuga, de criação de novos territórios existenciais, espaços de afirmação de singularidades (YASUI, 2010).

E são essas diferenças que devem importar para o cuidado, já que elas auxiliam na reinvenção do cuidado, na criação de estratégias a partir dos sujeitos, da vida e de outra lógica do cuidado que deve estar imersa no território e reafirma o protagonismo do cidadão. Sendo ele usuário de drogas lícitas ou ilícitas, para além de um cidadão de direitos, trata-se, sempre, de sujeitos de desejos, histórias, paixões, dores, sonhos.

As diversas experiências da Redução de Danos por diferentes países têm mostrado que elas surgem em âmbito local a partir da mobilização da população envolvida com as questões, entre elas os trabalhadores de saúde, portanto são estratégias de saúde de base comunitária (MARLAT, 1999). Dessas ações, brotam zonas de contágio que produzem o “aquecimento” e articulação da rede intersetorial tornando o cuidado mais resolutivo e humanizado.

Passos & Souza (2009), em relato sobre a história da Redução de Danos no Brasil, reiteram a produção do protagonismo nesse processo. À medida que se criam novos dispositivos de intervenção que vão além das trocas de seringas, os usuários de drogas passam a participar coletivamente da gestão das práticas de saúde, o que provoca um reposicionamento subjetivo desestabilizando a ideia de “grupo de risco”, já instituído no campo das ações de DST/AIDS. Os usuários de drogas, colocados como atores nas práticas de produção de saúde denotam a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades. O cuidado, nessa perspectiva, não acontece só como assistência de uns para com os outros, mas se faz presente no cuidado de si, na co-responsabilização pela qualidade de vida, implicando todos no processo de produção de saúde e de protagonistas.

Lancetti (2007, p.78) em “A Clínica Peripatética”, quando fala da Redução de Danos como ampliação da vida, traz algumas questões interessantes que, no meu entender, ajudam a nortear as discussões aqui propostas. Para ele a Redução de Danos está fundamentada na ideia de minimizar os efeitos nocivos do uso de drogas, mas ao observarmos a sua prática, entramos num campo de complexidades que revela a eficácia do método em muitas outras áreas, refletindo transformações na produção de subjetividades.

O autor enumera as seguintes:

- Por que os redutores de Danos param de usar drogas injetáveis numa porcentagem tão elevada (60 a 70% [...]) substituindo-as por drogas mais leves, ou simplesmente conseguem permanecer longos períodos sem uso, se não há na metodologia, na ideologia, ou na chamada “filosofia” da RD incitação, regras ou recomendações para que o operador do Programa deixe de usar drogas?
- Os redutores de danos fazem busca ativa, intervenção nas *rodas de pico* e sistemática participação nos coletivos de drogados. Qual a importância clínica do caráter ativo da experiência?
- Qual é o encanto da RD? Encanto esse que provoca a adesão de usuários, traficantes, policiais, padres e outros religiosos (mesmo que clandestinamente, pois a igreja é oficialmente contrária a distribuição de camisinhas)?
- [...] o livre trânsito pelos meandros das vilas e locais onde se usam drogas pesadas gera territórios de paz. Qual a importância desses territórios antes inatingíveis para a construção de políticas públicas de segurança, isto é, de cidades, municípios ou bairros de paz?
- Esses territórios funcionam como novos componentes no processo de produção de subjetividade?
- Por que essa substituição também ocorre com outras drogas pesadas não injetáveis como o *crack*?

Uma outra forma de Redução de Danos é a substituição de *crack* por *cannabis*. No Proad/Unifesp (Programa de Orientação e Assistência ao

Dependente, Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, Escola de Medicina, Universidade Federal de São Paulo) foi realizada uma experiência em que 68% das pessoas avaliadas conseguiram parar de usar *crack*. No caso da experiência citada, e sendo a maconha uma droga oposta ao *crack* e à cocaína, por que e em que condições ela foi aceita pelas pessoas monitoradas?

- Que consequências e problemas a práxis da RD coloca para a clínica de dependentes químicos, para a clínica peripatética e para a saúde Coletiva? (ibid, p.77)
-

Nesses casos, a lógica impressa no cuidado em saúde não está baseada apenas no abandono do consumo de drogas, ou seja, pautada pelo paradigma da abstinência que reforça uma política antidemocrática, porque desconsidera os direitos do cidadão. O paradigma da abstinência reforça a marginalização e segregação dos usuários e reitera permanentemente que o lugar de tratamento desses indivíduos deve ser em lugares fechados, que o impeçam de fugir e os mantenham separados da família e do convívio social.

Uma, entre tantas experiências internacionais, pautada na Redução de Danos que assinalam os benefícios do método clínico são as narcosalas, que foram proposta pela PNAD em 2004, mas criaram a maior polêmica a nível nacional. Exemplo disso é a primeira sala para uso seguro de drogas injetáveis da América do Norte. Chamada InSite na cidade de Vancouver no estado canadense de British Columbia, inaugurada em 2003. Foi implementada em conjunto pelos órgãos de saúde da prefeitura e do estado na comunidade de Downtown Eastside, uma das regiões mais pobres do Canadá. Segundo a Vancouver Coastal Health Authority, a unidade tem cadastrados cerca de 12 mil usuários de heroína, o que significa que um terço é dessa comunidade.

Os serviços oferecidos pela Supervised Injection Site¹², criados como uma aposta para resolver essa questão, disponibiliza materiais descartáveis para o uso injetável de drogas e o apoio de profissionais de saúde no auxílio a casos de overdose, orientações aos usuários sobre desintoxicação e outros tratamentos para uso de drogas. (GASPAR *et al*, 2012).

Pesquisa realizada por Kerr *et al.* (2005), salientam que existem outras experiências como esta na Europa e Austrália, mas sem pesquisas epidemiológicas que demonstrem os efeitos sobre a contaminação do HIV. Suas conclusões neste estudo é que a InSite tem sido efetiva, indicando que usuários de drogas injetáveis que utilizam o local têm 70% menos probabilidade de trocar seringas e agulhas com outros usuários, comparados aos que não frequentam a unidade.

¹² Tradução: “local de injeção supervisionado”

Souza (2007, p.28) fala da produção de uma verdade científica sobre o anormal e o antissocial que insere o louco, assim como o usuário de drogas no regime do saber psiquiátrico.

O arcabouço jurídico e institucional, criado para controlar o louco, estendeu-se a todos os indivíduos cuja conduta fosse identificada pela psiquiatria como desviante, como uma anormalidade, portanto uma incapacidade de participar do contrato social. A relação entre psiquiatria e Direito Penal se estreitou em torno da defesa da sociedade e contra os indivíduos que representavam um perigo para o bem-estar. A legitimação da psiquiatria como ciência que controla a vida dos perigosos e anormais garantiu, a um só tempo, o estigma do usuário de drogas doente mental bem como outra instituição de confinamento: o hospício.

Essa postura, tão presente na rede de cuidado e nos discursos dos trabalhadores de saúde, e quem têm sido reforçadas de forma emblemática pela mídia no contexto atual, desconsidera qualquer possibilidade de redução de danos ou a ênfase da saúde coletiva que é da defesa da vida considerando os modos de vida do sujeito.

Para entendermos melhor em que a lógica da redução de danos difere no cuidado de pessoas que usam drogas faz-se necessário elucidar os princípios básicos, bem como os pressupostos e valores que permeiam esta abordagem.

O primeiro princípio segundo Marlatt (1999, p. 46), baseia-se no fato de que “a redução de danos é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas.”

Conforme o autor, o primeiro modelo está pautado na lógica moralista e punitiva que tem como fim último uma sociedade livre das drogas, com enfoque na redução da oferta. Já o modelo da doença está focado no sintoma (doença biológica / genética) que requer tratamento e reabilitação, com ênfase nos programas de tratamento e na “redução da demanda” por parte do indivíduo. Sendo assim, o objetivo final de ambos os modelos é o de reduzir e finalmente eliminar o uso das drogas, concentrando-se no usuário (redução do uso).

As duas abordagens referidas relegam a um segundo plano os direitos constitucionais que garantem e protegem os direitos à intimidade e à privacidade ainda que possam ser lesivas ao próprio indivíduo: é o respeito à autonomia individual, desde que não seja em detrimento do outro, é claro. Além disso, desconsideram que o bem jurídico mais importante é a vida humana (BRASIL, 1988).

Segundo a Comissão Latino Americana sobre Drogas e Democracia (s/d) as políticas proibicionistas baseadas na repressão à produção e interdição do tráfico e da distribuição, bem

como a criminalização do consumo, não têm produzido os resultados esperados, o que nos distancia cada vez mais da tão proclamada erradicação das drogas.

Por outro lado, o primeiro princípio da Redução de Danos aponta ainda que:

[...] a redução de danos oferece uma ampla variedade de políticas e de procedimentos que visam reduzir as consequências prejudiciais do comportamento adictivo. A redução de danos aceita o fato concreto de que muitas pessoas usam drogas e apresentam outros comportamentos de alto risco, e que visões idealistas de uma sociedade livre das drogas não têm quase nenhuma chance de tornarem-se realidade. (MARLATT, 1999, p.46).

É importante destacar que uma política ou programa de cuidado de pessoas que usam drogas numa perspectiva antiproibicionista, focada nos Direitos Humanos, também não se reduz a um *laissez-faire* das drogas. A abstinência para as pessoas que desejam parar o uso da droga, porque entendem que ela está fazendo um uso prejudicial, deve ser uma escolha do sujeito, como “uma direção clínica possível e muitas vezes necessária” (SOUZA, 2007, p.27).

Segundo Lancetti, (2007, p.71),

Não estamos desconsiderando a necessidade, às vezes, de interrupção violenta do uso, mas esse corte repentino do uso, que, às vezes, é preciso ser feito em ambiente hospitalar, e que também pode ser entendido como uma redução de danos ou como um operativo de salvamento, **não pode ser o fundamento da clínica.** (grifo nosso).

Marlatt (1999) ao definir o segundo princípio da RD diz que esta não é contra a abstinência, reconhecendo-a como resultado ideal, mas reitera que ela aceita alternativas que reduzam os danos, superando o modelo moral e da tolerância zero. Nessa mesma lógica, Cruz (2010, p.141) acrescenta que “não há contradição entre Redução de Danos e abstinência **como meta**, mas sim entre Redução de Danos e abstinência **como uma exigência** para que os pacientes recebam serviços” (grifo nosso).

Este pode ser um dado importante na problematização da dicotomia entre as duas correntes: antiproibicionista e tradicional, pois o fato de se propor uma intervenção pautada pela redução de danos não significa que não se possa pensar, a médio/longo prazo, em ações que possam proporcionar ao usuário o abandono ao uso de drogas que lhe sejam nefastas.

A diferença aqui pode estar no desejo do agente de saúde a médio longo/prazo, que pode ser “emprestado” ao usuário durante o processo de intervenção e cuidado numa perspectiva de incentivo ao cuidado de si. Este pode ser um caminho possível de cuidado sem imposição de abstinência, mas também sem perder de vista a defesa da vida, princípio da saúde coletiva e também da redução de danos.

Ainda segundo Marlatt (1999, p. 47) “a abordagem de redução gradual estimula os indivíduos com comportamentos excessivos ou de alto risco a *dar um passo de cada vez* para reduzir as consequências prejudiciais de seu comportamento”.

O terceiro princípio aponta para uma política que surge “de baixo para cima”, fundamentada na defesa popular, por pessoas envolvidas no cuidado de pessoas que usam drogas. Conforme relata o autor “vários programas de redução de danos surgiram de intervenções de saúde pública com base comunitária que apóiam usuários de substâncias e suas comunidades na redução de danos relacionados às drogas”. (ibid, p.48). Tais estratégias potencializam a participação social e projetos coletivos de produção de saúde a partir de gestos de solidariedade e de um espírito de cooperação, o que reduz o estigma social, oferecendo um enfoque integrador e normalizado ao uso de drogas (MARLATT, 1999).

Em se tratando do quarto princípio Marlat (1999, p.49) aponta que a “redução de danos promove acesso a serviços da baixa-exigência como uma alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência”. Exemplos disso são os serviços comunitários de abordagem de rua, aqui no Brasil conhecidos como Consultório de Rua – CR, que ao invés de estabelecer a abstinência como pré-requisito de alta exigência para ingresso no tratamento, os redutores de danos, dispostos a reduzir os obstáculos que impedem o usuário aderir ao tratamento, oferecem acolhimento e respostas às suas necessidades de saúde que podem facilitar para que “embarquem”, envolvam-se e iniciem o tratamento. Esse tipo de abordagem de baixa exigência possibilita o acolhimento, a formação de parcerias e cooperação, potencializando o desenvolvimento de novas práticas de saúde e reduzindo o estigma associado às pessoas que se apresentam com esse tipo de problema. (ibid)

Com relação a isso Marlatt (1999) diz:

Quando se desvia a atenção para a redução de danos associados com o usos de drogas ou com o sexo de alto risco, para longe da rotulação do problema como um problema de vício ou desvio , aqueles potencialmente necessitados de ajuda tem mais chances de “sair das sombras” e buscar assistência (ibid, p.50)

Este é um forte argumento para justificar que a intervenção junto a essa população deve destacar o protagonismo cidadão. Dimenstein (2004, p.113) alerta que: “Precisamos estar atentos ao constante risco que vivemos de promover uma reforma superficial ou pseudo-desinstitucionalização, na medida em que mantemos os dispositivos de segregação internalizados subjetivamente.”

É preciso “inventar” um cuidado pautado no protagonismo dos sujeitos e na produção de autonomia, intervenções que possam “surpreender pedagogicamente” (LANCETTI, 2007),

produzindo espaços de experiências de coletividade e de liberdade que contrapõem a escravidão do controle gerado pela guerra às drogas e a criminalização das drogas ilícitas em detrimento das drogas lícitas.

E, por fim, o quinto e último princípio da redução de danos baseia-se no pragmatismo empático *versus* o idealismo moralista, ou seja, ela é pragmática porque se trata de uma prática com objetivos claros de cuidado em saúde e defesa da vida. A Redução de Danos não coloca em questão qualquer julgamento moral pela escolha do usuário em fazer uso de qualquer substância, seja ela lícita ou ilícita. O que está em jogo aqui não são os comportamentos do uso de drogas, se isto é certo ou errado. A ênfase é na preservação da vida, no cuidado e respeito à diferença, como tentativa de aproximação e vínculo.

Este é um debate que temos realizado e que sugere a necessidade de construção e disseminação de novos procedimentos de cuidado, inspiradas em outra gramática, na qual palavras como ‘vínculo’ e ‘afeto’ substituem ‘eficiência’ e ‘eficácia’.

Por isso, tomar a RD como conteúdo de um trabalho de pesquisa na perspectiva do pensamento da diferença implica, também, trilhar caminhos e buscar resultados que sejam ritmados por acordos para compor os necessários acordos que a saúde de cada sujeito demanda.

Numa lógica que possa contrapor o discurso de uma veracidade científica que reduz o problema das drogas ao “perigo” de uma substância, o que se quer é construir outra ciência que possa evidenciar a verdade existente na relação que cada sujeito singular estabelece com as drogas, a partir da experiência concreta que tem com ela, extraindo dessa experiência as próprias saídas, promovendo a própria saúde.

2 PNH E RD: APROXIMAÇÕES POSSÍVEIS DE UMA CLÍNICA POLÍTICA



Fig. 3: Criança do bairro

Bah!! A maioria das fotos é os cara louco né? Fumando... eu quero parar de fumar, mas, as vezes, saio pra rua, to legal do bagulho e chego na esquina, me aparece, e a gente tem que sabe levar, né meu?...E essa criança aqui que tão crescendo e assistindo coisa errada, o que vai ser dela futuramente? Acho que a gente devia ter mais cuidado sobre isso...

A Política Nacional de Álcool e outras Drogas – PNAD - e a Política Nacional de Humanização do SUS emergem nacionalmente no mesmo período (meados de 2003), quando os discursos assinalavam a necessidade de encontrar respostas à crise da saúde no país, identificado como a falência do Sistema Único de Saúde – SUS. Os movimentos que se dão na composição das agendas das políticas públicas de saúde acontecem interna e externamente, isto é, através dos movimentos e do controle social, e através de técnicos implicados na construção das políticas públicas de saúde que nesse momento, integravam as equipes dentro da máquina estatal (PASSOS, BENEVIDES, 2005/ SOUZA, 2007).

São esses movimentos que marcam a transversalidades das políticas públicas e que tornam possível assinalar nesse capítulo as aproximações possíveis entre os princípios e diretrizes da PNH e RD, apontando para uma clínica política no cuidado de pessoas que usam drogas, afirmando a diferença e o protagonismo dos sujeitos na construção da PNAD.

Em âmbito nacional, perspectiva de um cuidado humanizado tem sido pensada a partir da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), quando propõe o cuidado em rede, pautado pelo acolhimento, a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular, a cogestão, entre outros dispositivos.

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a coresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008, p. 8).

A PNH atravessa as ações e as instâncias de gestão do SUS, se propondo a traduzir os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, no modo de operar, orientando as práticas de atenção e gestão do SUS, a partir da experiência concreta dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, sejam eles trabalhadores e/ou usuários.

A partir desses pressupostos, pretendo aqui me debruçar sobre as aproximações possíveis entre a PNH e a RD, apontando para uma Clínica do Possível, compreendida como uma clínica-política que aposta na força de intervenção sobre a realidade, assim como nos processos de produção de si e do mundo (PASSOS; BENEVIDES, 2001).

Para isso, faz-se necessário sair do plano do “homem idealizado”, que, via de regra, define o conceito de humanização, para aquém da lógica da ‘boa educação’ ou do humanismo/modismo que “vê os seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo, ou mesmo, ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total” (PASSOS; BENEVIDES 2005, p. 390). Uma política pública que faça a crítica a esta concepção etérea de homem “afasta-se radicalmente de qualquer perspectiva assistencialista ou de cunho religioso, tal como é comumente pensada a questão da humanização no contexto da saúde” (DIMENSTEIN, 2004, p.113).

Nesta perspectiva crítica ao humanismo cristão, a PNH propõe “pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer” (BRASIL, 2008, p.17), que tem uma história de vida, desejos, alegrias, dificuldades, modos de viver, sentir e estar com a vida e, por isto, reconhece o outro nas suas diferenças, porque é considerado em sua dimensão subjetiva e, portanto, em sua existência concreta. Segundo Benevides e Passos (2005, p. 391), “partir das existências concretas, é ter de considerar o humano em sua diversidade normativa e nas mudanças que experimenta nos movimentos normativos.”

Temos aí já uma primeira e significativa aproximação entre os princípios da PNH com a Redução de Danos na medida em que esta aponta que pensar um mundo sem drogas é pensar um mundo inacessível e, portanto, isto equivaleria a pautar uma intervenção para um “homem idealizado”.

Para Campos (2005, p. 399), “o humano diz respeito ao sujeito e à centralidade da vida humana.” Sendo assim, a Política de Humanização, bem como a Redução de Danos, apostam em uma mudança das estruturas dos modos de fazer saúde, que se reflete na vida das pessoas.

A humanização da clínica e da saúde pública depende de uma reforma da tradição médica e epidemiológica. Uma reforma que consiga combinar a objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de operar decorrentes da incorporação do sujeito e de sua história desde o momento do diagnóstico até o da intervenção (ibid).

A PNH tem como princípios: a transversalidade, a indissociabilidade entre a gestão e a atenção e o protagonismo dos sujeitos. Princípio aqui é entendido como “o que causa ou força determinada ação, que dispara movimento no plano das Políticas Públicas” (BRASIL, 2008, p.23). Consequentemente trata-se de um paradigma ético que exige outra postura, envolvendo mudança de atitude por parte de todos os envolvidos no cuidado em saúde.

Da mesma forma, a Redução de Danos, ao ser adotado estrategicamente pelo Ministério da Saúde como princípio e diretriz para a Política de Álcool e outras Drogas em 2003 (BRASIL, 2004), insere transformações significativas, reorientando o seu modelo assistencial e passa a ser pensada a partir dos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH (SOUZA, 2007; PASSOS; SOUZA, 2009).

De acordo com Souza (2007), a transversalidade aqui aposta no aumento do grau de comunicação entre as diferentes práticas e saberes que atravessam o campo da saúde, produzindo, como efeito, “a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos da constituição das relações de trabalho”, conforme preconiza a PNH (BRASIL, 2008).

Souza (2007) ressalta que essa desestabilização dos limites desses campos da política pública se dá na criação da interface entre a política de Saúde Mental e a política de DST/AIDS, de onde se origina a Redução de Danos no Brasil. A integração dos diferentes problemas (AIDS e drogas) fez com que a RD produzisse uma transversalização entre as diferentes especialidades de atenção em saúde. Além disso, essa transversalidade ocorre pela inclusão dos usuários na construção da política pública através do protagonismo e participação cidadã, conforme já citado no capítulo anterior.

Todavia, Passos e Souza (2009) apontam que a inclusão do usuário de drogas como sujeitos políticos se caracteriza igualmente como um dos maiores desafios no processo de democratização das políticas de drogas no Brasil.

O segundo princípio da PNH, também presente na Política Nacional de Álcool e outras drogas PNAD, é o da indissociabilidade entre a atenção e a gestão, pressupondo a inseparabilidade entre clínica e política, assim como entre produção de saúde e produção de sujeitos.

Essa clínica política implica pensar um cuidado que considere a tolerância e a temperança, abandonando posicionamentos *a priori* culpabilizantes a fim de construir uma clínica aliada à saúde coletiva, que produza desvios a partir do acolhimento às singularidades. Conforme propõe Passos e Benevides (2001, p.79), esta é “uma clínica, enquanto experiência

de desvio, do *clinamen*, que faz bifurcar um percurso de vida na criação de novos territórios existenciais”. Denota-se, assim, a atitude de debruçar-se (inclinarse = *linikos*) sobre a história desse sujeito, produzindo uma dobra (inclinarse = *klino*), ou seja, uma outra possibilidade de existência, potencializando, por conseguinte, a geração de novos mundos.

Trata-se aqui da ampliação da clínica, porque já não está remetida à prática tradicional, apoiada em enquadramentos rígidos, construídos dentro dos padrões de normalidade, restrito às realidades intra-psíquicas, mas, ao contrário, vai ao encontro das práticas que fomentam atos variados, próprios dos processos de subjetivação, que cria novos modos de vida, “germes de novos modos de ser, de novos mundos em construção” (NASCIMENTO; TEDESCO, 2009, p.11).

Mostra, portanto, um novo jeito de cuidar, que supera o paradigma positivista doença/cura cuja premissa remissão do sintoma acaba sempre por justificar as rápidas saídas medicamentosas e proibicionistas. Sem cobrar abstinência, a perspectiva da Redução de Danos inclui o sujeito/usuário no processo de produção de saúde, para ressignificar o sintoma e provocar autonomia e protagonismo, com ênfase na valorização dos sujeitos, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformação deste e do seu entorno.

Nessa mesma direção, o quarto princípio de Redução de Danos, proposto por Marlatt (1999, p. 49), segue a mesma linha da Clínica Ampliada, sugerido pela PNH: “a redução de danos promove acesso a serviços de baixa-exigência como uma alternativa para abordagens tradicionais e de alta exigência.”

Isso significa dizer que, ao invés de exigir do sujeito a abstinência, a estratégia de “baixa-exigência” será utilizada como “facilitadora” da adesão ao tratamento, ou seja, é uma forma de motivar a pessoa ao cuidado de si própria. A partir desse cuidado, há possibilidade de resgate da sua autoestima, geralmente baixa entre usuários de drogas que apresentam problemas pelo uso abusivo e/ou dependência.

A diretriz da Clínica Ampliada coloca o sujeito como corresponsável pelo processo de produção de saúde, caracterizando outro princípio da PNH que vai ao encontro do terceiro e quarto princípios da RD. Estes princípios apontam para uma clínica com base comunitária, que no nascimento da RD surgem de “baixo para cima”, no seio das comunidades, através de pessoas envolvidas no cuidado de pessoas que usam drogas, que apóiam com ações de redução de danos (MARLATT, 1999). Sendo assim, a participação social e o desenvolvimento de projetos coletivos solidários são potencializados.

Segundo seu Documento Base (BRASIL, 2008) a PNH dispõe de um método, entendido aqui como se conduz um processo ou um modo de caminhar. Conhecido como o método da tríplice inclusão (sujeitos + analisadores + coletivos), caminha no sentido de incluir, nos processos de produção de saúde, os diferentes agentes implicados nestes processos (gestores, trabalhadores e usuários), colocando-os lado a lado, saindo da lógica da hierarquização das relações para dar ênfase à democratização destas. O objetivo é produzir autonomia, protagonismo e corresponsabilidade,

Ao colocarmos todos os sujeitos implicados no processo de produção, faz-se emergir os conflitos gerados pela tensão entre as forças oponentes presentes no campo. Os conflitos passam a ser os analisadores sociais que, de acordo com Passos e Benevides (2001, p.73), são “acontecimentos – no sentido daquilo que produz rupturas, que catalisam fluxos, que produzem análise, que decompõem”. Ocorrem aí fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança, entendida aqui como potencialização da força crítica das crises (BRASIL, 2008). O método da PNH tem como pressupostos teóricos a Análise Institucional Socioanalítica¹³ que formula a ideia de uma pesquisa-intervenção, visando questionar os diversos sentidos, cristalizados nas instituições, dando visibilidade às relações de poder presentes no campo da investigação (PASSOS; BENEVIDES, 2001).

E, por fim, o método da PNH propõe a inclusão de um terceiro, isto é, o coletivo, entendido aqui como o usuário, o movimento social organizado ou, ainda, a experiência singular sensível (mudança dos perceptos e afetos) dos trabalhadores de saúde, quando em trabalho grupal (BRASIL, 2008).

Souza (2007, p.78), ao discorrer sobre a Redução de Danos, explica que “a RD tornou-se um método clínico-político realizado por diferentes dispositivos” nos diferentes programas (DST/AIDS, CAPSad, ONGs/RD e Centros de Referência Nacional ad). A pesquisa realizada pelo autor sob o título “Redução de Danos no Brasil: a clínica e a política em movimento” enfatiza a dimensão processual da RD evidenciando o quanto nela se consolida um método clínico-político que traz em seu bojo, a inseparabilidade entre a atenção e gestão e inclui todos os atores nesse processo, através da mobilização social e participação cidadã. Ao tomar os usuários de drogas não como páreas, mas como atores sociais, demarcando o protagonismo e a corresponsabilidade pelo cuidado de si, o processo da RD consolida um método clínico político que corresponde ao “dever da própria RD” (SOUZA, 2007, p.80).

¹³ Corrente desenvolvida na França, durante as décadas de 60/70 (PASSOS; BENEVIDES, 2001)

Entre diversos dispositivos presentes na RD e na PNH, prevê-se o acolhimento, a formação de parcerias com o usuário, os seus familiares e a comunidade, com intuito de reduzir o estigma. Nesse caso, os “facilitadores” estão dispostos a encontrar essas pessoas, onde elas de fato estão e não onde elas supostamente deveriam estar o que significa entrar no seu território de vida que, segundo Yasui (2010a, p. 2):

[...] é essencialmente uma relação: diz respeito à construção e transformação que se dá entre os cenários naturais e a história social que os homens inscrevem e produzem [...], é a relação com a memória dos acontecimentos e as marcas que produzem nas paisagens, nos modos de viver, nas manifestações, que modulam as percepções e a compreensão sobre o lugar.

Um dos grandes desafios, neste sentido, para a política de Álcool e outras Drogas é pensar modalidades de uma “clínica a céu aberto” (SOUZA, 2007) ou o que Lancetti denomina “Clínica Peripatética”, pois vai ao encontro das necessidades dos usuários, anda lado a lado, caminha junto a eles, fazendo do território um espaço de produção de subjetividades, de mudanças existenciais, na perspectiva mesmo da cartografia.

Por esse motivo, quando nos referimos à urgência de novas tecnologias no cuidado de pessoas que usam drogas, tomamos como referência a PNH, pela possibilidade de combinar a defesa dos direitos humanos e sociais, advertida na Constituição e expressa na política pública de saúde, com a construção de novos padrões de qualidade de vida para sujeitos concretos. Isso significa sair do foco da droga e da abstinência, sair do sintoma, para focar a atenção no sujeito, em sua história de vida e possibilidades de produção de novos territórios existenciais, sustentados por projetos coletivos emancipatórios e democráticos, na perspectiva do que propõe a saúde coletiva. Esta mesma compreensão é referida por Leitão (1995, p. 48), ao explicar que “a Saúde Coletiva abarca uma visão maior sobre o indivíduo e o contexto social no qual está inserido. Esta concepção mais abrangente permite que o indivíduo seja visto mais que um simples corpo com registro biológico igual aos outros que o cercam.”

O desafio aqui aponta para a radicalidade do acolhimento, que deve acessar a dimensão coletiva da vida e da existência nas práticas de saúde, reiterando a dimensão ética do cuidado que pressupõe o cuidado de si, do outro, expresso nas relações experimentadas no cotidiano das práticas de saúde (NEVES; HECKERT, 2010).

A diferença aqui está no “modo de fazer”, que pode ativar a vida em sua potência de singularização, dando passagem para o novo (NEVES; HECKERT, 2010), priorizando o

indivíduo e os seus problemas e não somente o seu diagnóstico, o que determinará um olhar “integral” da situação (SAVIO, 2006).

Baseando-se nesses pressupostos, acredito que a proposta de uma intervenção em saúde que tenha como objetivo um cuidado mais humanizado deverá levar em conta as necessidades em saúde, classificadas em quatro grandes conjuntos. São eles: 1) as boas condições de vida; 2) a necessidade de acesso à saúde; 3) a criação de vínculos a(e)fetivos entre usuários e equipe e/ou profissional; e 4) a produção de autonomia como princípio de produção de saúde (CECÍLIO, 2006).

Estamos, pois falando de uma aposta ética, estética e política, assim entendidas:

- 1) Ética: se compromete com um cuidado humanizado que reconhece o outro e o acolhe em suas diferenças, dores, alegrias, modos de viver, sentir e estar na vida;
- 2) Estética: traz para as relações e os encontros cotidianamente a invenção de estratégias de cuidado que permitem o resgate da dignidade humana da vida e do viver e, assim, com a construção de nossa própria humanidade;
- 3) Política: implica em um compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando o protagonismo e a vida nos diferentes encontros.

3 DO PERCURSO TRÁGICO À POLÍTICA DO RESENTIMENTO



Fig. 4: Galera do bairro

o Bairro é feito disso e disso aqui oh!!!



Fig. 5: Pedras de crack

e no bairro também tem isso

Neste capítulo pretendo me debruçar sobre alguns conceitos nietszcheanos que podem nos levar a refletir sobre a questão central de meu objeto de pesquisa: a intervenção junto às pessoas com transtorno pelo uso abusivo e/ou dependente de substâncias psicoativas

Pensar o sofrimento humano em Nietzsche é experimentar possibilidades, a partir das transformações originadas nas reflexões a que este autor nos provoca. Partindo do pressuposto de que ele distingue o sofrimento e a interpretação do sofrimento, muitas reflexões podem ser desencadeadas nesse ínterim. Para tanto, me detenho aqui no sofrimento causado pelo uso prejudicial das drogas e que desencadeia um processo de adoecimento e de sofrimento ao sujeito em questão e por isso mesmo encontro na psicologia nietszcheana algumas possibilidades de reflexões e de produção.

Não desconsiderando que existe um uso de drogas que é recreacional e, portanto, sem ataques à saúde do indivíduo, faz-se importante ressaltar que este pode se transformar num uso prejudicial e podem ser vários os seus fatores determinantes.

No entender de sociólogos e historiadores, a repressão e a lógica moralista e criminalizante com quem tem sido tratado o uso de drogas, pode reforçar o uso problemático, quando na atualidade imperam movimentos e discursos que se transformam numa verdadeira onda de histeria e pânico às drogas, constituindo-se num sofisticado e eficiente álibi para justificar a violência urbana, desagregação familiar e delinquência juvenil, servindo de “cortina de fumaça” para os verdadeiros problemas sociais que tem impacto na saúde da coletividade. (PIERUCCI, 1987; CARLINI-COTRIM, 1992; REINARMAN & LEVINE, 1989; CARLINI-COTRIM, et.al 1995; SILVA, & SANTOS, 2001)

O que não se pode deixar de levar em conta é que algumas substâncias são eleitas como responsáveis pelas mazelas sociais que na realidade têm causas múltiplas e complexas e o combate à produção e ao consumo destas trazem em si efeitos nefastos e evitáveis. (DELMANTO, 2011)

Olievenstein (1989) em seu livro *A clínica do Toxicômano* traz que especialistas da OMS em 1969 propuseram o termo “farmaco-dependência” definindo como “um estado psíquico e às vezes igualmente físico, resultante da interação entre um organismo vivo e um medicamento.” (ibid, p.13). Esta é caracterizada por modificações do comportamento e por outras reações que levam ao uso repetido, a fim de obter os efeitos psíquicos causados pela substância, bem como para evitar o mal estar da privação, podendo ou não ser acompanhado de tolerância. Destaca, ainda, que esta definição implica uma dependência psíquica.

Para este autor, a compreensão do fenômeno da dependência se estabelece a partir do tripé, formado pela **droga** com suas propriedades farmacológicas, pelo **indivíduo** com seu aparato biológico e psíquico e pelo **contexto sócio-cultural e econômico** a que esse sujeito está imerso e submetido. Tomando-se, então, tal definição de “farmaco-dependência” a partir das distintas formas pelas quais cada sujeito lida com “a falta” das substâncias a que se habituou ingerir, nada pode ser dito nem compreendido **genericamente** sobre a dependência e nem sobre a diferença entre uso recreacional e dependente. O que se pode dizer, sem hesitar, é que ainda temos muito que aprender sobre a questão, considerando que as fronteiras entre diferentes formas de uso são imprecisas, dependentes da singularidade de cada caso, assim como do momento histórico em que cada um vive. (grifo nosso)

Por isso aponto o trágico em Nietzsche e o ressentimento como dois conceitos relevantes que servem de aporte teórico para a pesquisa-intervenção que aqui se apresenta, por entender que possibilitam visualizar o que chamo aqui de uma Clínica do Possível a partir da constatação da realidade cotidiana do usuário de droga e do seu entorno.

Para Nietzsche, o trágico se apresenta na vida em todas suas facetas, “como ela é”, e nisso há uma possibilidade de transmutação da dor e do sofrimento em potência de vida, que permite aproximar o conceito de vida à produção de saúde. Descortina-se, assim, uma perspectiva de intervenção que se descola do plano do “homem idealizado” para pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer, que tem uma história de vida, tem desejos, alegrias e dificuldades, modos de viver, sentir e estar com a vida e por isso reconhece o outro nas suas diferenças. Perspectiva de uma Clínica Ampliada largamente sustentada por uma política voltada para a construção do comum, como vimos no capítulo anterior (BRASIL, 2008, p.17).

Nietzsche em sua obra “O Nascimento da Tragédia” (1872/1987) faz uma dura crítica à filosofia de Sócrates e Platão ressaltando que a arte trágica dos gregos pode ser estratégia de combate à racionalidade imposta pelo pensamento destes dois filósofos.

Para Nietzsche, a tragédia grega atinge sua perfeição pela reconciliação da “embriaguez e da forma”, de Dionísio e Apolo, mas declina quando aos poucos é invadida pela racionalidade proposta pela Filosofia socrática e platônica que pensa o mundo a partir de um ideal, da perfeição. (CHAUÍ; FERREZ, 1987). A busca da perfeição, segundo esses filósofos, torna o corpo um obstáculo para o conhecimento e aí consiste toda a discussão do trágico em Nietzsche, pois desconsiderar o corpo é desconsiderar o dionisíaco, que representa a exuberância, a desordem, impondo no pensamento moderno uma fragmentação que nos acompanha até os dias atuais, corroborada pelo dualismo cartesiano que reforça o individualismo.

Giacoina Jr. em seu livro “Nietzsche como Psicólogo” (2006, p.48) refere:

Nietzsche identifica esse traço ascético com uma espécie de pecado original da metafísica; como metafísica, a filosofia se institui a partir da negação e desvalorização do sensível, do corpo, da materialidade, do movimento, do transitório, do devir, do histórico.

Segundo o autor, há uma dor que é própria da condição humana e a qual o homem não tem como evitar, seja ele atingido por maiores ou menores reveses na vida. São os sofrimentos impostos pela realidade da vida a qualquer humano. Isso é parte constituinte da experiência humana e tem seu valor, isso é a tragédia da vida humana.

Pessin (2000), ao descrever os aportes teóricos sobre o trágico em Nietzsche, destaca que o objetivo do autor, ao apresentar o apogeu e a morte da tragédia, é analisar o mundo moderno mostrando as consequências da hegemonia do pensamento platônico na construção da civilização ocidental e como esta lógica serve para limitação da expansão da vida. Inspirado na música de Wagner e na filosofia de Schopenhauer, Nietzsche propõe a ruptura com o pensamento moderno, vislumbrando o que ele chamará de “renascimento da tragédia”.

Conforme a mesma autora (ibid, p.10) o filósofo em sua obra *O Nascimento da Tragédia* “caracteriza o povo grego como extremamente sensível tanto para a arte quanto para a dor, vulnerável e instintivo, e procura entender, como consegue enfrentar a vida sem cair num pessimismo que a negue.”

Também Machado (2005, p.07) ressalta que na base da teoria da tragédia estão os impulsos dionisíaco e apolíneo “elaborados através das categorias metafísicas de essência e aparência ou, mais precisamente da dualidade schopenhaueriana vontade e representação.”

Apolíneo expressão da arte, da beleza, da medida, do equilíbrio, da consciência de si, numa visão espiritual, civilizada, alude à razão. O processo de criação do indivíduo, portanto, realiza-se pela experiência da medida e da consciência de si e seus lemas são “conhece-te a ti

mesmo! E “nada em demasia”: expressão e representação da imagem divina do princípio de individuação.

Essa representação pode ser compreendida pelas duas propriedades encontradas em Apolo: o brilho e a aparência. O brilho é uma propriedade encontradas nos deuses olímpicos e também nos homens quando se tornam gloriosos por seus feitos heróicos. Em contrapartida, intrinsecamente ligada à idéia de brilho está a de aparência. O brilho cria uma espécie de proteção contra o sombrio, o tenebroso, a proteção pela aparência. “Os deuses e heróis apolíneos são aparências artísticas que tornam a vida desejável, encobrendo o sofrimento pela criação de uma ilusão. Essa ilusão é o princípio de individuação.” (MACHADO, 2005, p.07)

Por outro lado, Dionísio é a expressão do instinto, do corpo, das paixões, das desmesuras, da destruição. Contrapondo à individuação, trata-se da experiência de reconciliação, com as pessoas e com a natureza, de superação da divisão, da individualidade, é a possibilidade de integração da parte na totalidade. Ele produz a desintegração do eu, abolindo a subjetividade, produzindo entusiasmo, enfeitiçamento, abandono ao êxtase divino, à loucura mística do deus da possessão (ibid).

Para Nietzsche, portanto, a tragédia consiste em viver nessa tensão entre essas duas formas, na busca da reconciliação entre os dois princípios afirmadores da vida, aceitando-a inteiramente, não no sentido de conformação, mas de busca da superação de suas limitações, em busca de novos valores que potencializem o que o filósofo chamou de pontos luminosos da vida.

Nessa perspectiva, pensar a temática das drogas é poder olhar para a realidade dos usuários de drogas em seu cotidiano, com desejos de vida e de morte, daquilo que é potência de vida e também as limitações que a vida impõe diariamente e que muitas vezes podem ser os determinantes que os levam ao uso abusivo e/ou dependente. Entender a realidade do usuário para além da lógica discriminatória e moralista é olhar para o trágico da vida presente aí e tudo o que se pode produzir dessa realidade num processo criativo de cuidado de si e criação, objetivando o protagonismo cidadão e a responsabilidade pelo cuidado de si.

Por outro lado, existe um sofrimento que Nietzsche refere ser uma dor auto-infligida. Tem origem na interpretação do nosso sofrimento primário quando o tratamos como algo injusto e imerecido, como sinal de desvalor ou culpa, atribuindo a nós mesmos a responsabilidade por dores inevitáveis, como causadores das infelicidades que sobre nós se abatem. Portanto, para Nietzsche o que torna o sofrimento insuportável e doentio não é a dor e as perdas que o caracterizam, mas são as interpretações que fazemos delas.

Na tragédia o que triunfa é a mutabilidade, a força da vida enquanto maior refazendo-se eternamente no sujeito em novas formas. O herói aprende sobre o quanto está lançado à sua própria existência, uma trajetória sem controle que apresenta toda sorte de mortes da vida – parcialidades, destruições, dores – e ao mesmo tempo a eterna possibilidade de ser feliz e se afirmar na sua potência criadora (PESSIN, 2000, p.24).

Nietzsche refere que Sócrates inventou a metafísica, transformando a vida em julgamentos, medidas e limitações em nome de valores tido como superiores, como o Divino, o Verdadeiro, o Belo, o Bem, originando uma filosofia “submissa” que irá inaugurar a época da razão e do homem teórico, que se opõe ao sentido místico de toda a tradição da época da tragédia (CHAUÍ; FERREZ, 1987). Sua crítica tem sentido ontológico e moral de combate à teoria socrático-platônica, pois, para ele, a doutrina cristã da imortalidade da alma é uma interpretação vulgar destas teorias (GIACOIA Jr, 2006).

Segundo o filósofo, são os dogmas e crenças do cristianismo inspirados no platonismo que permitem a consciência fraca e escrava fugir à vida, à dor e à luta, impondo a resignação e a renúncia como virtudes e forjando o mito da salvação da alma por não possuir o corpo. Valores cristãos criaram a ficção do pecado pela impossibilidade de participar das alegrias terrestres e da satisfação dos instintos de vida (CHAUÍ; FERREZ, 1987).

Este ódio de tudo que é humano, diz Nietzsche, e tudo que é animal e mais ainda de tudo que é matéria, este horror dos sentidos...este temor da felicidade e da beleza; este desejo de fugir de tudo que é aparência, mudança, dever, morte, esforço, desejo mesmo, tudo isso significa...vontade de aniquilamento, hostilidade à vida, recusa em se admitir as condições fundamentais da própria vida. (CHAUÍ; FERREZ, 1987, p. XII – XIII)

No uso problemático de drogas o que vemos, na maioria das vezes, é uma espécie de entorpecimento como forma de fugir da dor, do trágico da vida, da luta pela sobrevivência, sujeitando-se à compulsão e à repetição como forma de alívio do sofrimento, conforme refere Cruz (2005, p.283) “indivíduos que estabelecem relações de dependência com substâncias o fazem porque nelas encontram a resolução temporária de motivações inconscientes.” O uso repetido é reforçado pela culpa impressa pela lógica moralista que impede o sujeito de olhar para a droga e para a relação que estabelece com ela, na tentativa de buscar uma saída criativa.



Fig. 6: uma forma de aproximação e descontração

De certa forma pode ser um ópio, é o momento que a gente tem pra conversar pra descontrair...é uma forma de aproximar a rapaziada, também faz com que a gente se preocupe com a questão da nossa saúde

Nietzsche, através de sua obra *Genealogia da Moral* (1887/2009), introduz a idéia da “morte de Deus”, o que vai demarcar uma divisão histórica entre o pensamento moderno e o pensamento que viria a ser compreendido mais tarde como pós-moderno ou contemporâneo. A idéia do autor rompe com a lógica imposta pela modernidade de busca da verdade, através do rigor metodológico. Apesar da modernidade ter rompido com o autoritarismo teológico o homem perpetua a mesma prática de imposição de uma verdade, e conseqüentemente de comportamentos com a primazia da “normalidade”, do “ajustamento” e do “controle”, agora através de uma forma utilitarista e pragmática de explicar o mundo e as coisas, carregando as mesmas práticas hegemônicas herdadas da antiguidade. Essa tornou-se a segurança do homem moderno que “o filósofo do martelo” vem desconstruir.

Quem não está conosco é pecador, seja reacionário ou subversivo. Na base dos movimentos neoliberais ou revolucionários de esquerda, se ancora uma moral cristã típica, como dizia Nietzsche: uma moral de rebanho. Se engana quem acredita que a estratégia de dominação do homem moderno é “dividir para controlar”. O grande controle vislumbramos na mundanização do Cristianismo que ao unir e igualar os homens mobiliza a crença numa espécie de paraíso perdido onde todos caminham para um projeto comum no qual não faz parte a diversidade, o inusitado e o incontrolável (PESSIN, 2000, p.36).

Por outro lado, a “morte de Deus”, para Nietzsche, abre outros caminhos, outras possibilidades para a existência humana, uma saída positiva, ou seja a possibilidade do homem tomar as rédeas de sua própria vida transformando a tragédia em possibilidade de produção de outra de existência, num devir provocado pelo movimento de forças opostas presentes na natureza humana. Ele recupera o sentido da palavra “bom” que no latim significa “guerreiro”.

Ao se deparar com a morte de Deus e a promessa da vida eterna, o homem vê-se frente ao trágico da vida, à vida nua e crua, e é preciso construir algo a partir disso, responsabilizar-

se pela própria vida buscando dar sentido à existência e desejá-la tal como se apresenta: *amor fati*.

Se entorpecer é criar uma ilusão, a ilusão de completude de preencher esse vazio provocado pela falta. Encarar a vida como ela é, responsabilizar-se pelas próprias escolhas, por aquilo que virá em decorrências dessas

Para o dependente químico, lidar com a tragicidade da vida seria justamente enfrentando o lúgrube e belo de todo existir, superar as ilusões que o entorpecimento fugaz traz consigo. Ilusões de completude, ilusões de vida plena e assintomática, ilusões de prazer perene, indolor e sem responsabilidades decorrentes. Dito de outra forma, a morte de Deus, na linguagem nietzscheana, propõe que nos responsabilizemos por nossas escolhas, e assumir as próprias escolhas é ter atitude diante da vida, e isso é política porque põe o sujeito em ação, em movimento, permite a reinvenção de si mesmo.

Encarar que a vida é assim mesmo, essa constante tensão entre a desmesura e o equilíbrio, entre o bom e o mau, entre o belo e o feio, põe o homem em movimento e é geradora de potência de vida.

A negação disso não abre espaço pra criação, pra vida, pra reinvenção. É permanecer no ressentimento. No sentir recorrente sentir - (re)sentir - repetir o mau sentimento que leva à má consciência, segundo Nietzsche. Por isso mesmo, sua obra vem reforçar o que tenho discorrido aqui sobre a questão do protagonismo cidadão do usuário e da estratégia de redução de danos como diretriz do cuidado, pois ela aponta para a “vida na vida”, no cotidiano, no território onde ele vive, trabalha, se alegra e sofre, onde o usuário vive e sobrevive ao trágico da vida. E justamente essa luta na vida, pela vida, desejo de expandi-la em toda sua riqueza, desejo de dominação, exercício permanente de vontade de potência, é o que vai produzindo uma nova saúde:

Que seja mais forte, mais aguda, mais obstinada, mais intrépida, mais alegre do que qualquer outra que tenha existido [...] de tudo o que se pode encontrar de desejável [...] que deseja aprender a conhecer, pela aventura da experiência mais pessoal [...] *a grande saúde*...aquela que não basta ter, a que se adquire constantemente, e é necessário adquirir [...] (NIETZSCHE, 1882/2003, p.229 Aforismo 382)

Segundo Olivienstein (1989) “a dependência não é um fenômeno psíquico passivo, é um fenômeno psíquico ativo, em parte voluntarista, que se refere a um não dito específico do toxicômano”. Portanto para uma Clínica do Possível no cuidado de pessoas que usam drogas é necessário essa compreensão do fenômeno da dependência para então pensar uma intervenção que compreende esse sofrimento e que auxilia o sujeito a olhar para essa relação

com esse objeto substituto na tentativa de aprender a lidar com ele, a estabelecer uma outra forma de se relacionar com a droga de modo a se independizar dela.

A grande contribuição de Nietzsche à questão enfocada nesta pesquisa encontra-se na compreensão de que diante da inevitabilidade da dor imposta pela realidade vivida, podemos dar passagem ao sofrimento como possibilidade de libertar-nos de nossas crenças doentias retiradas de uma cultura decadente: do sofrimento como má consciência, como desvalorização da experiência humana.

Intervir junto ao usuário de droga com o propósito de colocá-lo como protagonista do seu processo aproveitando os ensinamentos da filosofia trágica que o filósofo nos legou, é justamente poder olhar para a vida de cada um, com todas as forças que advém da multiplicidade própria da vida, e tentar buscar o equilíbrio entre os impulsos da natureza que atuam sobre cada corpo singular, fazendo do uso desmedido da droga uma possibilidade de viver o sofrimento que daí advém, usá-lo para estabelecer um diálogo com o próprio corpo, a “grande razão” nietzscheana, dando passagem para o novo, reconstruindo a própria vida.

3.1 Do (re)sentimento à (re)produção de uma políticas sobre drogas



Fig. 7: Caindo na pedra

a galera vive num bairro, uns não consegue trampo, um serviço bom não é fácil, a galera tá na rua e o que tem ali é cachaça, pedra, a galera se frustra né? E aí cai na pedra.. tem gente que nunca passou por uma depressão, eu mesmo dizia na cara dura que não existia, mas o crack detona

Para avançarmos um pouco mais na compreensão do trágico como potência de vida, e a relação que se pode estabelecer no cuidado de pessoas que usam drogas, trago aqui outro conceito nietzscheano para permear a discussão. Trata-se do ressentimento, que ocupa um lugar central na obra do filósofo.

O ressentimento é um fenômeno da modernidade, originado na aliança entre a tutela da igreja e a coerção imposta pelo Estado sobre os instintos vitais, em troca da proteção aos indivíduos, tornando o homem civilizado um eterno culpado de todas as suas manifestações vitais em obediência aos valores morais em que acredita (KEHL, 2011).

Nietzsche em sua obra *Genealogia da Moral* (1844-1900/2009) faz uma dura crítica ao Estado que promete proteção aos cidadãos, contanto que se domesticarem e critica o Cristianismo dizendo que este submete o homem a uma lei moral que prega a humildade como valor superior, colocando o sujeito nesse lugar de merecedor do sofrimento como atribuição da pena para se redimir da culpa. Para ele “o ressentimento é uma vingança imaginária [...] uma vingança sempre adiada” (KEHL, 2011 p.24) que coloca o ressentido na expectativa, na espera que um dia “esse culpado” pela sua queixa seja punido, lógica impressa pelo cristianismo.

Para entender melhor esse processo de subjetivação do homem moderno faço menção à Foucault, em *Os Anormais* (1974-1976/2001), ao referir a origem da confissão na igreja católica. Relata que a remissão dos pecados se dava exclusivamente pela severidade das penas que o indivíduo se aplicava ou aceitava se aplicar, chamada de penitência tarifada¹⁴. Acerca disso é *O Anticristo* quem afirma:

[...] O cristianismo tomou o partido de tudo o que é fraco, baixo e fracassado; forjou seu ideal a partir da oposição a todos os instintos de preservação da vida saudável; corrompeu até mesmo as faculdades daquelas naturezas intelectualmente mais vigorosas, ensinando que os valores intelectuais elevados são apenas pecados, descaminhos, tentações. O exemplo mais lamentável: o corrompimento de Pascal, o qual acreditava que seu intelecto havia sido destruído pelo pecado original, quando na verdade tinha sido destruído pelo cristianismo! (NIETZSCHE, 1888/2002, aforismo V, p.06)

O ressentimento, portanto, surge da incapacidade do homem moderno em aceitar aquilo que foge aos padrões impostos pelos ditames coercitivos da moralidade cristã, não tolerando comportamentos destoantes em relação aos efetuados pela grande massa. A imposição da lei age aqui como forma de homogeneização do comportamento reforçando o poder pastoral. O comportamento divergente gera insatisfação e conseqüentemente exclusão. (BITTENCOURT, 2009). Por esse motivo o usuário de drogas (especialmente ilícitas) é hoje o expurgo da sociedade, pois ele afronta as normas vigentes, ele é o analisador institucional de uma sociedade adoecida pelo ressentimento. A droga é a resistência a padronização imposta pela modernidade, como num grito de liberdade a favor da singularidade, do respeito à diferença.

Conforme aponta Ribeiro (2010):

¹⁴ PENITÊNCIA TARIFADA: modelo laico, judiciário e penal, com base na penalidade germânica, em que o indivíduo deveria (por imposição) ver um padre e confessar seus pecados, e este lhe impor uma penitência que se chamaria satisfação. A cada pecado corresponderia uma satisfação e somente ela poderia acarretar a remissão dos pecados. “Era a consumação dessa satisfação que possibilitaria ao cristão ter seu pecado redimido” (pg. 218)

[...] elege-se a droga como a causa do mal e os traficantes como os agentes promotores deste mal. Ora, sendo assim, é fácil concluir que o que devemos fazer é, por um lado, tentar evitar que o mal nos atinja: repressão. E, por outro, se fracassarmos no primeiro intento, temos de extrair o mal de nossos corpos: desintoxicação e abstinência. Essa visão também nos poupa dos complexos e incômodos questionamentos acerca das razões pelas quais tantas pessoas decidem se drogar.

Giaccoia Jr. (2006, p. 82) diz que o ressentimento “é o sentimento e o instinto de vingança, em associação com a capacidade ou incapacidade de promover uma descarga externa dessa energia afetiva”.

Conforme refere Kehl (2011) o ressentimento é uma constelação de afetos composto por mágoa, raiva, inveja e desejo de vingança que apresentam, de certa forma, uma ambigüidade, pois quando o sujeito apresenta-se ressentido, na forma do injustiçado, é visto, na lógica da sociedade decadente, como uma alma nobre. O ressentimento é uma mágoa que não se supera, o ressentido tem um gosto em lembrar, ele faz questão de não esquecer, como um sentimento que volta e que o sujeito faz questão de atualizar. Existe um prazer nesse movimento acusatório, essa repetição que tenta atingir o outro contém um desejo de vingança. Ele tem a função de preservar o narcisismo. Para a psicanalista, a falta aqui é vista como um prejuízo impedindo-o de se responsabilizar pela própria vida e pelos seus fracassos. “Ressentir-se significa atribuir ao outro a responsabilidade pelo que nos faz sofrer. Um Outro a quem delegamos, em um momento anterior, o poder, o poder de decidir por nós, de modo a poder culpá-lo do que venha a fracassar.” (idem, p.13)

Em se tratando do ressentimento, para Nietzsche todo o sofredor procura uma causa para o seu sofrimento, isto é, um culpado para a sua dor, alguém em quem ele possa descarregar os seus afetos, pois fantasia de que é isso o que vai lhe proporcionar alívio.

[...] em suma, algo vivo, no qual possa sob algum pretexto descarregar seus afetos, em ato ou *in effigie* (simbolicamente): pois a descarga de afeto é para o sofredor a maior tentativa de alívio, de *entorpecimento*, seu involuntariamente ansiado narcótico para tormentos de qualquer espécie. Unicamente nisso [...] se há de encontrar a verdadeira causa fisiológica do ressentimento, da vingança [...], ou seja, em um desejo de *entorpecimento da dor através do afeto* [...] (NIETZSCHE, 1844 -1900/2009, p.108 – Aforismo 15)

Segundo a leitura que Kehl (2011) faz do filósofo, o homem civilizado é um eterno culpado de todas as suas manifestações vitais em obediência aos valores morais que são criações humanas originados nos conflitos entre força e poder. Nietzsche, entretanto, recusa a

idéia de uma verdade absoluta, seu critério é a vida, sua potência, seu contínuo movimento de expansão.

A noção de bem e de mal criada pelos derrotados funciona por um lado como uma “vingança espiritual” contra os mais fortes, já que a força e o egoísmo são condenados como expressões do Mal e a humildade e a fraqueza elevados a categoria de Bem” Funcionam também, por outro lado, como recursos de domesticação dos derrotados, que a partir de uma moral “escrava” consolam-se de suas derrotas, abandonam a luta e esperam pela recompensa prometida para depois da morte (ibid, p.112).

Nesse mesmo sentido, Bittencourt ao discorrer sobre Nietzsche e o problema da fisiologia do ressentimento na moral cristã afirma que o Cristianismo institucionalizado usa o pecado como “recurso” para impor uma moral religiosa e com ela a tortura como forma de expiação dos pecados. Da culpa decorre a contínua depreciação e auto-humilhação imposta que acaba por desenvolver diversos transtornos psíquicos originando o adoecimento psicofisiológico, gerados por esse gosto mórbido de se martirizar moralmente. O martírio, por sua vez, e a vitimização características do ressentido cabem muito bem ao usuário de droga da atualidade, que segue seu curso nesse lugar de “coitado” que necessita de proteção e que, na falta desta, justifica e reforça sua dependência.

Tais aspectos fazem do ressentimento uma característica da modernidade, pois na sociedade narcísica, individualista em que vivemos, regida sob uma ideia de que cada um “se faça por si mesmo”, que cada um “viva por si mesmo”, todo fracasso tende a ser projetado no outro. O sujeito ressentido ocupa um lugar de passividade e vitimização frente a suas escolhas, reclamando o tempo todo o não cumprimento da promessa de proteção, numa atitude infantilizada e dependente. Isso mostra uma outra face do ressentimento, a incapacidade de agir proativamente e afirmar a própria potência. Toda ação do ressentido é reativa, faz parecer-se defesa de um mal que ele supõe ter sido vítima, submetendo-se e incapacitando-se a um ato agressivo, pois no ideário social cristão o vingativo é mau, pecador. Essa ruminação é o envenenamento psicológico que abriga a má-consciência. (KEHL, 2011)

Encontramos, nesse contexto, vários elementos que nos permitem associar à realidade do dependente químico, imerso num ressentimento buscando justificativas para o seu uso compulsivo. Conforme aponta Kehl (2011, p.43):

O ressentido traduz a falta como prejuízo cuja responsabilidade é sempre de um outro contra quem ele dirige insistentemente um rosário de queixas e de acusações [...] servem, acima de tudo, aos mecanismos de defesa do *eu* [...] Isso significa que, em um processo de análise, as queixas ressentidas trabalham contra a associação livre e, acima de tudo, impedem a implicação subjetiva do analisando.

Ou seja o ressentido encontra-se incapaz de canalizar de forma saudável seus afetos. Ele está entregue à inconsciência, sem sentidos, num estado de desfalecimento e alheio de si, mergulhado no torpor ou perdido no delírio do sonho, desligado do real e, portanto, adoecido (GIACOIA Jr, 2002).

Agora já temos elementos que permitem nos perguntar: por que o dependente químico fica imerso nesse ressentimento e que estratégias clínicas podem retirá-lo desse lugar de torpor? Que soluções a atual Política de Drogas tem para oferecer à uma sociedade de consumo que tem como paradigma o drogado?

Para refletir sobre isso trago algumas contribuições de KEHL (2011) que em seu livro faz uma análise crítica das “Políticas do Ressentimento” e seus ganhos secundários. Segundo a autora, a promessa de igualdade da modernidade é a origem do ressentimento social, pois pressupõe uma igualdade, promete uma igualdade que não se cumpre, criando assim uma expectativa de que isso se cumpra por si só, magicamente. A igualdade é um ideal moderno que deve ser conquistado. Em sociedades antigas em que a escravidão era normal os desfavorecidos socialmente sofriam, mas não ficavam ressentidos, pois na ordem social isso estava posto simbolicamente. Portanto, cada sociedade produz seus sintomas sociais que, segundo a autora, “no sentido freudiano representam tentativas frustradas de cura do mal-estar” (ibid, p.282).

O ressentimento social manifesta a insatisfação dos grupos ou classes para quem as promessas de igualdade de direitos entre todos os sujeitos nascidos na modernidade não se cumpriram como era esperado; só que a atitude ressentida, de passividade queixosa, torna os sujeitos impotentes como agentes da transformação política que lhes interessa (ibid, p.283).

Faz-se importante ressaltar aqui que Kehl (2011) não critica a democracia, mas as pseudo-soluções representadas pelas políticas do ressentimento. Reconhece, portanto, que as resistências civis de classes sociais ou de grupos sociais oprimidos, as lutas pelas liberdades e pela independência de grupos minoritários não podem ser confundidas com ressentimento. Eles são importantes no processo de construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

O problema é quando esses manifestantes, passam a lutar pelos mesmos direitos de igualdade numa sociedade desigual, perdendo o objeto da sua mobilização que é confrontar-se com as causas da desigualdade para simplesmente inverter a posição desvantajosa em que se encontram (BORDIEU apud: KEHL, 2011). Essa é uma característica do ressentimento, que

busca um culpado para a sua infelicidade, ou o reconhecimento, mesmo que na condição de vítima.

Ainda segundo a psicanalista (KEHL, 2011) o ressentimento é revolta submissa, deseja a ordem sem saber que, assim, compactua com o conservadorismo. O sentimento de que todos pertencem à mesma nação, gera a suposta ideia de pertencimento e da possibilidade dos oprimidos justamente indentificarem-se com seus opressores. Nesses casos a insatisfação se desloca contra os membros da mesma classe, culpando os companheiros da mesma condição social, visto agora como concorrentes. Não questionam as regras do jogo, pois estão capturados pela lógica do capital.

No caso do fenômeno das drogas, o que vemos é exatamente o que a autora propõe aqui. Vivemos numa constante dicotomia que vai desde as facções do tráfico, as facções da política de drogas proibicionistas contrapondo o antiproibicionismo, assim como as “facções” partidárias, a competição e o clima beligerante está em todos os espaços da tessitura social, dos maios altos níveis até as pequenas comunidades. O que leva as pessoas a essa forma beligerante de viver está pra além do tráfico ou da falta de ética na política. É preciso refletir sobre a lógica capitalista que origina e permeia tudo isso. Que modos de vida temos estabelecido a partir de um projeto neoliberal que nos leva a essa lógica individualista de viver pela sobrevivência? É essa a pergunta que paira no ar quando se trata de pensar uma política efetiva para o cuidado de pessoas que usam drogas. Que políticas do ressentimento estão impressas em nossa sociedade que faz com que nos voltemos contra os nossos semelhantes.

Em artigo publicado recentemente na Folha de São Paulo (09/02/2012), intitulado *Ainda o Pinheirinho*¹⁵, o desembargador aposentado do Tribunal de Justiça de São Paulo e professor de direito civil José Osório de Azevedo Jr. escreveu:

O grande e imperdoável erro do Judiciário e do Executivo foi prestigiar um direito menor do que aqueles que foram atropelados no cumprimento da ordem. Os direitos dos credores da massa falida proprietária são meros direitos patrimoniais. Eles têm fundamento em uma lei também menor, uma lei ordinária, cuja aplicação não pode contrariar preceitos expressos na Constituição.

¹⁵ Em janeiro último, policiais armados invadiram a comunidade de Pinheirinho, em São José dos Campos, SP, despejando 1,6 mil famílias, sem aviso prévio. Entre eles estavam crianças, idosos, mulheres grávidas e doentes. Eles ocupavam a área desde 2004 quando o acampamento foi erguido sobre uma área que, segundo a prefeitura, pertence à massa falida da empresa Selecta, do grupo do empresário Naji Nahas. Foram pegos de surpresa, enquanto esperavam um acordo, que estava sendo intermediado pelo governo federal através de liminar da Justiça Federal que suspendera a reintegração de posse por 15 dias, na tentativa de negociação. Vários canais de mídia noticiaram o episódio, fazendo críticas ao desrespeito aos direitos humanos.

Referindo-se a este mesmo episódio, em outro artigo no jornal O Estadão, intitulado *O que é Sagrado*, o cronista Luis Fernando Veríssimo faz menção a essa citação trazendo à reflexão quais preceitos estão expressos na Constituição que contrariam e se sobrepõem à autorização legal para a terra arrasada, como no caso "Pinheirinho". Afirma que o principal deles encontra-se no primeiro artigo da Constituição: **a dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos da República** (grifo nosso). Para o escritor prestigiam-se os direitos menores e esquecem-se os fundamentais, o maior valor talvez seja o de nos lembrar de olhar a Constituição de vez em quando, e **aprender o que merece ser chamado de sagrado**. (grifo nosso)

Numa política de drogas em que é recorrente o imperativo da tutela e da negação do sujeito de direitos, perdura o asilamento como elemento primordial de contenção social, seja ele nas prisões brasileiras, nos manicômios ou nas comunidades terapêuticas, tendo como perfil a população pobre, negra e jovem. Trata-se de uma lógica que coloca o Estado como avalista da igualdade de direitos transformando os indivíduos em cidadãos submetidos à promessa de felicidade e temerosos do castigo imposto ao desgarrados do rebanho pastoril. Em troca do *status* de cidadão, perdem a autonomia, neste caso, confirmando a crítica nietzscheana, ao evidenciar a indissociabilidade entre cristianismo e estado.

O que presenciamos na atualidade é uma ditadura de valores revestida de democracia, que não garante a superação das desigualdades sociais, ao contrário as naturaliza, enfraquecendo os mecanismos de participação e controle social, numa lógica individualista e permeada pela fantasia de que o Outro virá em socorro dos fracos, um Estado justo e responsável pela proteção de todos sem que ninguém se mobilize, um grande pai protetor que fará o Bem vigorar acima de todos os males.

Nas palavras de Kehl (2011, p.299):

A reparação das injustiças cometidas contra os pressupostos igualitários das democracias modernas não se dá pela busca do reconhecimento dirigida ao "superiores", nem pela vitimização dos injustiçados. A melhor realização possível da igualdade democrática (que nunca será idêntica ao ideal que a norteia) se dá quando os homens comuns reconhecem e autorizam a si mesmos como cogestores da ordem e/ou da transformação. Nesse ponto podemos questionar se as idéias de Nietzsche sobre o domínio dos fortes conduzem necessariamente a uma crítica da democracia, ou se podem servir para pensar em que circunstâncias os Estados democráticos modernos enfraquecem a capacidade de intervenção política (como "vontade de potência") das massas. Não se trata de defender a submissão da maioria à tirania da casta dos mais fortes, mas de criticar o modo como as democracias se estruturam a partir do enfraquecimento, da destituição da capacidade de ação, da tutela da maior parte da população.

À guisa de conclusão, tomo como referência o texto de Giacoia Jr (2002, p.10) onde ele explicita as concepções nietzscheanas “Sobre saúde, doença e ressentimento” afirmando:

a grande doença, portanto, amplia o espectro de visão, dela retornamos como que renascidos, a modo da Fênix ressurgindo das próprias cinzas...[...] Entretanto para que a grande dor, nascida da doença, possa traduzir esse efeito terapêuticamente pedagógico e emancipatório, é necessário que uma condição possa ser cumprida: que a doença não seja confiscada pelo ressentimento.

Produzir conhecimento para uma política das drogas é deixar fluir da experimentação do usuário, da sua dor a sua própria saúde, pois isso o faz protagonista e pode produzir o novo, dar passagem para a Clínica do Possível, dentro das suas capacidades e possibilidades.

4 CARTOGRAFANDO O TERRITÓRIO PARA UMA CLÍNICA DO POSSÍVEL NO CUIDADO DE PESSOAS QUE USAM DROGAS

4.1 Um percurso de movimentos e metamorfoses



Fig 8. Epidemia do crack

essa foto representa uma epidemia que tá acontecendo aí nas quebradas



Fig 9. Pessoal tentando reverter as estatísticas

e aqui é um pessoal que tá tentando reverter a situação... tentando contrariar essa estatística

Quando me propus a fazer o Mestrado, uma das minhas motivações era a possibilidade de aproximar a minha prática cotidiana na rede de saúde com a produção de conhecimento. Como afirma Minayo (2010, p. 13), “a relação, neste caso, entre conhecimento e interesse deve ser compreendida como critério de realidade e busca de objetivação na tentativa de aprofundar meus conhecimentos”. Ao mesmo tempo, pesquisar passou a ser uma possibilidade de compartilhar o conhecimento, produzido no cotidiano da assistência, e que, muitas vezes, não é socializado e, portanto, também não, legitimado como possibilidades de cuidado.

Baptista e Campos (2007, p.187), ao falarem sobre ciência, pesquisa e psicologia, referem que:

[...] não devemos assumir uma atitude panóptica, mas, ao contrário, devemos estar inseridos na sociedade contemporânea, compreendendo-a e apontando as situações especiosas que vivemos. Se nossa sociedade tem se tornado espúria, cabe à Ciência Psicológica (por meio de pesquisas) apontar, alardear, questionar e medrar as idiosincrasias.

Isso significa dizer que a produção de conhecimento também gera produção de sentido e de vida. Do contrário, para que fazer ciência, senão, para compreender o conjunto dos fenômenos humanos como parte da realidade social? E mais que compreender, aparece aí a

“intencionalidade política” do ato de pesquisar, quando o pesquisador social deseja contribuir efetivamente com os problemas de um coletivo pesquisado (PAULON, 2005, p. 21).

Esta foi a aposta, quando me propus a pesquisar-intervir sobre a temática das drogas: aprender um novo jeito de cuidar, sem precisar cobrar abstinência de ninguém, cujo controle é substituído pelo acolhimento, baseado no compromisso ético, em defesa da vida, responsabilizando a todos pelo cuidado.

Sempre estive muito próxima da questão do cuidado de pessoas que usam drogas. Minha trajetória profissional iniciou na Saúde Pública, trabalhando com Saúde Mental e Álcool e Drogas, na assistência e gestão. Inicialmente, com uma abordagem pautada no paradigma da abstinência, aos poucos, pela experiência e aproximação com os usuários e também com a militância em saúde mental, foi abrindo um leque de possibilidades.

Trabalhar no CAPSad Reviver, serviço da saúde mental da Rede Pública de saúde de Caxias do Sul, transformou-se em um grande laboratório de aprendizado, em que, diariamente, as dúvidas e os questionamentos produziam inquietações de toda a ordem, a ponto de buscar superar a ordem estabelecida na tentativa de desafiar o instituído e reinventar o cuidado. A produção de cuidado era tecida na interação com a equipe, os usuários e os familiares que, no cotidiano, me ensinavam que, independente da linha teórica que se utilizava na abordagem, fosse ela cognitivo-comportamental, psicanalítica, humanista ou motivacional, era necessário buscar outras formas de cuidado, pautado na inter/transdisciplinaridade, em um projeto de saúde coletiva, em defesa da vida e na aceitação da diferença, pois, só assim, se efetivava uma política, pautada nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Encontro, nas palavras de Passos e Benevides (2000, p.77), a validação teórica para esse vivido, quando referem que:

[...] conhecer é estar em um engajamento produtivo da realidade conhecida, mas também é constituir-se, neste engajamento, por um efeito de retroação, já que estamos imunes ao que conhecemos. Sujeito e objeto se engendram no ato de conhecimento, não restando nenhuma anterioridade, nenhuma garantia prévia.

Essas problematizações e inquietações vêm acompanhando a minha trajetória profissional junto à rede de saúde pública e na militância junto aos movimentos sociais da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos, bem como na gestão do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. São movimentos que vêm se constituindo como instituintes de outras práticas no cuidado de pessoas que usam drogas e que têm sido “pano de fundo” e

um dos motivadores para a minha escolha do campo de pesquisa, bem como da metodologia a ser utilizada.

Para Deslandes (2010, p.34), “as escolhas do pesquisador estão relacionadas à dimensão ideológica, considerando que mesmo os cientistas naturais reconhecem que não existe neutralidade científica.”

Passos e Benevides (2009, p. 18) também coadunam com tal posição, ao afirmar que “o ponto de apoio é a experiência entendida como um saber-fazer, [...] um saber que vem, (sic) que emerge do fazer” e que caracteriza o “caminho” metodológico. Percebe-se aí a indissociabilidade entre o pesquisador e o observado, entre o que se propõe a conhecer e quem será conhecido, resultando, assim, uma coprodução/transformação de ambos. Nessa perspectiva, sujeito e objeto transformam a si mesmos no seu entorno, em um processo criativo (PAULON; ROMAGNOLI, 2010, p. 93).

Pensar a questão das drogas hoje é problematizar a antinomia, presente neste tema, na tentativa de superação dessa cisão e busca da composição da articulação de saberes e experiências, produzindo conhecimentos que possam contribuir na construção de uma política pública efetiva no que se refere ao cuidado de pessoas que usam drogas em uma perspectiva da autonomia e protagonismo desses sujeitos. Diria, ainda, que é necessário superar as disputas presentes nos discursos, a fim de encontrar caminhos para o que designo aqui como uma Clínica do Possível que, baseada no vínculo, possa dar lugar ao cuidado humanizado e com resolutividade em saúde.

Na tentativa de superar essa lógica de imposição do tratamento, expresso no discurso vigente, foi que procuramos estabelecer nosso caminho no campo de pesquisa. A partir da concepção de acolhimento e da compreensão da realidade no cotidiano do vivido dos usuários em seu território tentou-se estabelecer um pacto colaborativo que se diferenciava pela singularidade de cada caso e pelas características do território.

A aproximação com o campo de pesquisa já acontecia pela minha trajetória profissional, conforme já citado anteriormente. No final de 2010, a assistente social, Eva, que trabalhara comigo na equipe do CAPSad e agora pertencia à equipe da Unidade de Saúde do Bairro Mariani, juntamente com a agente de saúde, me procuraram, para que pudessemos traçar juntos algumas alternativas no cuidado de pessoas que usam drogas que pudessem fazer frente ao, até então, proposto pela rede de atenção, ainda baseado única e exclusivamente na internação e adesão ao tratamento no CAPS. O que a equipe percebia é que alguns usuários não se “adequavam” a esta proposta e, por isto mesmo, tinham muita dificuldade de pedir

ajuda, ficando, por conta dos familiares, na mesma lógica discursiva atual, solicitar a internação do familiar, na maioria das vezes, de forma compulsória.

Em uma de nossas primeiras conversas Eva relata a conversa com um dos usuários (*Beija-flor*)¹⁶ em que, ao ser indagado sobre seus projetos de vida, fala do desejo de fazer um filme sobre a sua vida de drogadição. Partimos daí, inicialmente pensando a possibilidade de utilizar o filme como um dispositivo de aproximação com os usuários. À medida que caminhávamos e pensávamos coletivamente as formas de intervir emergiam possíveis caminhos.

É, portanto, junto com a equipe, que nasce o projeto desta pesquisa-intervenção e tem como objetivo principal cartografar os caminhos tecidos pelos usuários de drogas, em seus territórios identificando e analisando quais os ‘nós’ da rede (rituais, estratégias, serviços, afetos...) que produzem saúde e apontam para uma Clínica do Possível, pautada no cuidado, vínculo e afeto.

Conforme já apontado na introdução deste trabalho nossa pesquisa foi realizada na rede de saúde de Caxias do Sul, no território do Bairro Mariani, sendo construída por várias mãos, pois contou com o apoio dos técnicos da equipe, supracitados, e com a participação de duas alunas da Graduação em Psicologia e um professor de fotografia da Faculdade da Serra Gaúcha – FSG. A intervenção contou com 18 participantes ao todo, sendo que o grupo que participou das três etapas foram 09 usuários. As atividades foram realizadas ao longo de oito meses, em 26 encontros ocorridos no ano de 2011 e início de 2012.

Passamos, então, a realizar encontros semanais, dentro da mesma proposta que a Unidade Básica de Saúde – UBS – já oferecia para outros programas de intervenção (idosos, mulheres, crianças, etc.). Os primeiros encontros foram feitos na Associação de Moradores do Bairro – AMOB. Nossa intervenção era direcionada aos usuários de drogas do bairro. Eram jovens que em sua maioria não frequentavam o CAPS e não tinham qualquer acesso às Políticas Públicas por não se sentirem acolhidos por elas. Não importava pra nós se eram usuários leves ou pesados ou se eram drogas lícitas ou ilícitas, nosso critério era pessoas que usam drogas e o desejo de estar nesse espaço que propúnhamos. Acreditávamos que essa aproximação poderia nos apontar caminhos conforme a proposta metodológica desta pesquisa-intervenção..

Conforme referem Passos & Benevides (2009) não se trata de uma ação sem direção, o desafio aqui é reverter o sentido tradicional do método que caminha para alcançar metas pré-

¹⁶ Todos os usuários aqui citados serão representados por nomes de aves que no nosso entendimento tem a ver com a singularidade de cada um.

fixadas (*meta-hódos*) para caminhar traçando um percurso que nos aponta a meta (*hódos-meta*). A nossa pesquisa-intervenção se propunha então a conhecer e percorrer os caminhos traçados pelo usuário de drogas no território que nos apontariam as pistas que orientavam o nosso percurso da pesquisa, experimentando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto de pesquisa (usuários de drogas), o pesquisador (eu) e a equipe de trabalho da UBS.

No percurso torna-se visível essa inversão do método, presente na cartografia. Inicialmente a proposta de intervenção surge da idéia do vídeo trazida pelo relato do usuário *Beija Flor*, à medida que íamos adentrando no campo e nos aproximando dos usuários através de conversas informais, nos lugares onde eles tinham o costume de se reunir propusemos a realização da oficina de fotografia na lata (*pin-hole*). No meio do percurso, eles nos trazem em suas falas o *hip hop* como algo que fazia parte de suas realidades, sendo uma forma de expressão do cotidiano de suas vidas. Esse dispositivo nos apontava um outro caminho. Também a mudança da fotografia na lata para fotografias descartáveis aliadas ao *hip hop* tornava-se a ferramenta utilizadas para cartografar os caminhos por eles percorridos que, ao final, deram origem a um *rap*, ao roteiro de um filme e à ação no território, agora protagonizada por eles mesmos, conforme pretendo ir relatando nesse capítulo. Nele pretendo me debruçar sobre a análise dos dados que foram se apresentando no decorrer da pesquisa-intervenção e que nos apontam para a eficácia e efetividade de uma política sobre drogas, preocupada em constituir novos modos de cuidar.

Eis aqui a inseparabilidade entre o conhecer fazer, entre o pesquisar e intervir, entre clínica e política, num processo que se dá pelo mergulho na experiência, que agencia sujeito e objeto, teoria e prática, num mesmo plano de produção ou de coemergência, designado como plano da experiência conforme afirmam Passos e Benevides (2009).

Para a atividade proposta, além da assistente social, contamos ainda com a ajuda de um jovem da comunidade, conhecido por Guinho, que ocupou inicialmente o papel de mediador e articulador dos nossos encontros, e promoveu a aproximação com os usuários. Trata-se de um ex-usuário, com inserção no meio dos jovens usuários do território e com perfil de Redutor de Danos, inclusive foi selecionado há pouco para compor a Equipe do Consultório de Rua da Rede de Saúde.

Esse momento inicial tinha como objetivo a pactuação da intervenção, entendida aqui, segundo o dicionário (BUENO, 2007) como: “ajustar, combinar, contratar, convencionar”. E, em se tratando de usuários de drogas que apresentam em seu funcionamento características de desconfiança, produzidas pela forma moral como vem sendo tratada esta questão, faz-se necessário, produzir espaços de continência para, então, poder pactuar, numa perspectiva

coletiva e integrada um trabalho conjunto. Essa estratégia vem ao encontro do proposto pela Redução de Danos e pela Política Nacional de Humanização do SUS, que é a produção de ações em saúde centradas no sujeito, apontando para uma política de base comunitária que emerge do protagonismo dos usuários e agentes de saúde.

Karam (2005), ao falar sobre a Legislação Brasileira acerca das drogas e da criminalização da diferença, salienta que a clandestinidade em que se realiza o consumo de drogas acaba por gerar maiores tensões, podendo acentuar a problemática original, levando a uma eventual adição e funcionando como realimentador na busca da droga. Além disso, a revelação de uma prática, considerada conduta ilícita, acaba sendo um complicador na hora de buscar tratamento. Por isso mesmo esse momento de pactuação e proposição de uma ação conjunta torna-se de fundamental importância para a continuidade da intervenção, além de virem ao encontro das diretrizes da PNH e da Redução de Danos.

4.2 O processo no percurso: o que dá passagem pra expansão da vida.



Fig.10: Jogo de sinuca



Fig.11:Galera na noite

To com 34 anos e bah!! Algumas decepções na minha vida... aqui é a amizade que eu tenho com todo mundo, por mais que eu use a minha droga. Venho de uma família de paulada mesmo de bandidagem. Cheguei aqui no bairro, tava ali perto do bagulho, mas fiquei 10 anos num casamento e tava legal, depois me separei e acabei caindo na pedra de novo, acho que tem uns 7 anos...amizade imensa com todo mundo de verdade...não tô lutando pra sair...tem que dizer a verdade...bah! Eu to numa fissura louca aqui cara... todo mundo me conhece aqui...e não tá me levando a nada, né?? Só tá me afundando, agora que tô largando uns currículo, pra ver se arrumo alguma coisa, porque trabalhador todo mundo é, né? Tem força de mano que tá atirado na droga aqui no bairro, o bagulho tomou conta mesmo...e, se o pessoalzinho não se liga, tem mais gente que vai cair...tô sempre dando conselho pro pessoalzinho que não vá porque o bagulho é forte mesmo... Eu sou da quarta geração, mas já perdi parceiros de várias gerações,

Nossa intervenção, inicialmente, teve como dispositivo de aproximação a realização de uma Oficina de “Fotografia na Lata”, técnica conhecida como *pin-hole* (buraco de alfinete), por tratar-se de uma prática econômica e simples, que utiliza qualquer recipiente em que a luz não possa penetrar. A proposta era de que, após preparado o material, cada indivíduo fotografasse situações no território que, para eles, representassem produção de

saúde, traduzida aqui como valorização da vida, autonomia, protagonismo, lugar do encontro, de experimentar alegrias, esperanças, bem como possibilidades diversas dentro das necessidades e dos desejos de cada um.

No Documento Base da PNH encontramos este conceito de produção de saúde que nos aponta o caminho a percorrer em nossa intervenção:

Em uma democracia, a produção de saúde diz respeito à constituição de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde. Neste sentido, a produção das condições de uma vida saudável não pode ser pensada sem a implicação, neste processo, de sujeitos (Brasil, 2008, p.65).

Pode parecer um tanto estranho pensar a produção de saúde em meio ao uso de drogas, considerado uma doença, mas trago como referência aqui o entendimento nietzscheano sobre saúde e doença, onde a grande doença - neste caso o uso de drogas - amplia o espectro da vida, dando passagem para o novo, como que num renascimento à modo da Fênix, ressurgindo das próprias cinzas. Ou ainda, citando o próprio Nietzsche, quando refere a “*grande saúde...* aquela que não basta ter, a que se adquire constantemente, e é necessário adquirir, por ser sacrificada, por ser necessário sacrificá-la sem cessar”. (NIETZSCHE, 1881-1887/2003, P.229. Aforisma 382).

De acordo com Giacoia Jr. (2002), referindo-se ao Sofrimento como Tragédia do Conhecimento, o conhecimento decente deve transformar também a dor, a doença, pois, segundo

Temos que parir nossos pensamentos em meio a nossa dor, dando-lhes maternalmente todo sangue, coração, fogo, prazer, paixão, tormento consciência, destino e fatalidade que há em nós. Viver – isto significa para nós transformar continuamente em luz e flama tudo o que somos e também tudo o que nos atinge; *não podemos* agir de outro modo (NIETZSCHE 1879-1989/2000, p.86, aforismo 109).

Ainda Giacoia Jr. (2002) lembra que existem regimes distintos de saúde e doença, e, portanto se faz necessário ter clareza das condições ligadas à saúde e enfermidade de uma pessoa, de seu corpo e de sua alma, o que nos coloca frente à singularidade de cada caso. Nessa perspectiva, o conhecimento de uma política pública sobre drogas para ser efetiva, ou decente, deve nascer da compreensão do sofrimento dos usuários de drogas, da expressão da vida presente na experiência cotidiana de cada um, podendo tornar-se saúde pelo protagonismo cidadão e não, pela tutela, ainda tão presente nos modos de fazer saúde.

Inicialmente, nossa tarefa era explicar a proposta da oficina, bem como qual era a intenção do projeto de intervenção, que não se restringiria a coletar dados para uma pesquisa acadêmica tradicional como eles poderiam supor. Para, além disso, propúnhamos fazer brotar um espaço de convivência entre eles, que pudesse produzir sentidos de vida, de união, autonomia e protagonismo cidadão, bem como construir coletivamente esta possibilidade. A ideia de produção de saúde pressupõe atuar diretamente nos modos de vida, dando passagem para afirmação da diferença. A fim de afirmar metodologicamente isso, fomos traçando um percurso junto ao grupo para que construísse concomitantemente seu próprio caminho.

Para realização da Oficina de Fotografia na Lata contamos com a ajuda de colegas da Faculdade da Serra Gaúcha: um professor de fotografia e duas alunas da graduação em Psicologia. À medida que realizávamos os encontros, na tentativa de criar laços e produzir vínculo, algumas dificuldades foram se apresentando, entre elas, a de tolerância à frustração, característica do usuário de drogas, que quer experimentar resultados prazerosos de imediato. A Oficina de Fotografia na Lata era um processo vagaroso, demandava paciência dos usuários fazendo com que muitos desistissem de participar da atividade. Procurávamos intercalar a Oficina de Fotografia na Lata com outras atividades, entre elas: filmes sobre a temática, rodas de conversa, entre outras.

Deparar-se com essas dificuldades da ausência dos jovens em muitos dos nossos encontros tornava-se um analisador do processo, colocava-nos frente às nossas limitações, pois não tínhamos um caminho *a priori*, ele se fazia literalmente no processo. Isso nos fazia também pensar com que ferramentas temos trabalhado na tentativa de aproximação dessa população? Quais tecnologias facilitam o vínculo tornando a abordagem com usuários de drogas efetiva e eficaz? Uma experiência que nos desestabilizava e convocava ao deslocamento desse lugar de técnicos, pondo em questão o que somos, num exercício crítico do instituído e da experiência da crise e a possibilidade de aprender com ela (PASSOS; BARROS 2001).

Em um dos encontros, *Beija-Flor* relata o fato de um foragido da polícia ter entrado em sua casa (de B.) A polícia bateu na porta de B., e este disse que não vira ninguém. *Fiquei sereno*, ressaltou ele e, na saída, deu ao moço uma camiseta para que ele pudesse sair, sem a polícia ter percebido. Essa fala, em um primeiro momento, era perturbadora e nos fazia refletir: Por que estranhamos esta atitude? Pela lógica que permeia as nossas práticas e os nossos modos de vida, a nossa atitude, diante do ocorrido, seria o julgamento moral, nos levando a pensar: “Se ele tá fugindo da polícia, é porque deve alguma coisa.” Ao mesmo tempo, o que nos surpreendia aqui nos fazia pensar sobre esse código de proteção que há entre

eles, ou seja, existe uma espécie de ética do cuidado? É uma solidariedade que está para além do certo ou errado, no entanto, garante a proteção que, muitas vezes, como eles mesmos referem, não pode ser esperada da polícia ou do Estado.

Souza (2005), ao fazer uma crítica ao mito da marginalidade, nos traz à reflexão a forma de organização social das populações desfavorecidas, questionando-se sobre o que é afinal “estar envolvido” com o tráfico de drogas. Alerta que, se a pessoa falar com um traficante, isso constitui um envolvimento, uma cumplicidade com ele, então não há quem não esteja envolvido, pois aquele que hostilizar ou não se mostrar diplomático no trato com o traficante simplesmente não sobreviverá. E seria diferente o que vemos hoje na relação patrão e empregado? Aquele que não se adequar às normas da empresa servirá para o cargo ou função? A lógica capitalista e neoliberal está impressa também no cotidiano da vida das favelas. A maioria dos moradores é composta por trabalhadores explorados (e suas famílias), pilares da economia capitalista, sendo esta a mesma lógica que sustenta o tráfico de drogas hoje, um mercado potente que acaba beneficiando os próprios moradores de forma direta ou indireta. Isso se dá pela circulação de renda, propiciada pela economia ilegal, instalada nesses territórios. Isto nos dá uma ideia da importância social do comércio ilegal de drogas, especialmente nas periferias das grandes cidades.

Como se vê, não se trata meramente de um punhado de “bandidos”, vivendo mais ou menos isolados do restante da “comunidade”, na medida em que diversas pessoas, incluindo várias daquelas que não correspondem ao estereótipo usual do delinquente perigoso, prestam serviços remunerados ao negócio das drogas – e o fazem sobre a base de uma racionalidade econômica, e não, por “desvio moral” ou “inclinação para o crime (SOUZA, 2005, p.92)

Outra fala que reitera essa lógica vem, logo em seguida, durante a Oficina de Fotografia, quando *Beija-Flor* comenta: *Isso é quase um bagulho artesanal*, ao que Guinho responde: *É artesanal*, e *Beija-Flor* diz: *Então, meu, tu faz, e eu vendo*.

São esses fragmentos de falas dos participantes que vão permeando os nossos percursos e nos colocando em reflexão a respeito da realidade deles e dos seus significados, para melhor compreensão da realidade, muitas vezes, tão distante de nós técnicos. São, também, momentos como este da pesquisa que indicam a possibilidade de fazermos dessas diferenças a produção de um novo, criarmos nesse encontro, ao modo de *um bagulho artesanal*, um conhecimento menos desigual e mais útil. A abertura ao inusitado que a cartografia nos convida a fazer abre perspectivas como a acima referida de embaralhar lugares sociais e identidades pressupostas para colocar a utilidade dos conhecimentos à prova, quer para o usuário que cogita possibilidades de vida para além do circuito da droga, quer para o

trabalhador-pesquisador que confronta sua formação-teorias em tempo real, ali no calor da relação, correndo o risco de ver suas verdades ruírem e de nada servirem ou, ao contrário, ofertarem uma ajuda crucial num momento definitivo da vida de alguém que demanda cuidados.

Esse acontecimento nos lembra Lancetti (2007, p.37) ao utilizar a expressão a Clínica Artesanal, “por parecer a mais aproximada dos procedimentos desenvolvidos [...] com pacientes que [...] não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais”.

Em outro relato, referindo-se ao atendimento no Pronto Atendimento PA 24hs, *Beija-Flor* comentou: *Taca Haldol e Diazepan e o cara acha que tá tri acelerado, mas tá na lenta*. Percebe-se, neste enunciado, que, quando eles não são ouvidos com relação à forma de administração da medicação e os motivos pelos quais ela é necessária, o tratamento passa a não ter o menor sentido. Como é possível trabalhar com eles a relação com a droga, se simplesmente substituímos uma droga pela outra, em uma lógica tutelar e de domínio pela técnica?

Fuganti (2008, s/p) afirma, remetendo-se ao problema do cuidado e às suas modalidades, que

Há alguma virtude em dizer que o cuidado é um valor a ser cultivado e envolve um saber e uma prática essenciais do ponto de vista da qualidade das relações em sociedade. É certo ao menos que não caímos na banalização das políticas neoliberais com o seu cântico enfadonho acerca da desnecessidade onerosa e supérflua de muitas instituições dedicadas ao cuidado ou trato com a vida de algum modo tomada dependente.

Nesse sentido, é importante ressaltar que o trabalho médico é indispensável, bem como o bom uso dos recursos pode ser crucial para o tratamento, entre outros também imperativos. Isso é necessário para evitar a concepção errônea de que o enfoque biológico será suficiente, considerando ainda que, para além dos recursos terapêuticos especializados, o paciente também deve ser responsabilizado pelo tratamento (CRUZ, 2005).

Em uma conversa paralela com Guinho, eu comentava sobre o uso de maconha e o ritual que envolve este uso. Ele, então, disse: *É como uma faca de dois gumes, pode usar pro bem ou pro mal, quem escolhe é o cara*. Aqui, novamente, aparece a questão que nos faz pensar sobre que tipo de ética é esta que está presente aí. Na fala de Guinho percebe-se um respeito à singularidade nem sempre presente na lógica que sustenta as práticas de saúde coletiva, que por ela deveriam se pautar. A relação que ele refere mesmo com pessoas que, segundo seus princípios, fazem *o uso pro mal* é de proximidade e respeito, mesmo não concordando com as atitudes deles, o que corrobora o exposto anteriormente sobre a relação

que se estabelece com os “donos do negócio” e, na mesma lógica, podemos pensar sobre a relação com o usuário. Não devemos pensar que, se os tratarmos a partir da lógica discriminatória e moralizante, conseguiremos avançar no vínculo, tampouco poderemos intervir de forma a colocá-los como responsáveis pelo cuidado de si.

A diretoria da Associação de Moradores do Bairro – AMOB já sinalizava o seu incômodo com o uso do espaço, e, por este motivo, passamos a realizar os encontros na UBS. Porém, a proposta de os encontros serem no espaço da UBS acabou por dispersar o grupo. Um ou dois participantes apareciam, mas sem motivação para permanecer e participar do processo de experimentação das revelações das fotos na lata. Isso nos levou às indagações: Por que os jovens não estavam mais indo às oficinas? Seria por que eram realizadas na UBS? Poderia ser este um espaço, no qual eles não se sentiam à vontade, ou seja, como se a eles não pertencessem? Perguntamos, portanto, a *Beija –Flor* que, naquele dia, era o único jovem presente, o que ele achava sobre isto, e ele respondeu: *O cara quer movimentação, o cara tá aqui, parece uma cadeia isso aqui, só o fato de querer se deslocar já perdeu um contingente.* Essa fala nos colocava em uma encruzilhada: Que caminho tomar, por onde andar?

Em meio a essas indagações, começamos a pensar alternativas de intervenção que pudessem gerar maior adesão deles ao projeto, e aqui é possível perceber o quanto a cartografia é uma metodologia que nos auxilia na resolução desse problema, pois nos aponta para a novidade a cada passo, a partir do que se apresenta, reinventando-se o cuidado. Em alguns momentos, chegávamos a nos questionar se conseguiríamos terminar o projeto, e a sensação de impotência diante disto era, muitas vezes, o que mais nos desafiava. Lembro que nesse dia enquanto o prof. Gustavo, o Guinho e o *Beija-Flor* tentavam revelar as fotos no laboratório improvisado na UBS, eu, Eva, Ranulfa e as alunas ficávamos nos indagando sobre as dificuldades que muitas vezes os profissionais tem ao lidar com essa demanda, porque ela gera muita frustração, e muitas vezes a nossa tendência como técnicos é de achar que não tem jeito mesmo, e que o usuário não quer se tratar, o que faz com que na maioria das vezes desistamos facilmente do cuidado. Isso nos lançava mais questões: Que caminho tomar? O que fazer pra trazê-los pra mais perto? Esse parecia ser o nosso desafio a cada encontro, e assim seguíamos cartografando e nos reinventando.

Cartografar aponta processos em movimento, as possibilidades e os possíveis caminhos que se descortinam. São caminhos múltiplos, plurais e novas janelas que podem dar passagem para aquilo que está aparentemente imóvel, estagnado, mas que, ao ser observado no detalhe, na partícula, evidencia todo um jogo de forças que parecia submerso naquela forma dada. Enfatiza-se que a rede de cuidado vai além da saúde, do Estado, ela está expressa

na arte, na cultura, no esporte. Não se deve deixar de pensar que a rede também é composta pelos equipamentos assistenciais e de saúde e também é um espaço de acolhimento 24 horas.

A intervenção nesse meio, com uma perspectiva mais dinâmica, torna possível, por fim, a construção de espaços em que o sujeito em questão deixa de ser apenas um usuário do sistema e passa a ser um indivíduo com uma história, com demandas, com possibilidades subjetivas variadas, devires outros. O usuário passa a ser um sujeito em produção de si próprio e do seu território de vida e não somente uma figura identitária, um “dependente químico” em situação de marginalidade, por estar em conflito com a lei. O pesquisador deixa de lidar com o sintoma e passa a acompanhar processos de subjetivação que trazem consigo trajetórias de vida, sujeitos inseridos em um contexto socioeconômico e cultural que é histórico. Trata-se da ampliação da clínica, que confirma a inseparabilidade entre a clínica e a política, que produz saúde produzindo sujeitos.

Por isso, Passos e Benevides (2000, p.73) propõem que “a intervenção estará associada à construção e/ou utilização de ‘analísadores’ [...] que são acontecimentos no sentido daquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise e que decompõe.” Os mesmos autores, em outro trabalho (2009, p.25), falam da inseparabilidade entre análise das implicações e intervenção.

Intervir, então, é fazer esse mergulho no plano implicacional em que as posições de quem conhece e do que é conhecido, de quem analisa e do que é analisado se dissolvem na dinâmica de propagação das forças instituinte características dos processos de institucionalização.

Outro analisador que emergiu na intervenção foi a relação com a AMOB. Conforme já citado anteriormente, a AMOB já apresentava sinais de incômodo com o uso do espaço do Centro Comunitário para os nossos encontros. Chamaram-nos para uma reunião com a diretoria, na qual fomos questionados sobre o Projeto. Na fala de um dos membros da diretoria, o argumento utilizado era que não poderiam mais disponibilizar o espaço do Centro Comunitário para nós, porque o que estava sendo realizado ali era um trabalho particular e não, para a comunidade – ela se referia ao meu projeto de pesquisa.

Tentamos, assim, explicar que era um trabalho conjunto com a UBS e que a metodologia que vinha sendo utilizada pressupunha uma intervenção na comunidade. Porém, eles insistiam em afirmar que o trabalho proposto tinha um caráter particular e que a comunidade não estaria se beneficiando com ele. A assistente social da UBS perguntou se os usuários que participavam do projeto não eram considerados por eles membros da comunidade. Foi somente a partir dessa indagação que eles deram espaço para o restante da

diretoria dizer o que achava, e a maioria afirmou que, se era para beneficiar os jovens, então deveria ser cedido o espaço. Exigiram, contudo, um projeto que deveria ser entregue para ser analisado por todos os membros da diretoria e argumentavam que a preocupação deles era a de que não houvesse deslizes e que eles não fossem cobrados depois pela comunidade.

De que forma este acontecimento passa a ser um analisador? Na perspectiva da Análise Institucional, no interior das instituições, há sempre essa luta de forças opostas entre o que está instituído e quer permanecer, e o que quer ser modificado e não se sujeita. É esse movimento, causado por essas forças antagônicas, que devem ser colocados em análise, dando a possibilidade ao pesquisador de produzir o conhecimento em um processo criativo. Nesse processo, também o pesquisador que está no campo participa desse movimento, como força e forma.

Lourau (1993, p.11-12) aponta que “a Análise Institucional visa conhecer o instituído e os seus diversos níveis contraditórios na instituição que atuam como jogo de forças para manter o *status quo* e produzir imobilidade”.

Para entendermos melhor esse analisador, é importante ressaltar aqui que a Agente Comunitária de Saúde, Ranulfa, e Guinho, os quais participavam do projeto, são dois líderes comunitários que concorreram às eleições para a AMOB e perderam por menos de 70 votos. De acordo com os relatos deles e de vários usuários, a eleição foi fraudada. Outro dado esclarecedor é que a maior parte das Associações de Moradores do município foi “capturada” pela atual gestão administrativa que mantém os líderes comunitários, empregados como cargos de confiança da Prefeitura Municipal. Tal situação enfraquece o movimento comunitário e perpetua o individualismo, bem como a competição, próprios de uma política do ressentimento. Quando os líderes comunitários delegam o poder ao Estado e a responsabilidade deste em gerenciar as suas vidas, deslegitimam a potência da força comunitária e garantem privilégios apenas àqueles que são “parte do rebanho”.

A partir dessa reunião, só tivemos mais um encontro no Centro Comunitário. A desculpa era que estaria sendo usado. Passamos, portanto, a realizar os encontros na UBS. A cada encontro, apesar das nossas frustrações, devido às coisas não terem ocorrido, na maioria das vezes, da forma como havíamos planejado, começávamos a senti-los muito mais próximos e envolvidos com as atividades propostas. Finalmente, através dos filmes e das rodas de conversas, conseguíamos colocar nossa posição frente ao uso de substâncias, o que acredito fez toda a diferença para a aproximação deles.

O uso de filmes como um dispositivo se apresentava como um bom recurso de aproximação e vinculação do grupo. No dia da exibição do filme, “O Bicho de Sete Cabeças”,

estavam presentes sete jovens. Entre eles, estava *Falcão*, frequentador assíduo das atividades, que há algumas semanas não aparecia. Relatou que estava trabalhando em uma fazenda e, enquanto estava lá, não estava fazendo uso de drogas, ele fazia uso pesado de crack. Em seu relato, conta da relação com a família e dos conflitos com o irmão, que não permitia que entrasse em casa, em consequência disso, dormia muitas vezes na rua, ou em casa de amigos. Falava com desânimo e ressentido dizendo que sabia que se colocava em situações de risco: *queria mesmo era tomar uma bala na cabeça, assim acabava de vez com tudo isso*.

Essa fala nos mostrava que o espaço criado ali passava a ser de escuta das angústias e do sofrimento desses jovens que começavam a “desnudar-se” e a falar de suas realidades, de sua relação com a droga, nos possibilitando, assim, uma maior compreensão do fenômeno, para pensar estratégias de intervenção. O fato apontava para os objetivos iniciais da intervenção, isto é, identificar diferentes recursos no território que sejam produtores de vínculo, bem como os desdobramentos que apontassem caminhos para intervenções de uma Clínica do Possível, a partir da análise dos rituais, presentes no cotidiano dos usuários no território.

Falcão era considerado pela equipe um usuário de difícil adesão, mas desde o início da intervenção ele sempre esteve presente nas atividades propostas, falava muito, algumas vezes vinha pra atividade com a lata de cerveja na mão, nunca foi excluído pelo grupo, apesar de percebermos certo rechaço por parte de alguns para com ele. Depois de um tempo F. procurou a agente comunitária de saúde e pediu pra fazer um tratamento, pois sentia que precisava de ajuda. Foi então encaminhado para o CAPSad, onde permaneceu durante 15 dias desintoxicando. Quando soubemos que ele estava no CAPS passamos lá pra vê-lo, para nós isso apontava para um acontecimento que reafirmava a nossa aposta de intervenção pautada pela diretriz da RD e da PNH, produzindo desvio na vida desse sujeito e apontando para uma clínica política.

Sempre o acolhemos em suas escolhas, jamais impondo abstinência, sempre pautando em nossas conversas que somente ele poderia mudar aquela situação, quando ele se colocava num papel vitimizado e ressentido. Nossas investidas eram no sentido de responsabilizá-lo pelo cuidado de si, sem, contudo excluí-lo, nem culpabilizá-lo pelas sua escolha. De acordo com Campos (2003), “o vínculo resulta da disposição de acolher de uns e da decisão de buscar apoio em outros [...] é circulação de afeto entre as pessoas. O afeto é obscuro, nem sempre obedece à conveniência ou é consciente”. Aproveitávamos os momentos de conversa pra fazê-lo repensar a sua relação com a droga, quais os benefícios e prejuízos que ela estaria trazendo, fazendo-o pensar sobre a produção de si mesmo, reconhecendo-o como sujeito de

sua própria vida e, portanto somente ele poderia produzir algo diferente pra si, nossa função ali seria de auxiliá-lo da melhor forma, oferecendo acesso aos cuidados em saúde, bem como condições de vida mais digna, através das políticas sociais, oferecidas pela rede socioassistencial. Na sequência disso soubemos que *Falcão* depois da desintoxicação foi encaminhado para o albergue e havia conseguido um emprego, continuava fazendo uso de bebida alcoólica, mas sua vida apontava outras possibilidades. A última notícia que tivemos dele é que está novamente trabalhando em uma fazenda, pois é onde consegue ficar afastado das drogas. Podemos nos indagar: Afinal, ele parou de usar drogas? É provável que não, pois sabemos pelos seus relatos que quando vem na cidade sempre acaba fazendo uso de substâncias psicoativas. Então retomamos a Redução de Danos como diretriz da nossa intervenção que propõe uma estratégia de baixa resistência, considerando o apontamento:

Na pesquisa intervenção o que nos interessa são os “movimentos”, as “metamorfoses”, não definidas a partir de um ponto de origem e um alvo a ser atingido, mas como processos de diferenciação. [...] Não há mais aqui sujeito e objeto, mas processos de subjetivação e de objetivação, criação de planos que ao mesmo tempo criam sujeitos/objetos que se revezam (PASSOS E& BENEVIDES 2000, pgs.73 e 74).

E assim seguíamos a nossa imersão no campo, alguns dias com a presença deles, outras, nem tanto. No entanto alguma coisa nos dizia que a insistência também era uma forma de resistência.

Nossa estada no território se tornava cada dia mais interessante, entretanto ainda uma coisa nos intrigava. O que poderia nos aproximar do grupo, permitindo que pudéssemos produzir diferença? Que dispositivo seria capaz, para além de coletar dados, nos fazer compreender que espaços de produção de saúde são estes, segundo eles?

Eles se mostravam um tanto resistentes com a proposta da Oficina de Fotografia, e já pensávamos em abandonar a ideia do uso da fotografia como ferramenta, mas precisávamos encontrar um caminho, outra possibilidade, outro dispositivo que fosse significativo para dar seguimento à pesquisa-intervenção.

E mais uma vez eles nos apontavam o caminho. Em uma de nossas conversas, um dos jovens disse: *Se você quer ver a galera reunida, sem preconceito e sem diferença, todo mundo do bairro, junto, não importando se é usuários de droga ou não, você tem que trazer o hip hop¹⁷ pra cá, aí você vai ver o que é união e participação.* Percebíamos que este era um tema recorrente na fala dos jovens como algo que fazia parte do cotidiano deles nos levando à

¹⁷ Cultura popular que expressa as idéias através da arte, desenvolvendo estratégias de comunicação com o propósito de difundir uma mensagem de conscientização e afirmação das populações pobres. (MASSING, 2011)

constatação que este poderia ser uma ferramenta para potencializar a nossa intervenção.

4.3 Hip hop: o nó(s) da rede que produz saúde (políticas públicas para as periferias)



Quadrilha periférica pode representar pra maioria da sociedade uma gangue, um bando de marginais, pode representar uma turma dentro de um presídio, de um bairro, mas hoje o hip hop já tá usando esse termo de crio de turma como empreendedorismo da periferia ... que vem representar as periferias as quebradas, ainda de forma minúscula

Fig.12. Hip Hop

As falas dos usuários nos auxiliavam no reconhecimento do campo e na definição dos caminhos a serem percorridos, eram como setas que nos apontavam a direção, não a nossa de técnicos, com um suposto saber, mas, o caminho da realidade nua e crua deles que nos causava perturbação e nos colocava em outros lugares possíveis de produzir diferença em nós mesmos, na nossa intervenção e na realidade social, o que vai delineando uma clínica-política. Os encontros produzidos abriam caminho para o inédito, e, assim, a pesquisa tornava-se também reinvenção do cuidado, imprimindo outra gramática para o cuidado de pessoas que usam drogas.

Nesse ínterim, através de amigo jornalista, conheci o grupo de *Hip Hop* Poetas Divila¹⁸. Em nosso primeiro encontro, Chiquinho relata suas experiências com o *Hip Hop* e as transformações que vinha presenciando tanto em sua vida como na vida de jovens das comunidades, através deste dispositivo, que agora se apresentava pra nós como uma possibilidade de maior aproximação com os jovens do Mariani e de potencialização da vida através da arte. Em uma de suas falas ele relata: *Como a gente era da vila, nos identificamos com a atividade do hip hop que injetou autoestima na gente.*

Massing (2011) refere que a cultura de rua é uma forma de autoafirmação das classes populares e de problematizar as condições de vida das periferias através de arte e cultura.

¹⁸ Grupo de *Hip Hop* liderado por Chiquinho, morador do Bairro Beltrão de Queiroz, mais conhecido como a Vila do Cemitério, um dos primeiros pontos de drogas da cidade. Iniciaram sua trajetória no *hip hop*, quando, em 1997, com o Paulista (ex-membro do Grupo Poetas Divila) que trouxe de São Paulo os primeiros CD's de rap para Caxias.

A partir disso, considera-se que o hip hop utiliza os seus elementos como instrumentos de construção de identidade através da arte e da cultura, fortalecendo a autoestima e dando representação e visibilidade aos jovens para que possam desenvolver seu papel enquanto atores sociais. (ibid p. 15)

O que mais nos chama a atenção, enquanto ele nos fala sobre os elementos¹⁹ do *hip hop*, é quando ele diz que “o *hip hop* é considerado quatro P’s: Políticas Públicas Para as Periferias”, se referindo aqui ao quinto elemento²⁰ do *HipHop*.



Fig. 13: Basquete

a bola de basquete pode representar a aproximação com a galera, o esporte é muito importante...uma questão de saúde também...eu passei minha adolescência fazendo racha de basquete muitas vezes na esquina mesmo, a polícia parando, levando a nossa bola, pois era um local de muita movimentação de carro, mas era o local que a gente tinha porque o poder público não nos proporcionava outros espaços, muitas vezes a opção da galera

Isso se aproximava muito do nosso propósito de intervenção, pois apontavam para os caminhos tecidos pelos usuários de drogas em seu território nos permitindo detectar e analisar quais os ‘nós’ (rituais, estratégias, serviços, afetos...) da rede produzem saúde e apontam uma clínica possível pautada no cuidado, vínculo e afeto.

Massing (2011, p.20) afirma que a prática discursiva, presente no *hip hop*,

passa a ser uma voz do excluído, tornando os rappers em porta vozes da periferia, servindo de referência para novos adeptos do movimento, tornando o movimento hip hop mais político a partir de reivindicações principalmente de políticas públicas para os jovens e toda a periferia, onde o acesso do Estado ainda era precário.

¹⁹ O *hip hop* é composto por três segmentos e quatro elementos. Os segmentos são: o *break* (dança), o *rap* (música) e o *graffiti* (desenho); e os elementos são: o MC (Mestre de Cerimônia, que faz o canto falado); o DJ, que é o *disc-jockey*, isto é, aquele que controla o vinil nos toca-discos e domina a técnica do *scratch* (arranhar o disco para produzir um efeito sonoro); os *B.boy* ou *B.girl*, que são os que dançam; e os *graffiteiros*, os responsáveis pela técnica da pintura, especialmente com *spray*, em muros da cidade. (Ferreira, 2005).

²⁰ O quinto elemento – Conhecimento e Sabedoria – consiste na atividade educativa das posses, entendida aqui como forma de conscientizar os militantes do movimento. Trata-se de um elemento de fundamental importância, pois a busca por conhecimento, informação e embasamento deve ter fundamentos na cultura. O conhecimento é reconhecido como forma de garantir a responsabilidade de seus integrantes em produzir e compartilhar conhecimentos através da cultura popular. (MASSING, 2011),

Para eles, a linguagem do *hip hop* é a linguagem das periferias. Quando falam “mano” ou “mina” e outras expressões próprias, os seus companheiros entendem o que eles estão dizendo, e é isto que possibilita o vínculo. Isto me fazia pensar o quanto precisamos sair do nosso lugar de especialistas para buscar, no saber deles, os caminhos possíveis para uma intervenção potente e resolutive.

Em outro relato de Chiquinho, o qual, em um Centro Educativo, realizou uma atividade, uma criança contou que o irmão era usuário de crack, e a monitora, então, comentou espantada que não sabia disto, porque a criança nunca havia falado nada, referindo-se aqui o quanto o *hip hop* é um dispositivo importante para a vinculação. O relato de Chiquinho confirmava o quanto a dor e o sofrimento podem desencadear processos de produção de saúde, pela “transvaloração”, como acredita Nietzsche. O *hip hop* aqui passa a ser uma possibilidade de produção de vida e saúde no território, eis que é algo que diz da vida e realidade deles, é expressão do vivido, do cotidiano, do trágico, que por isso mesmo pode ser potência de vida também. Reafirma para nós o quanto os processos coletivos são capazes de produzir diferenças em uma sociedade capturada pelo individualismo e a competição, tendo a solidariedade como uma arma que pode vencer uma guerra que, por vezes, se mostra tão desigual. Conforme Coimbra²¹,

é, na micropolítica, nos pequenos espaços cotidianos que são invisibilizados, que podemos produzir resistência e afirmar outros modos de estar no mundo [...], é na micropolítica que acontecem as pequenas revoluções moleculares.

No que concerne à polícia, Chiquinho relata que *a polícia não entra na comunidade pra proteger, entra pra buscar. Polícia é perigo! Então? Quem protege a periferia? As políticas públicas têm que estar dentro das comunidades.*

Para compreender melhor essa fala de Chiquinho, trazemos aqui um comentário dele que caracteriza muito bem o que ele nos traz, quando se refere à polícia e à falta de proteção para as populações mais vulneráveis:

Tava chegando na vila, vinha da faculdade à noite e, ao invés de ir pra casa, resolvi passar na esquina pra dar um oi pra galera que tava reunida na esquina. Logo em seguida, parou a polícia, mandou todo mundo se encostar na parede, perguntando pra uma mulher que estava dentro do carro: é esse? Tocando um a um dos guri que ali estavam. Até que tocaram em mim, e a mulher disse que era eu mesmo. O que tinha acontecido é que a mulher tinha sido assaltada por um jovem, descendo a

²¹ Entrevista concedida pela professora Cecília Coimbra, coordenadora do Grupo Tortura Nunca Mais a TV PSTU sobre a crise da violência no Rio de Janeiro e as ocupações militares da Vila Cruzeiro e do Complexo do Alemão. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=Qm22jSc9EHA>. Consultado em 23/11/2011

Visconde, ele vestia uma blusa com capuz parecido com a que eu vestia. Eles me levaram no carro da policia e, enquanto íamos pra delegacia, tentando manter a calma, perguntei pra mulher se ela tinha certeza que era eu mesmo, pedindo que olhasse bem pra mim. Foi quando a mulher disse que não tinha certeza, e a polícia me levou de volta. Tempos depois, conversando com uma galera da vila, um dos guris contou que tinha sido ele e sempre referia que o Chiquinho, eu, tinha livrado ele dessa.

Mais uma vez aqui nos deparamos com uma ética do cuidado presente entre eles. Ao se referir ao fato, ele não fala com ressentimento do jovem que assaltou a mulher, mas sabe fazer uma leitura da realidade que eles vivem e para, além disso, pensa que acima do infrator, está um sujeito morador do bairro que se coloca em situações complicadas pelo uso da droga. Não toma isso de forma acusatória, mas de forma a fazer uma leitura da realidade de tantos jovens da periferia.

Nossa primeira conversa com Chiquinho e os Poetas Divila aponta um novo caminho para a intervenção que vem dar uma virada importante nesse trabalho, produzindo diferença e sentido. Ponderando as transformações que vão se dando no processo de pesquisa, Passos e Barros (2009, p.19) salientam que:

o trabalho da análise vai modificando o campo, seguindo esta direção: da formulação de uma encomenda à definição de uma demanda de análise. Quem encomenda um trabalho de análise institucional não é necessariamente quem enuncia essa demanda. O trabalho vai modulando o campo de intervenção onde todos estão incluídos (quem encomenda, quem demanda, quem o analisa).

A nossa conversa com eles nos possibilita reorganizar a nossa intervenção repensando a utilização da fotografia como ferramenta, pois os fatos já nos indicavam que a oficina de *Pin-Hole* não se mostrava possível. Vínhamos pensando em utilizar máquinas fotográficas descartáveis, mas não sabíamos como garantir a adesão dos usuários à proposta. Conversando com Chiquinho foi que decidimos então, utilizar as fotografias para pensar um roteiro de um *rap* que poderia ser gravado. Retomamos aqui a idéia do vídeo, mas precisava saber se eles topariam.

4.4 A fotografia: democratizando experiências traduzidas em imagens

Nossos encontros agora contavam com a participação do Poetas Divila, que passavam a ser também protagonistas nesse processo, ajudando no campo, e a fotografia passa a ser a ferramenta que auxilia na produção de um *rap*.

Marcamos uma roda de conversa com o Grupo Poetas e, nesse dia, apareceram vários jovens. O *hip hop* era uma espécie de chamariz e, naquele momento, se confirmava o quanto o

dispositivo do *hip hop* era potente e agregava a juventude. A ideia foi retomar a proposta da intervenção, tendo como apoio o dispositivo do *hip hop* para aproximação e vínculo.

Distribuímos entre eles cinco máquinas fotográficas descartáveis, para que pudessem fotografar os espaços na comunidade, entendido como espaços de produção de saúde, reforçando o que já havia sido dito anteriormente deste conceito, percebido como o lugar do encontro, da valorização da vida, da autonomia e protagonismo, da alegria, da esperança, etc. Conforme Galli et al. (2011):

Imagens a serviço de uma imagem do pensamento, extraindo-lhe as banalidades cotidianas, traçando linhas de fuga ao empírico, ao invés de decalcá-lo, fazendo discordar, elevando o que se passa no ordinário das vidas a um estrangeiro extraordinário. Imagem para estranhar, para viajar, para elevar a existência a um exercício superior, transcendental. Imagem a serviço de uma disjunção, de uma abertura entre ver e falar que, ao acolher o movimento do mundo, espreeita suas virtualidades para dar-lhes existência, para operar diferença.

Como é possível perceber, a fotografia aqui passa a ser uma tecnologia para tornar visível as invisibilidades, traz imagens da realidade, do cotidiano da periferia e, com elas, possibilidades que estão para além dos limites de suas vidas presentes, a possibilidade criativa, a reinvenção do cotidiano, a produção de vida, de saúde.

Segundo Tittoni (2009, p. 8), “a fotografia traz para a produção acadêmica a possibilidade de outros olhares e de diferentes pontos de vista. Trata-se de compreender que respostas as pessoas constroem para garantir a sua vida, para sobreviver? Que redes elas buscam e tecem para o cuidado de si? E isto está no território do vivido, dialogando com o modo de vida dessas pessoas, ora produzindo saúde, ora produzindo doença.

O lugar, para produzir o conhecimento sobre o uso de drogas e pensar estratégias de intervenção, não está nos lugares de tratamento ou nos centros de pesquisa, mas está onde as pessoas vivem, moram e usam drogas.

Na semana seguinte propusemos uma roda de conversa, agora com as fotografias já reveladas. Eles escolheram as imagens e foram expressando o que entendiam, então, como espaços de produção de saúde. Foi um dos momentos mais marcantes durante todo o processo de intervenção, pois conforme já vínhamos percebendo nossos encontros passavam a ser espaço de trocas, onde eles podiam se colocar, falar das suas vidas, do que eles experimentavam cotidianamente na relação com a droga e que nos apontava novos caminhos. Esse momento vinha ao encontro do nosso objetivo que era identificar quais são os possíveis espaços de produção de saúde a serem encontrados no cotidiano do território dos usuários de drogas. Pois para além do uso de drogas as imagens se apresentavam como espaços de

convivência, de lazer, de trocas afetivas, que traduzem a realidade daquela comunidade.



Fig.14: Momentos com a comunidade²²



Fig.15: Quadra de Esporte

aqui são os poucos momentos que a gente tem na comunidade que a galera tá unida que a galera pode se reunir e praticar um esporte

As fotos escolhidas pelos sujeitos da pesquisa para falar de saúde/vida e os comentários correspondentes foram distribuídas ao longo desse trabalho, de forma a irem compondo o mapa de nossa intervenção, dando sentido ao percurso de construção de uma proposta que aponta para uma Clínica do Possível, pautadas na diretriz da RD e da PNH.

A produção do conhecimento, através de uma intervenção que tem como base a fotografia, pensa a escrita como meta-código da imagem, na perspectiva de Flusser (1985). Brincando com as palavras, podemos dizer que, se meta é objetivo, e código é sistema de signos, ordenado por regras, e que signo é o fenômeno, cuja meta é outro fenômeno, dá para ponderar que a produção textual (escrita), feita a partir das imagens, poderá traduzir o que existe por trás desse fenômeno “drogas”, e que significado pode ter o uso de drogas, ou ainda que regras organizam o cotidiano desses usuários, determinando que espaços que podem produzir saúde ou doença.

Faz-se indispensável uma maior tolerância com as diferenças, uma maior compreensão de que nem tudo que se desconhece ou que majoritariamente se rejeita é necessariamente mau, uma maior percepção de que eventuais adições – não só as drogas – são fatos da vida que devem ser enfrentados com soluções nascidas da convivência, da solidariedade e da aproximação ao conflito. (CRUZ, 2005, p.163)

Utilizar a fotografia como um dispositivo de intervenção e aproximação, aliada ao *Hip Hop* foi o meio privilegiado que encontramos para que essas pessoas pudessem expressar seus vínculos e, com eles, produzir novos vínculos que pudessem ser produtores de saúde. Sontag

²² Aqui a figura se repete porque é utilizada por outro usuário ao fazer a sua fala, referindo-se ao jogo de sinuca como momento de encontro com a comunidade.

(2004) refere que a fotografia é uma forma de participação e tornou-se um meio de experimentar algo. Enquanto os outros são “espectadores”, quem tem a câmara na mão se transforma em alguém ativo, uma espécie de *voyer*, que domina a situação. Não importa quem são essas pessoas, mas fotografar é algo que dá valor a um evento, transforma o banal em algo digno de ser visto e de ser fotografado.

A fotografia aqui abria a possibilidade de ampliar o nosso olhar sobre o campo, permitindo adentrar neste de outra forma. Nessas horas, é preciso apropriar-se daquilo que a tecnologia nos oferece, conforme refere Sontag (2004), quando diz que a subsequente industrialização da tecnologia da câmera cumpre a promessa inerente à fotografia que é **democratizar as experiências, traduzindo-as em imagens.** (grifo nosso)



Fig. 16: Parceiro preso

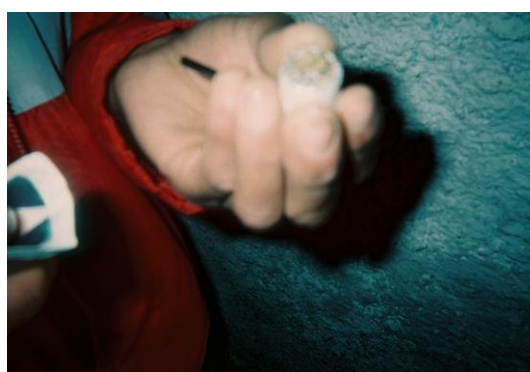


Fig. 17: vítima do crack

essa foto deve ter sido batida há umas três semanas e mostra um parceiro nosso que foi preso ontem ...ele é vítima daquilo ali né?

Foi possível perceber que, após a revelação das fotos, alguns jovens passaram a frequentar mais as rodas de conversas. Apareciam apenas para ver as fotos e acabavam ficando parados nas rodas. Alguns passaram a se envolver na proposta, assumindo aquele espaço criado a partir da intervenção, como o “lugar do encontro”. Faziam questão de levar as suas fotos para suas casas, alguns vinham só para pegá-las. Conforme salienta Sontag (2004, p.27), “todos esses usos talismânicos das fotos exprimem uma sensação sentimental e um sentimento implicitamente mágico: são tentativas de contatar ou de pleitear outra realidade”.

As rodas de conversa, a partir das fotografias, abriam espaços para se pensar a relação estabelecidas com as drogas, sem precisar impor abstinência a ninguém, o que acabava trazendo à cena relatos de uso, dores e sofrimentos, vivenciados pelos jovens e familiares, fazendo-os repensar a própria vida. Nesse sentido, Berger (1999) afirma que só vemos aquilo

que olhamos, tratando-se de uma escolha e, como resultado desta escolha, o que vemos é trazido para o âmbito do nosso alcance.

Assim, as rodas de conversas emergiam como oportunidade de uma intervenção, oferecendo àquelas pessoas informações que poderiam ajudá-los em seu cotidiano. Estabelecia-se ali um espaço terapêutico no sentido de cuidado de si e do coletivo e pedagógico, no sentido de aprendizagem, onde nós aprendíamos com eles sobre a vida, o uso de drogas e a relação que se estabelece com ela, e ensinávamos acerca do uso de drogas, redução de danos, cuidados em saúde e organização social. Um espaço produzido ali que abre fendas entre a realidade vivida e o que aqueles momentos podem representar, como propõem Galli et al (2011, p.81).

Nesta fenda, entre a ação e a reação, dá-se um ver ativo, um ver em atividade problematizante do que é visto e pensado, o que impede a imagem de se prolongar em ação e de ver-se capturada em clichês. Nela os sentidos põem-se em relação direta com o tempo, tornando-os, tempo e pensamento, visíveis e sonoros. Vê-se e ouve-se o tempo pensando-se nele, vendo-se o (in)visível, e pensar o (im)pensado. Não se trata de ver e de pensar o que já estava lá e do que não se tinha consciência. Invisível e impensado aqui, remete-se ao ainda não criado aos olhos e no pensamento, a algo da ordem das virtualidades, das forças da imagem que aguardam por novos

Antes de passar à análise de outro dispositivo utilizado na pesquisa para pensar os espaços de saúde na perspectiva dos usuários de drogas, não poderia deixar de relatar que os encontros seguem acontecendo semanalmente. O grupo participante tem sido freqüente aos sábados a tarde, e dos 18 participantes iniciais 9 persistem, às vezes com maior ou menor assiduidade. Porém sempre tem algum membro novo que chega sorrateiramente, dá uma espiada e vai embora, outros vem esporadicamente. Eles já gravaram um *rap* que é produto dessa roda de conversa e daquilo que eles elegeram como espaços de produção de saúde e estão organizando um evento de *hip hop* no bairro para maio deste ano, o qual foi denominado por eles “Mariani em Ação II: agora por nós mesmos”²³. Nesse evento, pretendem apresentar um vídeo que eles estão produzindo sobre a temática das drogas, inspirados no início desse projeto, quando o jovem desejava realizar um vídeo sobre a sua vida de drogadição. Atualmente estão se reunindo para pensar a produção do vídeo.

Outro episódio interessante nesse percurso é o da *Andorinha* uma usuária de crack que veio algumas vezes para os grupos, mas nunca foi freqüentadora assídua. Outro dia a agente

²³ Este nome faz alusão a uma das nossas conversas onde falávamos sobre filmes e alguém comentou sobre esse filme que é uma reedição de um filme americano, numa versão brasileira produzido pelos moradores de uma favela do Rio de Janeiro.

comunitária de saúde Ranulfa nos relatou que ao encontrar-se com ela em uma festa do bairro a mesma, em estado de embriaguez, passou a contar das dificuldades que tem enfrentado em casa com a família. Ranulfa ouviu atentamente, depois disse que quando ela quisesse conversar que a procurasse em sua casa. Andorinha ficou surpresa e insistia em perguntar várias vezes: *Mas eu posso ir mesmo na tua casa? Você não vai se importar?* Essa fala da usuária nos faz pensar o quanto uma escuta diferenciada sem apontamentos moralistas à priori produz afecções, e vínculo. São esses relatos que nos fazem acreditar nessa aposta e nas possibilidades que advém dela.

Lembra-nos Lancetti (2007) que a experiência artística convivendo com as diferentes clínicas (psiquiátrica, psicanalista, grupalista e institucionalista) praticadas na rede de saúde gera uma tensão de paradigmas na metodologia de trabalho e no modo de entender a experiência. As trocas oportunizadas entre os técnicos da equipe tornam-se um aprendizado e formação em serviço, superando a lógica dicotômica, também presentes entre os diferentes profissionais de saúde, que muitas vezes seguem na mesma lógica da competição estabelecidas pelos dois paradigmas que permeiam a política de drogas.

Esse estado instituinte favoreceu a formação de equipes onde o agente comunitário de saúde não se transformou num subordinado do médico. Quanto ensinamos e quanto aprendemos com agentes comunitários de saúde! (ibid, p.92)

Outro relato que nos aponta uma Clínica do Possível, conforme a concebemos é que nesse meio tempo, alguns jovens que vêm participando das atividades já procuraram ajuda, foram encaminhados para o CAPS, outros, em conversas informais com a Ranulfa, acabaram revelando que estão fazendo uso de cocaína e pedem ajuda. Outros ainda relataram em encontros informais nas idas ao bairro que estão conseguindo diminuir o uso do crack substituindo por maconha.

Isso corrobora o que diferentes literaturas têm demonstrado, e que a própria RD aponta, ou seja, que a voluntariedade, na busca de ajuda para sair da droga, é condição *sine qua non* para o êxito no tratamento. A imposição de tratamento ou abstinência não é garantia de eficácia na intervenção, contudo, ao contrário, a responsabilização do usuário pelas suas escolhas e pelo seu tratamento tem resultados muito mais efetivos, caracterizando a dimensão política da clínica. A possibilidade construída coletivamente de fazer algo que rompa com o circuito do vício de abstinência forçada – recaída – reclusão – recaída ... muitas vezes torna-se, também, um sentido pra vida do usuário, produzindo um desvio na sua história e no seu entorno.

Cruz (2005) refere que os espaços terapêuticos permitem ao indivíduo ultrapassar impasses existenciais, superando as repetições inconscientes de comportamentos que impedem o desenvolvimento de sua maturidade e autonomia, permitindo que ele amplie seu repertório de habilidades de enfrentamentos das vicissitudes cotidianas.

Quando pensamos a nossa intervenção pautada pela diretriz da RD e do cuidado humanizado, que tem como meta não um mundo sem drogas, mas a realidade como ela é – tomando a vida em sua dimensão trágica –, detectamos que a nossa intervenção aponta caminhos possíveis que possam dar conta dessa realidade, numa perspectiva de construção coletiva e protagonismo cidadão. Mesmo sendo esse um processo demorado permeado por idas e vindas, o espaço terapêutico que se origina dessa intervenção pode oferecer suporte para os usuários sustentando o desejo de mudança. Mais uma vez, a realidade estudada aponta o que Marlat (1999) diz, que a abstinência não é incompatível com a redução de danos. A diferença basilar aqui é qual a direção que aponta a nossa abordagem, para uma clínica ampliada, porque se constrói a partir do possível e não da imposição, colocando o usuário como sujeito de seu próprio processo histórico, e isso faz toda a diferença.

POR UMA CLÍNICA POLÍTICA PARA ALÉM DO RESENTIMENTO

*Eu só peço a Deus²⁴
Que a dor não me seja indiferente
Que a morte não me encontre um dia
Solitário sem ter feito o que eu queria (Refrão)*

*Na mídia elogios para minha cidade. Verdade?
Desigualdade diminuiu nas comunidades! Que mentira.
Será, história pra boy dormir? (sensacionalismo)
Um dia a paz por aqui há de existir.
Eu só peço a Deus que livrem os nossos filhos
Kryptonita veio para dizimar
Moleque na nóia 24h por dia
Solidão é a sua companhia
Na selva dos zumbis quem se destaca?
Holoforte, um isqueiro e uma lata
Cenário é de terror e ele é protagonista
Políticas Públicas para as periferias, um futuro melhor.
É isso que eu queria, Eu só peço a Deus Sabedoria
E que proteja as crianças da periferia
Eu sou do hip, sou do hip hop
Quebrando paradigmas, é o rap que transforma.
E ele é artístico e social, É pedagógico, fundamental.
Ele dá a letra, aponta alternativa.
Incansavelmente é cidadania
Cultura, educação, livros escolas, informação
Uma quadra, pra rachar uma bola
E porque não aulas de informática
Uma professora para reforçar a gramática
Aulas de dança pra terceira idade
Sim, É no salão da comunidade.
Cultura na periferia pode crer
O gaúcho e a prenda, no CTG
Quartas e sextas têm aula de teatro.
Artes Cênicas, se tá ligado??
O hip hop tem muito pra ensinar
Grafitar, dançar, cantar, riscar, estudar.
Como eu queria que isso tudo fosse real
Em todas as periferias, normal
Difundir a paz e a alegria
Sem treta, sem droga na companhia
De bons e sinceros amigos
A professora, a vizinha, o tiozinho e o mendigo.
Mas será que estou pedindo demais
Nos becos das periferias eu Peço A Paz.
Eu peço a Deus que ilumine a nossa caminhada
Irmão que acorda cedo, enfrenta a batalha
Seja bem vindo a nova era da Favela
Com batida injetada em sintonia, Deus na Terra
Sem via satélite, só com o coração
Rap Nacional é o que corre no meu sangue*

²⁴ Letra do rap produzido pelos usuários após a realização da oficina com as fotografias tiradas por eles. O objetivo da oficina era mostrar quais os espaços de produção de saúde presentes no território, a partir do olhar deles.

*A paz está distante mas eu prossigo no Mariani
De toda essa gente que depende do salário
Na missão com os verdadeiros, distante dos otários
Pra minha família saúde e muito amor, Mesmo na dificuldade, resistindo a dor
Rancor jamais, Deus é minha vida
Você tem que vê, sobreviver aqui,
Cada estrada que eu possa prosseguir não posso desistir*

No percurso deste trabalho muitas indagações se originaram, muitos acordes soaram provocando diferentes sons e diferentes tons para se pensar a política sobre drogas, bem como as minhas implicações nesse trajeto de sair de um espaço de militante da saúde mental para me tornar uma pesquisadora sobre a temática das drogas. *O hip hop tem muito pra ensinar Grafitar, dançar, cantar, riscar, estudar ...*

Por isso, falar em considerações finais é falar de um novo começo, de continuidade de um caminho, porém agora abastecida de “outras palavras e diferentes olhares sobre o cuidado de pessoas que usam drogas”²⁵, proposta que deu origem a este trabalho de pesquisa. Vale aqui ressaltar que no momento de fechamento desse percurso de pesquisa os encontros desencadeados por ela seguem acontecendo e poder seguir participando e acompanhando os percursos de vida que cada usuário segue traçando é constatar que a aposta feita nessa pesquisa-intervenção afirmou em sua própria tecitura uma Clínica do Possível com pessoas que usam drogas. São eles mesmos que avalizam a continuidade e nos chamam a seguir compondo. *Cada estrada que eu possa prosseguir não posso desistir, Em todas as periferias, normal Difundir a paz e a alegria...*

A polarização largamente marcada ao longo deste estudo tem impedido um debate mais aprofundado, que dê conta da complexidade da questão. É uma postura que impede o diálogo que possa considerar o entorno da questão “droga” e “possíveis caminhos”, alternativas para enfrentamento do problema, repetindo, com isto, a lógica excludente e segregadora, tão presente nos modos de tratar o problema. Nos vemos atravessados por preconceitos e valores intensamente instituídos e por isso a necessidade de realizarmos uma faxina cognitiva, na tentativa de uma nova aproximação ao problema da droga.(PASSOS; BENEVIDES, 2010).

²⁵ Nome dado ao processo que emergiu da inquietação de trabalhadores vinculados à Comissão de Políticas Públicas do Conselho Regional de Psicologia do RS – CRPRS- gestão 2007 -2010, que atravessados pelas questões relativas ao cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas, propuseram um debate a nível estadual que deu origem ao livro com o mesmo título, bem como o projeto inicial de ingresso no mestrado.

Na mídia elogios para minha cidade. Verdade? Desigualdade diminuiu nas comunidades! Que mentira. Será, história pra boy dormir? (sensacionalismo)

A Comissão Latino Americana sobre Drogas e Democracia (s/d) aponta que o problema das drogas seja debatido amplamente, através das discussões (debates, estudos, pesquisas) por se entender que ele afeta a sociedade e cria ambientes de criminalidade que desconhecem limites nacionais. Torna-se imperativo, portanto, que sejam criados novos fóruns de debate em cada país e em nível regional, possibilitando a divulgação de experiências locais, a interação de experiências internacionais na busca de soluções conjuntas para a problemática. *A paz está distante mas eu prossigo no Mariani De toda essa gente que depende do salário, Na missão com os verdadeiros, distante dos otários*

É provável que, ao indagar a questão nesta perspectiva de aproximação das duas correntes, com prioridade em ações contrárias à culpabilização dos sujeitos, possamos avançar em uma proposta que faça das brechas e rupturas possibilidades de passagem para o novo. Para isso, é preciso colocar o sujeito no centro do processo de cuidado, como alguém que não é apenas um drogado, mas também um sujeito com história, desejos, frustrações, bem como possibilidades reinventivas. *Eu sou do hip, sou do hip hop. Quebrando paradigmas, é o rap que transforma. E ele é artístico e social, É pedagógico, fundamental.*

Em uma sociedade de consumo, em que a ordem estabelecida caminha pelas vias do consumo, o que mais se produz são, como afirma Bauman (2001) relações liquefeitas. As transformações sociais aceleradas cunham como questão central a dissolução dos laços afetivos e sociais, apresentando como resultado um tempo de desapego e provisoriade, com uma suposta sensação de liberdade e ideário de felicidade que encontra na disseminação das drogas ilícitas, tendo o crack como emblema, a síntese dos indivíduos moderno-líquidos. *Kryptonita, veio para dizimar. Moleque na nóia 24h por dia. Solidão é a sua companhia. Na selva dos zumbis quem se destaca? Holoforte, um isqueiro e uma lata. Cenário é de terror e ele é protagonista.*

Como consequência disso, o que se apresenta na esfera social são situações de exclusão e segregação de toda a ordem, como analisador de uma sociedade em crise.

Segundo Passos (2010, p.11):

[...] crise não só dessas subjetividades atormentadas pelo sofrimento psíquico, mas também crise de novos valores; crise da forma como a cidade se organiza, considerando a natural exclusão dos estranhos e diferentes; crise das instituições, em especial, as instituições da droga e da loucura elas mesmas.

Considerando os aspectos acima citados que permeiam a questão, destacamos e concordamos que o uso problemático de drogas é um desafio para a saúde pública e que precisa ser tratado de forma rigorosa, levando em consideração toda a complexidade que o envolve para fazer frente à lógica criminalizante e violenta que insiste em reduzir o problema a uma questão de segurança nacional.

Por isso, defendemos uma política pública que tenha como pressupostos os princípios e diretrizes do SUS garantindo acesso universal, integralidade e equidade, oferecendo cuidado a todos que precisam, levando em conta a singularidade de cada caso. Para tanto, se faz necessária uma gestão descentralizada, com ações integradas intersetorialmente, conforme apontou da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (2011). Tais ações devem estar comprometidas com a produção de saúde, o cuidado no território e a participação da comunidade.

Cultura, educação, livros escolas, informação Uma quadra, pra rachar uma bola E porque não aulas de informática Uma professora para reforçar a gramática Aulas de dança pra terceira idade Sim, É no salão da comunidade. Cultura na periferia pode crer O gaúcho e a prenda, no CTG Quartas e sextas têm aula de teatro. Políticas Públicas para as periferias, um futuro melhor. É isso que eu queria, Eu só peço a Deus Sabedoria E que proteja as crianças da periferia ...

Entrar nesse cenário de crise, na tragicidade do cenário da pesquisa que é a tragédia de nosso cotidiano, entender o lugar que a droga ocupa em nossas vidas, na vida de cada usuário em particular, auxiliá-los na compreensão de sua própria existência, encontrar um sentido para ela, é encontrar também outro sentido para o cuidado em saúde. Este é o exercício que nos possibilita também encontrar sentido/sentindo com eles, entendendo a realidade cotidiana que nos desloca e nos convoca à superação de uma clínica e uma política ressentidas para apostar na clínica que produz desvio e transforma, (desen)forma e propõe novas formas. *Irmão que acorda cedo, enfrenta a batalha. Você tem que vê, sobreviver aqui Mesmo na dificuldade, resistindo a dor, Sem via satélite, só com o coração...*

Nesse sentido, habitar a experiência do cuidado na perspectiva do sujeito e não da doença; que considera a vida do sujeito e seu contexto, nos ensina que a produção de vida e de saúde acontece no território do vivido, da experimentação para poder produzir outras possibilidades de existência, onde a arte emerge com especial destaque. Isso se apresenta para nós como dado de pesquisa relevante, que confirma a eficácia de uma intervenção pautada pelos princípios e diretrizes da Redução de Danos e da PNH. Amplia a clínica através do alargamento da nossa visão sobre a realidade, supera a lógica do sintoma e nos ensina que

saúde é vida, é (re)criação. É protagonismo cidadão e por isso é uma clínica-política. *Eu sou do hip, sou do hip hop. Ele dá a letra, aponta alternativa. Incansavelmente é cidadania. Artes Cênicas, se tá ligado??*

A superação da dicotomia presente nesse campo deverá considerar que a Redução de Danos, tomada aqui como diretriz, permite e até demanda possibilidade de diálogo com os dois paradigmas, pois entendemos que a RD não é incompatível com a abstinência, conforme refere Marlat (1999). Nessa perspectiva todos os caminhos são possíveis, trata-se de uma clínica centrada no sujeito, que passa a ser co-responsável pelo cuidado de si. Atestamos pela intervenção, os movimentos e metamorfoses que se davam nesse plano comum de experimentação de relações que se produziram por encontros, afecções e construção coletiva.

Trata-se do método clínico que nos aponta a direção (*hódos-meta*), que tanto pode ser para a abstinência como a redução dos danos à saúde e/ou sociais, conforme a escolha do sujeito. Não se trata de uma ação sem direção, mas de uma ação protagonizada pelo próprio usuário que aponta para a saúde entendida aqui como arte de criar e afirmar novos modos de estar no mundo. *O hip hop tem muito pra ensinar. Grafitar, dançar, cantar, riscar, estudar. Como eu queria que isso tudo fosse real. Em todas as periferias, normal. Difundir a paz e a alegria*

Por isso, tomar a RD como conteúdo de um trabalho de pesquisa na perspectiva do pensamento da diferença implica, também, trilhar caminhos e buscar resultados que sejam ritmados por acordos para compor os necessários acordos que a saúde de cada sujeito demanda.

Daí entende-se por que a RD – que, não por acaso, teve inicialmente nos Planos Terapêuticos Singulares sua estratégia inaugural –, convoca um *ethos* da pesquisa que implica toda uma inclinação teórica, junto aos pensadores da diferença (aqui mais fortemente apresentados pela filosofia nietzscheana) e, com ela, nos reposiciona na atitude clínico-política.

Como assinalado por Eduardo Passos (2011) ao comentar o projeto que deu origem a esta dissertação, a RD apresenta-se como um campo problemático ainda necessário e pertinente à pesquisa, pois não foram suficientes todos os esforços de identificar aí mais do que um importante dispositivo da atenção psicossocial, mas, também, e, sobretudo, uma diretriz para a clínica que evidencia sua inevitável inseparabilidade da política.

Durante o nosso percurso, nos momentos em que os usuários não apareciam, ou nos evitavam, tudo era motivo para nos questionarmos: o que estamos (re)produzindo? Que saúde é essa que acreditamos ou defendemos? Creio que era esse desafio posto que nos fazia

insistir, persistir, resistir e não desistir. No decorrer do processo as linhas que se apresentavam tecendo essa cartografia transformavam a nossa experimentação, desestabilizando-nos, colocando-nos num “não lugar” para dar lugar ao protagonismo dos usuários tão bem expresso, entre outros momentos, na letra do rap. *Pra minha família saúde e muito amor. Seja bem vindo a nova era da Favela. Com batida injetada em sintonia, Deus na Terra...*

Foi ali, às vezes literalmente no “olho da rua” quando não tivemos abrigo na Associação de Moradores, que vimos a Clínica do Possível acontecer, uma clínica em constante modificação acontecendo na vida que se apresentava inteiramente trágica, sem maquiagens, com suas forças dionisíacas e apolíneas debatendo-se entre si na busca da superação.

Sim, É no salão da comunidade...

O rap emerge aparentemente como expressão ressentida, como resistência aos padrões impostos por uma sociedade egoísta e competitiva, que produz sujeitos reativos à impossibilidade de garantia de direitos, e pelas mazelas originadas das desigualdades sociais. Mas é Kehl (2011) quem nos aponta que a igualdade é um ideal moderno que precisa ser conquistado, questionando as regras do jogo estabelecidos pelo projeto do capital, ao invés de ficar reproduzindo a mesma lógica individualista que faz concorrer com os membros de uma mesma classe social, agora visto como concorrentes.

À medida que a música permite a expressão ressentida ela também dá passagem ao novo, quando, pela via do processo de criação, se sentem capazes de protagonizar a própria história. É um grito de liberdade a favor da singularidade, do respeito à diferença que possibilita sair da atitude queixosa do ressentimento, colocando-os numa atitude ativa e de transformação. *Rancor jamais, Deus é minha vida. Rap Nacional é o que corre no meu sangue. Seja bem vindo a nova era da Favela. Com batida injetada em sintonia ...*

É preciso problematizar a política de drogas a partir da lógica capitalista refletida nas disputas por verdades absolutas, que nos capturam, fazendo-nos estabelecer modos de vida a partir de um projeto neoliberal que nos coloca em pé de guerra pela sobrevivência. Às vezes pela sobrevivência de uma verdade em detrimento da outra.

E a pergunta que aqui se impõe é: Que políticas do ressentimento estão impressas em nossa sociedade e fazem com que nos voltemos uns contra os outros?

Mesmo sem poder respondê-la por completo, penso que este estudo apontou saídas a uma política sobre drogas calcada no ressentimento, na medida em que, aproximando os princípios encontrados na Redução de Danos e Política Nacional de Humanização do SUS, faz uma aposta numa Clínica do Possível afirmada na potência de vida. Uma aposta que ao

ser cantada em versos nos faz acreditar que outra política sobre drogas é possível, construída a várias mãos, recheada por afetos originados do encontro com o outro, dos acordes e acordos, criando espaço para mais vida, através da arte e da reinvenção de si.

O hip hop tem muito pra ensinar. Grafitar, dançar, cantar, riscar, estudar. Como eu queria que isso tudo fosse real. Em todas as periferias, normal. Difundir a paz e a alegria. Sem treta, sem droga na companhia. De bons e sinceros amigos. A professora, a vizinha, o tiozinho e o mendigo. Mas será que estou pedindo demais?

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO Jr., J.O. de. **Ainda o Pinheirinho**, Folha de São Paulo – 09/02/2012 . Disponível em: <http://www.ecodebate.com.br/2012/02/10/ainda-o-pinheirinho-artigo-de-jose-osorio-de-azevedo-jr/> ,Consultado em 17/02/2012.
- BAPTISTA, M. N. CAMPOS, D. Corrêa de. **Metodologia de Pesquisa em Ciências: análises quantitativa e qualitativa**. Rio de Janeiro: LTC, 2007.
- BAUMAN, Z. (2001). *Modernidade Líquida*. Tradução: Plínio Dentzien, autorizada da edição inglesa publicada em 2000 por Polity Press, Oxford, Inglaterra. Jorge Zahar Editor, 2001.
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Diário Oficial da União, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de HUMANIZAÇÃO. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf. Consultado em 05/01/2012.
- _____. **Legislação e Políticas sobre Drogas**. Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010a.
- _____. Ministério da Saúde. ANVISA. **Resolução RDC nº 29 de 30 de Junho de 2010b**. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/105013-29.html?q=> . Consultado em 29/02/2012a.
- _____. Ministério da Saúde. Decreto 7.179 de 20 de Maio de 2010 . Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm . Consultado em 29/02/2012c.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011 . Disponível em: http://www.portalconass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=284:ci-n-476-publicada-pt-gm-n3088-que-institui-a-rede-de-atencao-psicossocial-para-pessoas-com-sofrimento-ou-transtorno-mental-e-com-necessidades-decorrentes-do-uso-de-crack-alcool-e-outras-drogas-no-ambito-do-sistema-unico-de-saude-&catid=6:conass-informa&Itemid=144 . Consultado em 29/02/2012b.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 14ª conferência Nacional de Saúde: todos Usam o SUS. SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro /Ministério da Saúde, conselho Nacional de Saúde. – Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2012. (Série c. Projetos, Programas e relatórios). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/relatorio/26_jan_relatorio_final_site.pdf. Consultado em 31/01/2012

BERGER, J. B., **Modo de Ver**, Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1999.

BITTENCOURT, R.N. **Nietzsche e o problema da fisiologia do ressentimento na moral religiosa**, ÍTACA, Revista de pós-graduação em filosofia IFCS- UFRJ, nº 14, 2009 - ISSN Eletrônico 1679-6799 ISSN impresso 1519-9002, Disponível em: <http://www.revistaitaca.org/versoes/vers14-09/109-134.pdf> . Consultado em 08/01/2012

BOEIRA, N. **Nietzsche**, 2ª ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.

BUENO, Silveira. 1898/1989. Minidicionário da Língua Portuguesa – 2 ed. São Paulo: FTD, 2007.

CAMPOS, G.W.S. **Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?** Interface, Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.17, p.398 - 406, mar/ago 2005.

CARLINI-COTRIM, B.; GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R.; PINSKY, I. **A mídia na fabricação do pânico de drogas: um estudo no Brasil**. Comunicação e Política , 1995, n.1, v.2, pp. 217-30.

CARLINI-COTRIM, B. () **Movimentos e discursos contra as drogas nas sociedades ocidentais contemporâneas**. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, 1995, n.17, v.3, pp.93-101

CARLINI-COTRIM, Beatriz. Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In: AQUINO, J. G. (Org.). **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1998. p. 19-30

CECÍLIO, L.C.de. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na atenção em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p. ISBN 85-89737-34-9.

CHAUÍ, M. DE S.; FERREZ, O.L. Nietzsche Vida e Obra. In: LEBRUN G.; **Obras Incompletas / Friedrich Nietzsche**. Tradução e notas de Rubens Rodrigues Torres Filho; – 4. Ed. – São Paulo: Nova Cultural, 1987.

COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA. **Drogas e Democracia: rumo a uma mudança de paradigma**. (s.d.), disponível em <http://www.drogasedemocracia.org>, consultado em 08/03/2010.

COIMBRA, C. **Sobre a crise de violência no Rio e Janeiro**. Disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=Qm22jSc9EHA>. Consultado em 23/11/2011

CRUZ, M., Práticas Médicas, Toxicomanias e a promoção do exercício da cidadania. In: ACSELRAD G., **Avessos do Prazer: drogas, Aids e direitos humanos**./Organizado por Gilberta Acselrad. 2.ed. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

CRUZ, M. Redução de Danos, Prevenção e Assistência, in: BRASIL, **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e lideranças comunitárias**. 2ª Ed. Brasília:

Presidência da República – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD – 2010.

DELMANTO JÚLIO, **Os respingos da razão entorpecida na esquerda**: A fetichização das “drogas” transita também na esquerda – e não serve aos interesses do povo oprimido pelo Estado Brasil de Fato, 2012 <http://brasildefato.com.br/comment/reply/8745#comment-form> . Consulta em 07/02/2012.

DESLANDES, S. F., O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanal intelectual, in: GOMES MINAYO, M.C.S. (Org.), R., **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

DIMENSTEIN, M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 24 (4): 112-117, 2004.

DUARTE, Paulina, entrevista concedida à Folha de São Paulo em 17/05/2011. Disponível em: http://www.uniad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=8748:falar-que-pais-vive-epidemia-de-crack-e-grande-bobagem-&catid=29:dependencia-quimica-noticias&Itemid=94. Consultado em 09/03/2012.

FIORE, M. **Uso de “drogas”**: controvérsias médicas e debate público/ Campinas: São Paulo, Ed. Mercado de Letras, 2006.

FLUSSER, V. **Filosofia da Caixa Preta: ensaios para uma futura filosofia da fotografia**, São Paulo: Editora Hucitec, 1985.

FOUCAULT, M. 1926-1984. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975) / tradução Eduardo Brandão. -São Paulo: Martins Fontes. 2001. - (Coleção tópicos).

FUGANTI, L. **Biopolítica e produção de saúde – um outro humanismo?** Texto elaborado a partir da conferência realizada durante o Seminário “A Humanização do SUS em debate”, realizado em Vitória, Espírito Santo, de 25 e 26 de Junho de 2008. Disponível em: <http://escolanomade.org/pensadores-textos-e-videos/fuganti-luiz/biopolitica-e-producao-de-saude-um-outro-humanismo> , Consultado em 24/02/2012.

GALLI, T.M., AMADOR, F.A., OLIVEIRA, A.M. Imagem e literalidade: o figural do mundo, In: ZANELLA, A.V., TITTONI, J., **Imagens no pesquisa: experimentações** – Porto Alegre: Ed. Dom Quixote, 2011.

GASPAR, F. L.;SOUZA, A.C. T. C. de; DUQUE, A. D.; BITTENCOURT, P. V. **Políticas de Drogas: novas práticas pelo mundo**. Comissão Brasileira sobre Drogas e Democracia (CBDD). Rio de Janeiro: Brasil: Comunica Design Gráfico, 2011. Disponível em: <http://www.bancodeinjusticas.org.br/wp-content/uploads/2011/11/Pol%C3%ADtica-de-drogas-novas-pr%C3%A1ticas-pelo-mundo.pdf>. Consultado em 10/03/2012

GIACÓIA, Jr. O. **Nietzsche como Psicólogo**, São Leopoldo: Editora UNISINOS, 2006.

GIACÓIA, Jr. O. **Sobre Saúde, Doença e Ressentimento** – Aula Inaugural do curso “Nietzsche como Psicólogo; 2ª edição, set/2002.

GONZALES R. El modelo argentino de comunidad terapêutica. Origen y actualidad. In:

TOUZÉ, D. G., Y GOLTZMAN, P.M., **Aportes para uma nueva política de drogas: V y VI Conferência Nacional sobre Políticas de Drogas, 1ª Ed.** – Buenos Aires: Intercambios Asociacion Civil de Ciências Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2010.

GUATTARI, F. (1930-1992). *Micropolítica: cartografias do desejo.*/ Felix Guattari, Suely Rolnik. – 9.ed. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2008

KARAM, M. L. *Legislação Brasileira sobre Drogas: história recente – a criminalização da diferença*, in: ACSELRAD G., **Avessos do Prazer: drogas, Aids e direitos humanos.**/Organizado por Gilberta Acselrad. 2.ed. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

KEHL, M. R., **Ressentimento.** 4ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

KERR T., TYNDALL M.W., LI K., MONTANER J. & WOOD E. **Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users.** Publicado online em The Lancet em 18/03/2005. Disponível em: <http://image.thelancet.com/extras/04let9110web.pdf>. Consultado em 11/03/201.

KOSSOY, B., **Realidades e Ficções na Trama Fotográfica.** São Paulo: Ateliê Ed., 1999.

KUHN, THOMAS S. **A Estrutura das Revoluções Científicas.** Tradução Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. Data de publicação original: 1969.7 ed. São Paulo:Perspectiva, 1975.

LANCETTI, Antonio. **Clinica Peripatética.** Coleção Políticas do Desejo. São Paulo: Hucitec, 2007.

LEITÃO L.R.G. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. **Saúde Debate** 1995; 46-49.

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

LOPES, G.P. & MARASCHIN, C., Políticas Cognitivas e Políticas de drogas, in: *Psicologia Clínica* Rio de Janeiro, vol.20, n.2, p. 149-161, 2008.

MACHADO, R. (org.) **Nietzsche e a polêmica sobre O nascimento da tragédia / textos de Rohde, Wagner e Wilamowitz – Mollendorff;** ; tradução do alemão e notas Pedro Sússekind, - Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

MARLATT, G. Alan, **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco.** Trad. Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MARTINS, Rodrigo, VIEIRA, W. Crack: Um flagelo político in: **Revista Carta Capital,** São Paulo: Ed.Confiança, Ano XVII nº680 17/01/2012.

MINAYO, M.C.S. (Org.); DESLANDES, S. F. GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MASSING, C.V.R. **O Hip Hop como ferramenta de comunicação da periferia: estudo de caso sobre a atuação do grupo Poetas Divilas,** Monografia apresentada à Universidade de Caxias do Sul como pré-requisito para a obtenção do título de bacharel em Comunicação Social, habilitação em Publicidade e Propaganda. Orientador: Dr. Álvaro Fraga Moreira

Benevenuto Junior, 2011.

MONCAU, Gabriela. Nem Comunidades, nem Terapêuticas. In: **Caros Amigos**, São Paulo: Ed. Casa Amarela, Ano XV, Nº179/2012.

NASCIMENTO, M. L., & TEDESCO, S. Conectando clínica e política, In: TEDESCO, S.; NASCIMENTO, M. L. (Orgs.). **Ética e Subjetividade: novos impasses no contemporâneo**. Porto Alegre: Sulina, 2009, pgs. 07 – 12.

NEVES, C.A.B.; HECKERT, A.L.C. **Micropolítica do processo de acolhimento em saúde, Estudos e Pesquisas em Psicologia**. UERJ, RJ, ano 10, N.1, p.151-168, 1º quadrimestre de 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812010000100011&script=sci_arttext . Consultado em 25/11/2011.

NIETZSCHE, F. W. 1844-1900. In: LEBRUN G.; Tradução e notas de Rubens Rodrigues Torres Filho. **Obras Incompletas / Friederich Nietzsche**; 1844-1900 – 4. Ed.(Coleção Os Pensadores) – São Paulo: Nova Cultural, 1987.

NIETZSCHE, F. W. O Nascimento da Tragédia (1872). In: LEBRUN G.; Tradução e notas de Rubens Rodrigues Torres Filho. **Obras Incompletas / Friederich Nietzsche**; 1844-1900 - 4. Ed.(Coleção Os Pensadores) – São Paulo: Nova Cultural, 1987.

NIETZSCHE, F. W. Humano Demasiado Humano. In: LEBRUN G.; Tradução e notas de Rubens Rodrigues Torres Filho. **Obras Incompletas / Friederich Nietzsche**; 1844-1900 - 4. Ed.(Coleção Os Pensadores) – São Paulo: Nova Cultural, 1987.

NIETZSCHE, F. 1881-1887. **A Gaia Ciência**. Tradução: Jean Melville, São Paulo: Ed.MartinClaret, 2003.

NIETZSCHE, F. W. (1888) **O Anticristo**. Versão para Acrobat Reader por Marcelo C. Barbão, Fevereiro de 2002, Permitida a distribuição site: www.ciberfil.hpg.ig.com.br . Consultado em 08/02/2012.

NIETZSCHE, F. W. 1844-1900. **Genealogia da Moral**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

OLIVIENSTEIN, C. e colaboradores. **A Clínica do Toxicômano: a falta da falta**, tradução de Francisco Franke Settineri, - Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

PADILHA, ALEXANDRE, Reportagem do Fantástico. Disponível em: <http://fantastico.globo.com/Jornalismo/FANT/0,,MUL1679015-15605,00-BRASIL+E+EUA+TROCAM+PUNICAO+POR+TRATAMENTO+A+USUARIOS+DE+CRACK.html>. Consultado em 12/03/2012

PAULON, S. M. A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-Intervenção. **Psicologia e Sociedade**. 2005,17 (3), p. 16-23.

PAULON, S. M. ; ROMAGNOLI, R. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e Pesquisas Em Psicologia**. UERJ, RJ, ano 10, N.1, p.85-102, 1º quadrimestre de 2010. Disponível em:

<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a07.pdf>. Consultado em 25/10/2011.

PASSOS, E. ; BENEVIDES, R. Clínica e Biopolítica na experiência do contemporâneo, **Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa** (PUC/RJ), PUC-RJ, v.13, n.1, 2001, p. 89-99.

PASSOS, E. ; BENEVIDES, R. Humanização na saúde:um novo modismo? In: **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n17, p.389-406, mar/ago 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf> . Consultado em 13/12/2011.

PASSOS, E. ; BENEVIDES, R.A. cartografia como método de pesquisa-intervenção, In: PASSOS, E.; KASTRUP, V. & ESCÓSSIA, L. (orgs.) **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. – Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R.A. Afinal é possível uma outra política de drogas para o Brasil? In: LIMA, E.A.; NETO, F. J L.; ARAGON, L. E. **Subjetividade Contemporânea: desafios teóricos e metodológicos**. Curitiba: PR: Editora CRV, 2010.

PASSOS, E. ; SOUZA, T. P. de. Redução de Danos no Brasil: aspectos históricos e políticos. In: TEDESCO, S.; NASCIMENTO, M. L. (Orgs.). **Ética e Subjetividade: novos impasses no contemporâneo**. Porto Alegre: Sulina, 2009, pp. 97 – 110.

PESSIN, LIANE. A potência do trágico nietzschiano na clínica psicoterápica, Dissertação para obtenção do título de Mestre. Orientação de Alfredo Nafah Neto, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil. 2000.

PIERUCCI, A.F. (1987) As bases da Nova Direita. Novos Estudos CEBRAP, n.19, pp.26-45.

RIBEIRO, E. M. Época, Coluna de Eliane Brum, 2010 Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI147338-15230,00-DROGA+NAO+E+DEMONIO.html> . Consultado em 07/03/2012.

SAVIO, D. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental, In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs.), **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. Pgs. 167-178.

SILVA, R. C. ; SANTOS, M. A. . A intolerância frente à questão das drogas : algumas reflexões. In: Biasoli-Alves,ZM.; Fischmann, R.. (Org.). **Crianças e Adolescentes: construindo uma cultura de tolerância**. 01 ed. São Paulo: EDUSP/UNESCO, 2001, v. 01, p. 130-148.

SONTAG, S. **Sobre a fotografia**/Susan Sontag:tradução Rubens Figueiredo – São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

SOUZA, T. DE P. **Redução de danos no Brasil: A clínica e a política em movimento**. Niterói: Instituto de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal Fluminense, 2007 (Dissertação de Mestrado).

SOUZA, M.L. Revisitando a Crítica ao Mito da Marginalidade: a população favelada do Rio de Janeiro em face do tráfico de drogas. In: ACSELRAD G., **Avessos do Prazer: drogas, Aids e direitos humanos**./Organizado por Gilberta Acselrad. 2.ed. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

TEDESCO, S.; SOUZA, T. Territórios da clínica: redução de Danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas. In: CARVALHO, S.; FERIGATO, S. & BARROS, M.E (orgs). **Conexões: Saúde Coletiva e políticas da Subjetividade**. São Paulo:Hucitec, 2009, 141-156.

TITTONI, J. Sobre psicologia e fotografia. In: TITTONI, J. (org). *Psicologia e fotografia: experiências em intervenções fotográficas*. Porto Alegre: Ed.Dom Quixote, 2009.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.

YASUI, Silvio. **A produção do cuidado no território: “há tanta vida lá fora”**. Texto de apoio para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasília 2010a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cuidadosilvioyasui.pdf> Consultado em 23/08/2010.

WIKIPEDIA, DICIONÁRIO Disponível em: [ttp://pt.wikipedia.org/wiki/Estrategia](http://pt.wikipedia.org/wiki/Estrategia). Consultado em 04/02/2011.

WIKIPEDIA, DICIONÁRIO Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Paradigma>. Consultado em 04/02/2011

WIKIPEDIA, DICIONÁRIO Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Diretriz>. Consultado em 04/02/2011

VERÍSSIMO, L.F. **O que é sagrado**, Caderno Cultura, O Estado de SP, 16/02/2012. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/impresso,o-que-e-sagrado-,836600,0.htm>. Consultado em 17/02/2012.

OBRAS CONSULTADAS

_____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Março, 2004.

BRANDÃO, J.S. **Mitologia Grega**, Petrópolis: RJ, 1989

BRASIL. SENAD, **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS**. 2. ed. Brasília: Presidência da República – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD – 2010.

BÜCHELE, F. & CRUZ, D.D.de O. Aspectos socioculturais do uso de álcool e outras drogas e exemplos de projetos de prevenção, in: BRASIL, **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e lideranças comunitárias**. 2ª Ed. Brasília: Presidência da República – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD – 2010.

CAMARGOS, S. R. L. de; PROCHNO, C. C. S. C. & ROMERA, M. L. C..Desamparo Primordial em Nietzsche e em Freud. **Pesquisa e Práticas Sociais** 3(2). São João Del-Rei. Mar 2009, PP. 157-166. Disponível em: www.ufsj.edu.br/portal.../File/Camargos_Prochno_e_Romera.doc. Consultado em 09/01/2012.

CAMPOS, G.W.S.**Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**, São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G.W.S.,**Saúde Paidéia**, São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J.C.F. *et al.* **Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1):69-79, jan-fev, 2003.

CARLINI, E.A.; GALDUROZ, J.C.F. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 2005**. Brasília, Secretaria Nacional Antidrogas / Universidade Federal de São Paulo, 2007.

CARNEIRO, H.S. As drogas e a história da humanidade, in: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, **Revista Diálogos**, Brasília, DF, 2009.

CECCIM, R.B. & FERLA, A.A. Linha de Cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde in: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. Araujo de, organizadores. **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde** / - Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas / Conselho Federal de Psicologia.- Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

CONTE, M. A, **Clínica psicanalítica com toxicômanos: o “corte & costura” no enquadre institucional**, Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003.

DELGADO, P.G. *et al.* Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, Marcelo Feijó de; MELLO, Andrea de Abreu Feijó de; KOHN, Robert (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FERREIRA, T.M.X. **Hip hop e Educação: mesma linguagem, múltiplas falas**, Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de educação, Orientador: Áurea Maria Guimarães, 2005.

GRIEVE, John, em entrevista ao Le Monde Diplomatique, ano 03, nº 26, setembro/2009.

LIMA, S. A. A Clínica do Possível: tratando de dependentes químicos na periferia de São Paulo – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MAURENTE, V.; TITTONI, J. Imagens como estratégia metodológica em pesquisa: a fotocomposição e outros caminhos possíveis. *Psicol. Soc.*, v.19, n.3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br> . Consultado em 25/10/2011

MARASCHIN, C. Pesquisar e Intervir. **Psicologia & Sociedade**. 16 (1): 98-107; Número Especial, 2004.

PASSOS, E. ; BENEVIDES, R. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 16, n.1, pp. 71-79, jan – abr/2000.

REDE HUMANIZA SUS: rede de colaboração para a humanização e gestão do SUS, disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/>

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um Discurso sobre as Ciências**. Edições Afrontamento, Porto, 1991.

SANTOS, L. M. De Boni, Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas, *apud*: Conselho Regional de Psicologia – **35 anos CRPRS – Edição Comemorativa aos 35 anos de CRPRS**. Porto Alegre: Ideograf, 2010a.

SEVERINO, A. J. Metodologia do trabalho Científico – 23ª edição rev.e atualizada – São Paulo: Cortez, 2007.

FILMES E VÍDEOS

ANDRADE, F. G.; **Quebrando Tabu**. Documentário. Brasil. 2011. Produção Spray Filmes e Star Cultura. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=XABODnPpeO8>. Consultado em 23/10/2011.

BODANSKY, Laís, **O Bicho de Sete Cabeças**. Drama – Brasil, Produtora Sony Pictures, 200.

NIVEN, R.M.; **Cortina de Fumaça**. Documentário. Coletivo PROJECTS, Mac niven Produções, Brasil, 2010

ANEXO A
Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu _____,
 declaro para os devidos fins estar participando voluntariamente da pesquisa “**Cartografando o território para uma Clínica do Possível no cuidado de pessoas que usam drogas**”, que está sendo realizada pela mestrandia Loiva Maria De Boni Santos, sob coordenação da pesquisadora Dra. Simone Mainieri Paulon da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Fui informado(a) de que esta pesquisa objetiva “Cartografar os caminhos tecidos pelos usuários de drogas em seus territórios identificando e analisando quais os ‘nós’ da rede (rituais, estratégias, serviços, afetos...) que produzem saúde e apontam uma Clínica do Possível pautada no cuidado, vínculo e afeto.

Minha participação se dará através da participação em uma oficina de fotografia e rodas de conversas realizadas semanalmente durante o período de três meses. Estou disposto(a) a participar da mesma e ciente de que não corro qualquer tipo de risco, dano ou desconforto dela decorrente. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar outros esclarecimentos, a qualquer momento da pesquisa, bem como terei liberdade de retirar meu consentimento de participação sem necessidade de justificar tal decisão.

Me comprometo a disponibilizar as imagens por mim produzidas durante a pesquisa a fim de comporem o acervo de material de análise da pesquisa, e que as mesmas poderão ser divulgadas a título de dados de pesquisa em produção científica.

Fico ciente ainda de que as fontes dos dados colhidos terão caráter confidencial e só serão divulgados dados gerais dos participantes da pesquisa, sem identificação dos entrevistados ou observados, ficando vinculado o controle das informações a cargo desta pesquisadora do Instituto de Psicologia da UFRGS. Garantidas as condições de anonimato e sigilo, eu autorizo a utilização (integral ou em partes) de meus depoimentos e do material por mim produzido nas atividades realizadas no território durante a realização da pesquisa intervenção.

SIM

NÃO

Fui informado(a) de que a pesquisadora responsável deverá comunicar qualquer alteração ou situação não prevista por este documento durante o processo de pesquisa e que ela estará à disposição para esclarecer as minhas dúvidas em qualquer momento pelo telefone (54) 9167.1713 ou pelo e-mail: loivapsi@gmail.com

Também tenho ciência de que posso questionar qualquer aspecto ético da pesquisa junto ao Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, através do telefone: 51- 3308.5698/ 3308.3629

Caxias do Sul, _____ de _____ de 2011.

 Sujeito da Pesquisa

 Loiva Maria De Boni Santos
 Pesquisadora responsável

 Simone Mainieri Paulon
 Orientadora

ANEXO B

Parecer da Comissão de Ensino e Pesquisa

-----Original Message-----

From: cep-psico@ufrgs.br

Sent: 08/12/2011, 09:52

To: simone.paulon@ufrgs.br

Subject: Projeto de pesquisa na Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia

Prezado Pesquisador SIMONE MAINIERI PAULON,

Informamos que o projeto de pesquisa CARTOGRAFANDO O TERRITORIO PARA UMA CLINICA DO POSSIVEL NO CUIDADO DE PESSOAS QUE USAM DROGAS, encaminhado para análise em 28/09/2011, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia com o seguinte parecer:

Na Reunião do dia 05 de dezembro, O Projeto foi aprovado.

Na Reunião de 07 de Novembro o projeto entrou em diligência ao pesquisador, Com esta redação: Trata-se de projeto de dissertação de mestrado que tem como objetivo geral cartografar os caminhos tecidos pelos usuários de drogas em seus territórios identificando e analisando quais os `nós` da rede (rituais, estratégias, serviços, afetos...) que produzem saúde e apontam uma clínica do possível pautada no cuidado, vínculo e afeto. Tal objetivo se desdobra nos seguintes objetivos específicos: caracterizar a rede de cuidados que os usuários tecem para si nos percursos traçados em seus cotidianos de um território na serra gaúcha; descrever desdobramentos que apontem caminhos para intervenções de uma Clínica do Possível a partir da análise dos rituais presentes no cotidiano dos usuários no território; contribuir com a política pública de Álcool e Drogas, ampliando a discussão e possíveis contribuições que a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) e a Redução de Danos (RD) podem trazer a esta questão, subsidiando intervenções que possam ser mais efetivas com relação ao cuidado de pessoas que usam drogas; ampliar a formação e qualificação da equipe de saúde da UBS Mariani, subsidiando-os através da inclusão de novas ferramentas de intervenção no cotidiano do cuidado de pessoas que usam drogas. A fim de construir argumentos que contextualizem e subsidiem o problema e enfoque da pesquisa, a autora traz discussões e tece considerações acerca: das posições dicotômicas que a questão das drogas suscita e que necessitam ser transcendidas para uma política em saúde e uma abordagem sincronizada com os direitos humanos e pautada no vínculo; dos discursos sociais e dados sobre uso/abuso de drogas ilícitas/lícitas, bem como das práticas e políticas que vem sendo propostas/desenvolvidas; da Redução de Danos enquanto estratégia de prevenção, reabilitação e promoção à saúde - que aposta em um cuidado que tenha o sujeito como centro e não a doença, o que remete à lógica do cuidado no território; da perspectiva do cuidado em rede da Política Nacional de Humanização e sua articulação com a estratégia de RD. Quanto aos aspectos metodológicos, a autora, que se situa no marco da Análise Institucional, apresenta o estudo como uma pesquisa-intervenção, cuja proposta é cartografar os processos que acontecem no cotidiano dos usuários em seu território; o campo de intervenção será uma Unidade Básica de Saúde e a pesquisadora lançará mão de certas ferramentas de pesquisa (fotografias, rodas de conversa, observação participante e diário de campo) para buscar atender aos seus objetivos. Possui uma boa fundamentação teórica, os objetivos estão claros

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia