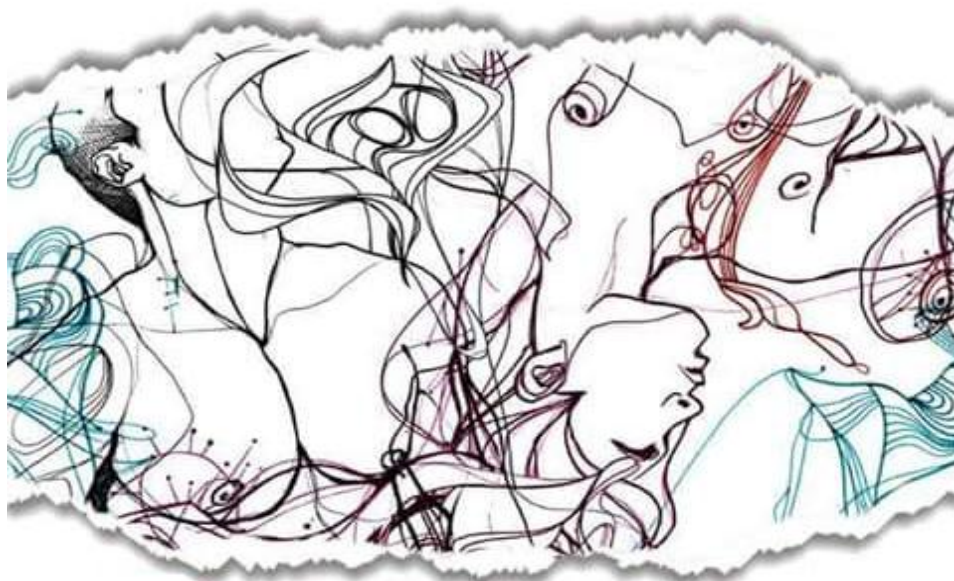


UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

MABEL DIAS JANSEN DA SILVA

**POSIÇÕES DE SUJEITO USUÁRIO/A DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA
POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: UMA ANÁLISE CULTURAL**



Porto Alegre

2016

MABEL DIAS JANSEN DA SILVA

**POSIÇÕES DE SUJEITO USUÁRIO/A DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA
POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: UMA ANÁLISE CULTURAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Educação.

Linha de Pesquisa: Educação, Sexualidade e Relações de Gênero

Orientadora: Prof.^a Dra. Dagmar E. Estermann Meyer

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Jeane Felix Silva

Porto Alegre

2016

MABEL DIAS JANSEN DA SILVA

**POSIÇÕES DE SUJEITO USUÁRIO/A DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA
POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: UMA ANÁLISE CULTURAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Educação.

Conceito:

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Dagmar Estermann Meyer - UFRGS

Orientadora

Prof. Dr. Fernando Seffner - UFRGS

Examinador

Prof. Dr. José Geraldo Soares Damico - UFRGS

Examinador

Prof. Dra. Michele de Freitas Vasconcelos – UFS

Examinadora

CIP - Catalogação na Publicação

Silva, Mabel Dias Jansen da
Posições de Sujeito Usuário/a de Substâncias
Psicoativas na Política de Redução de Danos: Uma
Análise Cultural / Mabel Dias Jansen da Silva. --
2016.
110 f.

Orientadora: Dagmar Estermann Meyer.
Coorientadora: Jeane Félix Silva.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de
Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Política de Redução de Danos. 2. Pós
estruturalismo. 3. Gênero. 4. Posições de sujeito
usuário/a de SPA. I. Meyer, Dagmar Estermann,
orient. II. Silva, Jeane Félix, coorient. III. Título.

Dedico esta dissertação ao meu querido amigo Marcus Vinicius de Oliveira e Silva, o Marcus “Matraga”, que hoje me acompanha no coração.

AGRADECIMENTOS

Os caminhos da escrita desta dissertação foram permeados por momentos únicos de (des)aprendizagens, (in)seguranças, alegrias, preocupações, descobertas, conflitos, ansiedade, confiança, e a sensação de conseguir cumprir a tarefa que me propus! Esta é quase indescritível. Durante este percurso, obtive apoio de muitas pessoas, às quais quero neste momento agradecer.

Agradeço primeiramente a Deus, pela vida, por ter me dado saúde, força e coragem para alcançar mais um sonho.

À minha querida família – Lúcia, Laert, Laertinho e MiYeon –, por apoiar a minha escolha desde o início. Por todo amor, acolhimento e compreensão.

À minha orientadora, Dagmar Estermann Meyer, por ter acolhido o meu desejo de ser sua orientanda, no desafio de realizar o mestrado. Muito obrigada, de coração. Por me fazer acreditar que eu conseguiria chegar ao fim, acompanhando-me intensamente desde o início. Obrigada pelo rigor, paciência, acolhimento, pelas luzes nos momentos sombrios, pelo acolhimento nos momentos difíceis, por toda compreensão e dedicação.

À Jeane Félix, minha querida coorientadora, pelo apoio, incentivo e por toda disponibilidade, amizade, carinho e atenção.

Aos membros da banca de qualificadora do meu projeto de mestrado, Fernando Seffner, José Damico e Michele Vasconcelos, pelas valiosas sugestões e críticas.

Ao grupo de orientação coordenado pela Prof.^a Dagmar, composto pelas/os queridas/os Catharina, Carlos Eduardo, Elaine, Jamile, Jeane, Patrícia, Sandra, Silvia e Tatiana. Obrigada imensamente por todas as valiosas contribuições intelectuais, pareceres, críticas (des)construtivas, pela parceria, pelas trocas constantes de afetos, toda força e acolhimento.

Ao grupo de pesquisa, também coordenado pela Prof.^a Dagmar, composto pelas pesquisadoras Carin, Fernanda, Mariléia, Priscila, Sandra e Simone, além de outros/as anteriormente citados. Obrigada pelos momentos de convívio, por toda troca, apoio e dicas de leitura.

Aos colegas da linha de pesquisa em Educação, Sexualidade e Relações de Gênero, Stelamaris e Jefferson, por toda contribuição, leitura de meus textos, acolhimento e apoio.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por me possibilitar esta oportunidade de crescimento.

Ao CNPQ, pela bolsa de estudos.

Às queridas Afrannia e Tiana, por me acolherem nos momentos iniciais da minha chegada em Porto Alegre, pela nossa grande amizade, tecida ao longo desses dois anos.

Aos usuários e usuárias dos serviços de saúde mental da Bahia, por toda (des)aprendizagem, trocas e afetos.

Ao Coletivo da Luta Antimanicomial da Bahia.

Aos grandes amigos e amigas que constituem a minha família, pelo carinho, ombro e suporte afetivo; são muitos/as, mas agradeço especialmente à Elielma e à Livia.

Agradeço a todos/as aqueles/as que não mencionei mas que, de alguma forma, contribuíram com a realização deste trabalho.

“[...] Nem todo gosto é vício. Nem todo vício, imoral.”

(SILVA, 2010)

RESUMO

Esta dissertação inscreve-se nos campos dos Estudos de Gênero e Culturais, em uma aproximação com a perspectiva pós-estruturalista de análise; investiga as posições de sujeito usuário/a de substâncias psicoativas e os atravessamentos de gênero (re)produzidos no âmbito da Política de Redução de Danos. A Política de RD está preocupada em reconhecer as escolhas dos/as usuários/as de substâncias psicoativas (SPA) que demandam algum tipo de cuidado e, desse modo, alcançar a esfera do direito à saúde, à cidadania e aos direitos humanos. O material empírico é composto pelos documentos normativos da política e seus desdobramentos. Para o exame do *corpus* de investigação, foi utilizada a análise cultural, em combinação com a pesquisa documental, operando com os conceitos de *posição de sujeito*, *norma*, *poder* e *gênero*. Os documentos da política e seus desdobramentos foram tomados como artefatos culturais e pedagógicos que (re)produzem e veiculam discursos biomédicos, psicológicos, morais e jurídicos implicados com a produção de sujeitos e de práticas de cuidado no campo da saúde mental voltada para o uso de SPA. A análise permitiu descrever, discutir e problematizar os sentidos de termos como *usuário*, *dependente*, *droga*, *substância*, *autonomia*, dentre outros utilizados de forma naturalizada na política; com esse movimento analítico, foi possível explorar sua multiplicidade, conflitualidade e historicidade. As análises empreendidas contribuem para que sejam desnaturalizadas determinadas noções tão presentes nas formulações de propostas para o cuidado desses usuários/as. A (in)definição de termos discutidos permitiu visualizar a aparente sobreposição de sentidos de alguns termos como *usuário/dependente* para explorar distinções entre eles; também algumas relações lineares, como uso/consumo = dependência, que podem levar o indivíduo a evitar a aproximação com serviços de saúde como o CAPS mesmo quando deles precisa, com receio de ser nomeado como um/uma *dependente*, uma vez que essa nomeação produz diferentes efeitos em sua vida. Do ponto de vista do gênero, parece haver algumas pistas na (in)definição desses termos, mostrando que, em alguma medida, não se contemplam distinções produzidas pelo gênero, talvez porque haja ainda uma dificuldade em associar a mulher ao uso/abuso de SPA, embora os estudos mostrem o uso crescente destas entre as mulheres. Assim, um olhar sensível às abordagens de gênero na política permitiu ir "encontrando" pistas em relação à naturalização da relação entre uso de SPA e masculinidade e de uma feminilidade que não se droga. Nesse sentido, a pesquisa intentou desnaturalizar e mostrar alguns silenciamentos nas representações de feminino/masculino ainda ativas na cultura que contribuem para dificultar o dimensionamento de uma demanda de cuidado.

Palavras-chave: Política de Redução de Danos. Pós-estruturalismo. Gênero. Posições de sujeito usuário de SPA.

ABSTRACT

This dissertation is inserted in the field of Gender and Cultural Studies, approaching the post-structuralist perspective of analysis. It investigates the places of the subject/user of psychoactive substances and gender crossings (re)produced under the National Policy of Harm Reduction, a public policy concerned in recognizing the choices of the users of psychoactive substances (PAS) who require some sort of care, so reaching the boundaries of health protection and social citizenship and social rights. The empirical material consists of normative documents of the policy and its consequences. Cultural analysis, in combination with documentary research, was used for data analysis, considering the concepts of *subject position*, *rule*, *power* and *gender*. The policy documents and its consequences were taken as cultural and educational artifacts that (re)produce and convey biomedical, psychological, moral and juridical discourses involved in the production of subjects and care practices in the field of mental health addressed to the use of PAS. The analysis allowed to describe, debate and discuss the meanings of terms such as *user*, *addicted*, *drug*, *substance*, *autonomy*, among others used in a naturalized way in the policy, whose multiplicity, conflictuality and historicity was explored from this analytical movement. The undertaken analyses contribute to denaturalize certain notions usually used in the texts of the care proposals for those users. The (in)definition of discussed terms allowed to perceive the apparent meaning overlaps of some terms such as *user/addicted* to explore distinctions between them; it was also possible observe some linear relations, such as *use/consumption = addiction*, which can lead the individual to avoid looking for healthcare services, such as the Centers of Psychosocial Care (CAPS), even when he/she needs those services, fearing being named as addicted, since this nomination causes different effects in his/her life. From the gender point of view, there seem to be some clues in the (in)definition of these terms, showing that, to some extent, distinctions produced by the genre are not considered, perhaps because there are still some difficulties in associating the woman to the use/abuse of PAS, although some studies show increasing use among women. Thus, a sensitive reading to gender approaches in the policy allowed to go "finding" clues regarding the naturalization of the relationship between the use of PAS and masculinity, and regarding a femininity that is not addicted. In this sense, this research intended denaturalize this relationship and show some silences regarding the female/male representations still active in the culture that contribute to hinder the design of a care demand.

Keywords: Harm Reduction Policy. Post-structuralism. Genre. Places of subject/user of SPA.

SUMÁRIO

1 (DES)CAMINHOS TRAÇADOS EM QUESTÕES DE PESQUISA	12
2 A REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL: VEREDAS	21
2.1 SOBRE AS DEFINIÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS	30
3 HORIZONTE TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	35
3.1 O TRAJETO TEÓRICO.....	35
3.2 O CAMINHO METODOLÓGICO	44
4 OS MOVIMENTOS DE (RE)PRODUÇÃO DE POSIÇÕES DE SUJEITO USUÁRIO/A DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: ATRAVESSAMENTOS DE GÊNERO	49
4.1 MOVIMENTO 1 – USO/DEPENDÊNCIA/ABUSO: O QUE A (IN)DEFINIÇÃO DESSES TERMOS SUGERE?	51
4.2 MOVIMENTO 2 – COMO A NOÇÃO DE <i>AUTONOMIA</i> PODE OPERAR NAS POSIÇÕES DE SUJEITO USUÁRIO/A DE SPA?.....	67
4.3 MOVIMENTO 3 – USUÁRIO/A DE SPA: UMA POSIÇÃO DE SUJEITO <i>ENTRE</i> SAÚDE E SEGURANÇA PÚBLICA.....	75
5 O SUJEITO USUÁRIO DE SPA TEM GÊNERO?	82
6 FECHAMENTOS PROVISÓRIOS.....	98
REFERÊNCIAS.....	101

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SPA	Substância psicoativa
RD	Redução de Danos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade BÁSICA DE SAÚDE
UDIs	Usuários/as de drogas injetáveis

1 (DES)CAMINHOS TRAÇADOS EM QUESTÕES DE PESQUISA

Morte e vida Severina

João Cabral de Mello Neto

— O meu nome é Severino,
 não tenho outro de pia.
 Como há muitos Severinos,
 que é santo de romaria,
 deram então de me chamar
 Severino de Maria;
 como há muitos Severinos
 com mães chamadas Maria,
 fiquei sendo o da Maria
 do finado Zacarias.

[...]

Somos muitos Severinos
 iguais em tudo na vida:
 na mesma cabeça grande
 que a custo é que se equilibra,
 no mesmo ventre crescido
 sobre as mesmas pernas finas
 e iguais também porque o
 sangue, que usamos tem pouca tinta.

E se somos Severinos
 iguais em tudo na vida,
 morremos de morte igual,
 mesma morte severina:
 que é a morte de que se morre
 de velhice antes dos trinta,
 de emboscada antes dos vinte
 de fome um pouco por dia
 (de fraqueza e de doença
 é que a morte severina
 ataca em qualquer idade,
 e até gente não nascida).

Somos muitos Severinos
 iguais em tudo e na sina:
 a de abrandar estas pedras
 suando-se muito em cima,
 a de tentar despertar
 terra sempre mais extinta,
 a de querer arrancar
 alguns roçado da cinza.
 Mas, para que me conheçam
 melhor Vossas Senhorias
 e melhor possam seguir
 a história de minha vida,
 passo a ser o Severino
 que em vossa presença emigra.

Optei por principiar a dissertação com o poema de João Cabral de Mello Neto (1968) por dizer tanto sobre este momento de vida e escrita. Esse caminho foi percorrido em meio a grandes mudanças: mudança de estado, de cultura e de perspectiva teórica. Vi nascer a

persistência dos que optam pelas andanças nas veredas da vida e esperam que, nos entremeios, a poesia apareça e traga suavidade ao viver e ao prazer da busca. Nesse ponto de mistura inesperada entre leveza e dureza, sensações de morte e vida, encontro-me como Severino, que foi conhecer o mar e se deparou com a morte e a dor, no entanto também conheceu a imensidão da vida ao vê-la teimosamente brotar.

Contextualizando minha experiência, a escolha pelo mestrado na área da educação ocorreu quando pensei/senti que era o momento de parar um pouco para organizar as ideias, mirar o contexto profissional de longe, alimentar o meu repertório teórico e oxigenar a vida. Foi uma empreitada desafiadora, pois escrever não é fácil. Até então, havia acumulado durante o meu percurso de formação em Terapia Ocupacional, especialização em Saúde Mental e, logo após, Residência em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde Mental certezas e afirmativas categóricas em relação a muita coisa. Também o lugar político de militante da Luta Antimanicomial na Bahia me preencheu de confiança em relação às certezas que eu possuía, pois a militância me movimentava para chamar para a luta, convocava a agir nos extremos. Vivia imersa nos binarismos: manicômios x centros de atenção psicossocial, abstinência x redução de danos, manicomialistas x antimanicomialistas, dentre outros. Esses binarismos estavam naturalizados para mim.

Nesse sentido, inserir-me e localizar a minha pesquisa na perspectiva pós-estruturalista, que, dentre outras coisas, une política e teorização, convidou-me inicialmente a (des)habitar um sujeito interessado teórico-politicamente, arranhar as certezas e manter as dúvidas latentes. O processo de desconstrução junto ao autoquestionamento constante foi abrindo fissuras para uma provisória compreensão. Sob a luz das novas leituras, vi-me olhando e estranhando todos aqueles binarismos, todas aquelas vivências, e, ao desaprender, percebia aquele percurso sob novas perspectivas, dizendo outras coisas...

Saliento que este texto se destina aos/as usuários/as de substâncias psicoativas (SPA)¹. Embora, em alguma medida, sejamos todos/as usuários/as de algumas dessas substâncias, este texto foi escrito para aqueles/as que, por uma pluralidade de motivações, escaparam das normas estabelecidas e produziram rupturas nos limites impostos.

Assim, destaco que as motivações para esta investigação acompanham-me desde o início de minha trajetória acadêmica e profissional e estão vinculadas à minha constituição

¹ Tenho preferência em utilizar o termo substâncias psicoativas que possui o mesmo significado do termo drogas, mas não carrega o mesmo peso histórico de se referir imediatamente a algo danoso a saúde, a moral, etc. Contudo, para não ficar repetitivo no texto em alguns momentos irei alternar o uso entre ambos os termos.

peçoal. Indagações começaram a consolidar-se e a tomar corpo com minha inserção no campo da saúde mental, inicialmente como estagiária e, em outro momento, como profissional de saúde e militante. A decisão de encarar esse novo desafio relacionado ao ingresso no mestrado ocorreu pela possibilidade de investigar mais a fundo certas questões que me atravessam desde os primeiros anos de minha formação acadêmica e profissional, de dar-lhes maior concretude. Concordo com Sandra Andrade² (2012, p. 10) quando pondera que “os problemas para uma investigação já estão postos nos locais onde nos desdobramos: no espaço profissional, na família, na universidade; todavia, não é qualquer tema, questão ou problema que nos interpela”. Para a autora, a opção por um objeto de pesquisa dá-se sob a ação de múltiplos efeitos sobre nós mesmos e sobre as coisas que nos cercam.

Nesse sentido, estou sinalizando que a escrita desta dissertação não começa aqui. A chegada a este curso de mestrado, neste programa de pós-graduação, e a escolha por investigar a Política de Redução de Danos³ resultam de vários investimentos e de um caminho traçado ao longo de minha trajetória acadêmica e profissional.

Ainda como estudante do curso de Terapia Ocupacional, havia-me dedicado a estágios e projetos de extensão voltados para o cuidado de pessoas em sofrimento ético-político⁴. Esses movimentos iniciais aconteceram no contexto da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial⁵, na cidade de Salvador, Bahia, onde, em um campo de densas disputas, lentamente os hospitais psiquiátricos vinham sendo substituídos por uma nova política pública, que apontava para o cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Minha primeira experiência de estágio se deu no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, em 2002, na Bahia. No início, passava semanalmente dois turnos trancada na ala feminina e um turno na ala masculina. Ao adentrar a ala feminina, recebia sempre a orientação para ter cuidado, pois “as mulheres são mais agressivas, são mais difíceis”; “cuidado, elas mordem, são violentas”. Confesso que o que tornava o ambiente assustador não

² Optei por utilizar o nome completo quando cito pela primeira vez o/a autor/a, pois se trata de uma referência a partir da escrita feminista. Saliento que em alguns casos o nome de alguns/mas autores/ras não estão completos devido a dificuldade de encontrá-los.

³ Por compreender a produção da Redução de Danos na esfera política, optei por nomeá-la como Política. Nesse sentido ela se propõe a organizar ações e estratégias, que atribui sentidos e valores, define comportamentos e formas de viver dos sujeitos.

⁴ O uso do termo *transtorno mental* carrega marcas de preconceitos e normatizações; por isso, utilizarei a ideia de *sofrimento ético-político*. Bader Sawaia (2001) qualifica esse sofrimento como ético-político ao propor o entrelaçamento do psicológico, do social e do político para compreensão de sua gênese.

⁵ Esse termo indica a tensão na disputa do debate em torno da Reforma Psiquiátrica, quando temos de precisar se a reforma substitui a internação ou se o hospital psiquiátrico vai continuar operando como conceito fundamental da reforma (OLIVEIRA, 2013). Este termo se apoia no sentido de propor uma reforma completamente substitutiva.

era a presença das mulheres, mas o ambiente fétido, sujo, o odor intenso de detergente e de cigarro, a “estranha” relação entre os profissionais e as pessoas em sofrimento ético-político daquela instituição, que supostamente precisavam de “cuidados”. Lembro que a ala feminina era um corredor estreito, e a masculina era uma ampla sala. Ao procurar compreender a diferença entre os espaços, fui informada de que “os homens praticam atividades físicas e, como as mulheres não fazem nada, ficam em um espaço menor”. Com esse argumento, fui proibida inúmeras vezes de levar tintas e papéis, quando pensava em tentar alguma aproximação com aquelas mulheres.

Em decorrência das tensões que criei naquele espaço, orientaram-me a permanecer no ambulatório, acompanhando um grupo terapêutico composto por mulheres. Nesse ambiente, em que estavam dispostos materiais de costura, tapeçaria e crochê e onde livremente as mulheres escolhiam as peças e sentavam para conversar, vez por outra acontecia de contarem sobre suas vidas. Apesar de essa sala estar localizada ao lado da emergência, era mais confortável. Ali, vidas eram tecidas na costura dos materiais.

No mesmo período, em estágio extracurricular, acompanhei um grupo de mulheres em grave sofrimento em uma clínica voltada para o cuidado de pessoas em sofrimento ético-político. A percepção da necessidade de um espaço específico para esse cuidado, que já havia tido no Hospital Juliano Moreira, intensificou-se nesse período, juntamente com minha preocupação como mulher, pois as questões relacionadas à vida daquelas mulheres no que tange à necessidade de desconstruir ou compreender aprendizados impostos culturalmente e vivenciados como opressão também perpassavam minha própria vida.

Em outro estágio, em uma clínica particular que funcionava conforme a filosofia dos CAPS, existiam espaços coletivos e um específico para mulheres, do qual participei. Inicialmente, pensamos em um espaço para mulheres que sofriam por uso de substâncias psicoativas, mas, como apareceram outras demandas, ampliamos para a participação de todas as mulheres do serviço. Era visível para mim que, à medida que aquele espaço tomava corpo, a frequência e o interesse de algumas mulheres iam aumentando, sugerindo que estar com outras mulheres compartilhando momentos e vivências oferecia um contorno para o grupo.

Ali, a ideia que eu tinha da necessidade de um espaço específico para mulheres em grave sofrimento ético-político ressoava nas falas das participantes. Elas falavam sobre essa importância pois não se sentiam confortáveis em compartilhar com os homens os espaços de cuidado que ali eram oferecidos.

Outra experiência que tive, ainda como estudante, foi em um projeto de extensão, o Programa de Intensificação de Cuidado a Pacientes Psicóticos, desenvolvido no Hospital

Psiquiátrico Mario Leal, em Salvador. Esse programa partia de uma perspectiva teórica e técnica amparado em visitas domiciliares, no vínculo, na presença ativa, dentre outros aspectos; no âmbito da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, e pela integração de estudantes dos cursos de Terapia Ocupacional, Psicologia e Medicina, oferecia cuidados intensivos a pacientes psiquiátricos com histórico de internações frequentes e laços sociais muito frágeis. A ênfase era no investimento humano, contrapondo-se à ideia hegemônica de uso de aparato tecnológico, parafernálias institucionais, equipamentos, etc. Nesse programa, tive a oportunidade de iniciar a construção de um repertório que apontava para a desinstitucionalização⁶, o que me fez notar quão limitadas são as instituições diante de situações em que o único investimento possível e necessário é a presença humana e esta é dificultada por relações burocráticas institucionais. Pude, ainda, com essa experiência, iniciar a desconstrução de conceitos cristalizados no campo da saúde mental, principalmente daqueles que se referem ao cuidado.

Nessa trajetória, também entendi que a escolha por trabalhar no campo da saúde mental exigia outros investimentos, pois os atravessamentos da clínica convidavam para uma luta política e ética. Assim, tornei-me militante da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Na época, passei a integrar o Coletivo da Luta Antimanicomial da Bahia e apoiava diversas ações no controle social das políticas de saúde mental daquele estado, o que me permitiu exercer o compromisso político com a causa da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

Após essas experiências, concluí a graduação em 2006 e fui convidada para integrar a coordenação técnica de dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no interior da Bahia, no município de Jacobina: um Centro de Atenção Psicossocial tipo II, para pessoas que sofrem em decorrência de “transtornos mentais”; e um segundo, o Centro de Atenção Psicossocial para pessoas em sofrimento decorrente do uso de álcool e outras drogas, o CAPS ad. Depois de um ano, permaneci somente na coordenação técnica do CAPS ad, pois descobri em mim uma maior inclinação ao cuidado de pessoas que sofrem pelo uso de substâncias psicoativas.

⁶A desinstitucionalização psiquiátrica, que teve início na Itália, foi marcada, dentre outras coisas, pela transformação das relações de poder entre os pacientes e as instituições, buscando produzir na Saúde Mental estruturas que substituíssem inteiramente a internação no hospital psiquiátrico. A partir da perspectiva antipsiquiátrica, propôs-se criar serviços na comunidade, deslocar a intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas, etc. (ROTELLI *et al.*, 2001).

Para mim, essa proposta de coordenação significava aceitar o desafio da construção de uma outra forma de pensar e fazer a clínica, e implicava investimento constante em idas e vindas para construir o arcabouço técnico/teórico/político que deveria contemplar pressupostos dos novos modelos de atenção em saúde. Impulsionada por essas necessidades, propus o desenvolvimento de ações territoriais de acompanhamento de casos que chegavam ao serviço e ações educativas na comunidade voltadas para a promoção da saúde dos indivíduos e para o fortalecimento do controle social de ações e políticas de saúde. Isso contribuiu para gerar altivez e participação ativa dos usuários participantes do processo. Esses movimentos apoiavam-se em leis e normas que orientavam as ações direcionadas para usuários dos serviços; em especial, a Política de Redução de Danos destacava-se.

Durante a permanência nos CAPS ad, comecei a perceber que a procura pelo serviço por parte de mulheres que sofriam por uso de substâncias psicoativas era pequena, e que aquelas que frequentavam o serviço nele permaneciam por pouco tempo. Identifiquei também que as mulheres apresentavam menos regularidade em relação aos homens, e passei a questionar-me sobre os motivos dessa ausência.

Depois dessa identificação, fiz um levantamento nos prontuários das mulheres que frequentavam regularmente os projetos terapêuticos no CAPS ad de Jacobina. Pude constatar que o número de mulheres inscritas era menor que o de homens, e que essas mulheres frequentavam menos o centro do que os homens. Depois disso, em diálogos com agentes comunitários de saúde (ACS) – que sempre levavam usuários ao centro – e com outros profissionais, na própria Unidade Básica de Saúde (UBS), com quem eu trabalhava naquele contexto, pude verificar que, de forma contraditória, existia um grande número de mulheres que sofriam pelo uso de SPA na comunidade, mas elas não procuravam apoio no CAPS.

Segundo os ACS e os demais profissionais da rede básica, na maioria dos casos, elas faziam uso de substâncias psicoativas em casa ou em algum lugar restrito, saíam pouco de casa e, quando precisavam, não conseguiam solicitar algum apoio. Os agentes acessavam essas informações durante as insistentes visitas que faziam a essas mulheres – eram insistentes pois dificilmente elas abriam a porta.

Essas situações instigaram-me a questionar o motivo de essas mulheres não procurarem algum tipo de apoio e/ou cuidado. Os agentes comunitários identificavam que essas mulheres precisavam de alguma atenção, pois, em alguns casos, usavam cigarro e *crack* em excesso e os maridos não as deixavam sair de casa. Em outros casos, os ACS relatavam que os familiares abandonavam as mulheres devido ao início do uso abusivo de álcool.

Também, em algumas situações, filhos e filhas haviam crescido e a mãe, ao ficar sozinha, passava a fazer uso abusivo de álcool e de outras drogas.

Continuava a questionar-me sobre as razões pelas quais elas se mantinham invisíveis e sobre os diferentes lugares e instituições em que poderiam localizar-se esses entraves. Também apareciam nas minhas reflexões indagações sobre o modo como aqueles questionamentos ressoavam em minha vivência como mulher.

Trazendo um pouco mais de minha vivência, no período em que atuei na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Mental, do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, durante estágio em um CAPS ad, na cidade de Salvador, por meio do contato que estabeleci com as poucas mulheres que frequentavam o centro, escutei relatos de sofrimento relacionados ao rompimento de relações com vizinhos, famílias e integrantes da comunidade. Elas relatavam que esses eram alguns dos motivos que dificultavam a sua saída de casa para o CAPS. Também não se sentiam à vontade para permanecer no centro com os homens, pois se sentiam ameaçadas por eles, o que causava desconfortos na convivência. Observei que o uso de álcool e outras drogas representava a assunção de um estigma, e ir ao centro representava a ameaça dessa assunção.

A partir disso, propus encontros voltados somente para as mulheres em um Centro Social Urbano (CSU), para que elas não precisassem passar pelo CAPS. Assim, não sofreriam retaliações por familiares, vizinhos ou integrantes da comunidade, já que informar a ida ao CAPS representava ter que assumir um estigma, situação que as impedia de frequentar o centro ou mesmo de buscar algum apoio em situações de crise.

O grupo em questão tornou-se consistente à medida que as mulheres passaram a frequentá-lo de forma constante. Todas que foram convidadas compareceram, e acompanharam o grupo, nomeado por elas de TPM – Tudo Para as Mulheres, até o último encontro. Tínhamos encontros de conversas e saídas para diversos lugares na cidade: praias, museus, dentre outros lugares por elas escolhidos. Essas saídas atraíam algumas mulheres consideradas de difícil acesso pelos profissionais do CAPS. O grupo passou a ser considerado uma importante via de acesso aos casos considerados “difíceis” para a equipe. O grupo TPM e os aspectos relacionados às integrantes desse espaço estavam muito vinculados inicialmente à problematização dos motivos pelos quais frequentar um grupo organizado fora do CAPS, e somente de mulheres, facilitou o seu acesso, além de despertar um desejo maior de conhecê-lo. Desse modo, a noção de o que as oprimia e do quanto se sentiam desconfortáveis diante disso veio à tona durante todos os encontros. Essas questões começaram a atravessar o CAPS,

pois passamos a trazer com frequência os acontecimentos nesse espaço; então, despertar a atenção da equipe resultou na inclusão de pautas relativas ao grupo nas reuniões semanais.

Ao acessar o levantamento quantitativo⁷ de atendimentos intensivos⁸ a mulheres e a homens realizados no período entre 2009 e 2010, em que fui residente na saúde coletiva/mental, apareceu uma diferença numérica marcante. Nesses anos, respectivamente, foram atendidas 14.167 e 15.254 mulheres, e 68.788 e 81.734 homens. Não pretendo aprofundar essa questão aqui, mas vale ressaltar a minha estranheza diante da discrepância entre esses números e o que eu observava nas comunidades e através dos relatos dos agentes comunitários de saúde. Mais adiante, apresentarei estudos que mostram o uso crescente de drogas entre mulheres, e as dificuldades impostas culturalmente que entravam (para as que precisam) a procura por algum tipo de apoio na comunidade e/ou nos serviços de saúde/ saúde mental.

Ante as experiências vividas, tais percursos levaram-me a indagar que conhecimentos permeiam e balizam aqueles saberes/fazeres praticados pelos profissionais voltados para o cuidado dos/as usuários/as de drogas. A partir dessas vivências, parece-me possível observar que as políticas criadas para normatizar e regular as ações na saúde mental incidem também no campo de cuidados voltados para a saúde mental no Brasil e qualificam os sujeitos aos quais se destinam. É possível considerar que essas políticas, neste caso em especial, seus textos normativos, delineiam um processo educativo à medida que ensinam formas de cuidado e, nesse processo, produzem determinadas posições de sujeito.

A partir dessas reflexões e aproximações com o tema, identifiquei a necessidade e a relevância de realizar uma pesquisa que me permitisse aprofundar conhecimentos e tensionar/problematizar minhas próprias certezas e inquietações no campo do uso de álcool e outras drogas e a sua relação com o gênero. Para tanto, tomarei a Política Nacional de Redução de Danos e documentos que dela se desdobram como objeto deste estudo. Esta pesquisa tem, portanto, como questão central, este questionamento: **que posições de sujeito usuário/a de substâncias psicoativas a Política de Redução de Danos (re)produz?**

⁷ Levantamento quantitativo de atendimentos cedido pelo Governo do Estado da Bahia, através do Núcleo de Informação em Saúde.

⁸ O atendimento intensivo compreende alguns dos procedimentos de cuidado dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esse atendimento é acionado para os/as casos mais graves que demandam intensificação no cuidado.

A questão central se desdobra, ainda, na seguinte questão de pesquisa: **como o gênero atravessa e marca essas posições de sujeito usuário/a de substâncias psicoativas?**

Neste momento, como pesquisadora, investirei um olhar mais concentrado nessa questão, procurando compreendê-la no interior das interfaces entre os campos da educação e da saúde, utilizando como lente analítica o conceito de gênero. O grupo de pesquisa ao qual estou vinculada, situado na linha de pesquisa Educação, Sexualidade e Relações de Gênero, ligado ao Grupo de Estudos de Educação e Relações de Gênero (GEERGE)⁹, oferece-me subsídios teóricos para essa compreensão¹⁰.

A seguir, apresento a Redução de Danos no Brasil e os caminhos que possibilitaram o seu reconhecimento como estratégia e política pública na saúde mental.

⁹ Vinculado à linha de pesquisa Educação, Sexualidade e Relações de Gênero do PPGEDU/UFRGS, o GEERGE, desde sua fundação, em 1990, vem contribuindo de maneira significativa para a produção e divulgação de pesquisas desenvolvidas pela equipe de professoras/es, mestrandas/os e doutorandas/os vinculados/as ao grupo. Tendo como foco os Estudos Feministas e os Estudos Culturais na perspectiva pós-estruturalista de análise, tais pesquisas têm sido publicadas em periódicos e livros nacionais e internacionais, tendo como eixos temáticos gênero, sexualidade e educação, articulados com políticas do corpo e da saúde; raça e nacionalidade; infância; masculinidade; e juventude.

¹⁰ Esta pesquisa íntegra, como subprojeto, o atual projeto de pesquisa de minha orientadora, intitulado “Políticas públicas de inclusão social e transversalidade de gênero: ênfases, tensões e desafios atuais”, que foi aprovado pelo CNPq para ser desenvolvido no período de março de 2014 a março de 2018.

2 A REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL: VEREDAS

É possível afirmar que as substâncias psicoativas assumem diferentes sentidos do ponto de vista cultural na história humana. Nesse processo, que envolve relações de poder, múltiplos discursos e interesses circularam (e circulam) sobre o assunto; de acordo com o momento histórico, alguns discursos revelaram-se privilegiados e apontaram para estatutos que estabelecem o que torna as substâncias psicoativas legais ou ilegais. Vale dizer que a importância que atribuímos à presença das substâncias psicoativas em nossas relações não se deve tanto às propriedades químicas dessas substâncias, mas ao seu caráter simbólico, seu efeito cultural e histórico (ADIALA, 1986). Explica o historiador Henrique Carneiro (2002, p. 10):

A primeira questão a se definir é a de que as drogas são necessidades humanas. Seu uso milenar em quase todas as culturas humanas corresponde a necessidades médicas, religiosas e gregárias. Não apenas o álcool, como quase todas as drogas são parte indispensável dos ritos da sociabilidade, da cura, da devoção, do consolo e do prazer. Por isso as drogas foram divinizadas em inúmeras sociedades. As formas de usos, entretanto, são regulamentadas de formas diferenciadas, e no século XX, encontramos o estatuto de uma proibição formal de certas substâncias e a aceitação de outras. A discriminação das substâncias obedece a injunções culturais e econômicas. Embora o álcool tenha sido vítima da primeira lei seca norte-americana, ele em geral é tolerado nas sociedades ocidentais, assim como o tabaco, enquanto substâncias reconhecidamente mais inócuas como os derivados da canábis mantêm-se sob interdição. O julgamento da legitimidade ou não destas necessidades é arbitrariamente estabelecido. O uso de uma justificativa médica e de saúde pública para se proibir certas drogas é contraditório com o fato de que algumas das substâncias mais perigosas são permitidas devido ao seu uso ser tradicional no Ocidente cristão.

Em relação às substâncias e à variação de seus usos e estatutos ao longo da história e da cultura, verifica-se, por exemplo, que a Lei Seca nos Estados Unidos, instituída em 1917, vigorou no País por quase 14 anos e condenava a fabricação, a venda e o transporte de bebidas alcoólicas em toda a área dos Estados Unidos (MÖDERLER, 2016). A Lei Seca, implementada com o propósito de regular os perigos gerados pelo consumo do álcool, pretendia diminuir o uso abusivo entre os consumidores (MÖDERLER, 2016). Na Holanda, no final dos anos 1970, haxixe e maconha eram (e ainda são) vendidos livremente em *coffee shops*; apesar de as substâncias psicoativas ilícitas (cocaína, heroína, LSD ou *ecstasy*) serem perseguidas nesse país, é possível consumi-las medindo seu grau de pureza em pequenos laboratórios ambulantes situados na porta dos bares (ESCOHOTADO, 1997).

Já na Indonésia, na tentativa de conter o tráfico e diminuir o uso de substâncias psicoativas, a legislação antiga, de 1933, foi mantida em 2015, no novo governo. Ela prevê a

pena de morte para o tráfico de substâncias ilícitas (cocaína, maconha, LSD, dentre outras). Nesse país, a lei determina condenação à morte¹¹ para porte de cinco gramas ou mais dessas substâncias.

Ainda como exemplo, no Uruguai, em 2013, o governo legalizou a produção, a distribuição e a venda de maconha sob o controle do Estado. O objetivo da lei é diminuir o tráfico de maconha e reduzir a dependência desta e de outras substâncias (BBC, 2013). Em relação ao uso medicinal da maconha, na Califórnia e em outros estados dos Estados Unidos, atualmente o uso é liberado. Também vale salientar a questão do ópio, na Ásia, cujo comércio era liderado pelos ingleses e foi razão de uma guerra importante, a guerra do ópio. Esse comércio e suas implicações estão na raiz da ainda hoje mantida pena de morte na Indonésia, e podem ser melhor compreendidos como elemento constitutivo das relações de poder produzidas pelo colonialismo.

No Brasil, em 1830, conforme determinado pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro e, posteriormente, em 1890, pelo Código Penal da República, a maconha, que era usada predominantemente por negros e índios no Norte e Nordeste, foi tornada ilícita e considerada um problema de saúde pública. Para Edward MacRae (2000, p. 23), as razões da proibição passavam por motivos racistas e religiosos, de modo que se foi cristalizando entre autoridades médicas e policiais brasileiras a associação dos elementos "pobre - preto - maconheiro - marginal - bandido".

Assim, a maconha, substância eleita para proibição, passou a ser combatida, proibindo-se seu uso, comercialização e plantio, o que também é possível verificar em relação a outras substâncias psicoativas. Pode-se observar como aquilo que é considerado lícito em um momento histórico e em uma determinada cultura pode não o ser em outro; esse movimento é atravessado por relações de poder que colocam em circulação algumas mercadorias e não outras, ofertam medicamentos para tratamento e também podem contribuir para a manutenção de preconceitos raciais e religiosos, como no caso da proibição da maconha no Brasil.

Portanto, é notável, ao longo da história, a multiplicidade dos sentidos atribuídos às substâncias psicoativas em diferentes contextos históricos e culturais. Esses sentidos definem e qualificam os sujeitos que cada legislação e cada política definem e visam alcançar.

¹¹ Recentemente, dois brasileiros foram mortos na Indonésia por tráfico de drogas.

No Brasil, a Redução de Danos foi adotada como estratégia de intervenção no campo da saúde no final da década de 1980, mas, antes de situar essa estratégia brasileira, brevemente descreverei suas origens.

A Política de Redução de Danos presente atualmente em diversos países foi implementada inicialmente com o relatório de Rolleston na Inglaterra, em 1926, com base no qual o médico poderia prescrever substâncias derivadas do ópio para os dependentes de algumas drogas. Desse modo, atribuía-se ao médico o poder de prescrever e definir o tratamento ao/a usuário/a. Esse relatório elaborado pelo governo inglês reconhecia a legitimidade da prescrição de ópio em algumas condições: a administração na síndrome de abstinência em tratamentos com objetivo de cura; ao evidenciar que o uso da droga não poderia ser descontinuado com segurança e comprovar a possibilidade de uma vida normal e produtiva se uma dose mínima de droga fosse administrada regularmente, deixando de usá-la à medida que a necessidade da droga fosse diminuindo. Essa política, desaprovada nos anos seguintes na Inglaterra, tem sido praticada atualmente em Merseyside, na cidade de Liverpool. Os indivíduos diagnosticados como dependentes teriam a seu dispor as trocas de seringas, prescrições de heroína e cocaína e programas de aconselhamento (ROSA, 2012).

Ainda sob esse enfoque, Marllat (1999 apud ROSA, 2012, p. 44) assinala que as práticas de medicalização do uso de drogas tiveram uma intensa investida em decorrência da crise da Aids. Nesse momento, a redução de danos¹², reconhecida internacionalmente como um movimento político e sanitário que visava à diminuição das consequências danosas à saúde, devido ao consumo de drogas, surgiu como resposta ao aumento da incidência, em nível internacional, do HIV/Aids vinculado ao uso de SPA injetáveis, na década de 1980. Em decorrência disso, o interesse pela Política de Redução de Danos ampliou-se, resultando em diversas conferências internacionais que apontaram, naquela década de 1980, para a sistematização de programas orientados por tais princípios da redução de danos.

A primeira experiência foi implementada na Holanda, e o impulsionador da criação da Redução de Danos como política pública nesse país foi a verificação do fracasso das terapias tradicionais, pautadas na abstinência, e a crescente propagação de hepatites virais e HIV (FERNANDES; RIBEIRO, 2002). Apesar de autores destacarem a crítica à abstinência, esta estratégia faz parte também da redução de danos, pois é entendida como uma opção do/a

¹² Utilizarei o termo “Redução de Danos” em letra maiúscula quando me referir a política pública, e utilizarei em letra minúscula quando me referir a outras situações como: princípio, estratégia, movimento político, etc.

usuário/a. Nesse sentido, posso afirmar que a redução de danos desconstrói a ideia de “ou isso ou aquilo” e se propõe a somar as estratégias, podendo assim ser “isso e aquilo”. A estratégia de distribuição de seringas na Holanda, que se tornou popular nos programas de redução de danos, surgiu a partir da demanda levantada por um segmento de usuários organizados denominado Junkiebond. A iniciativa dos/as usuários/as de substâncias psicoativas veio denunciar um descaso com a saúde dessa população, visto que não havia qualquer tipo de medida para prevenção de doenças transmitidas pelo compartilhamento de seringas e as intervenções ocorridas até aquele momento consistiam em repressão a usuários, não atendendo às suas necessidades, mas marginalizando-os (FERNANDES; RIBEIRO, 2002).

Sobre essa experiência ocorrida na Holanda, Pablo Benevides e Túlio Prestes (2014) apontam para a perspectiva de que essa movimentação não esteve voltada para as drogas, mas teve como objetivo maior conter o surto das infecções sexualmente transmissíveis, que se expandiam em decorrência da propagação das drogas injetáveis. O autor aponta que a intenção de conter esse surto vem acompanhada de aspectos normalizadores quando, em grande medida, os/as usuários/as passam a ser associados a violência, loucura, como vulneráveis a infecções sexualmente transmissíveis, dentre outros aspectos que os aproximam da anormalidade. Nesse sentido, discute: “Há [...] um movimento de [...] normalização disciplinar à medida que àquele sujeito que faz uso de drogas é associado à delinquência à violência, a distúrbios psicológicos, à criminalidade e à periculosidade.” (BENEVIDES; PRESTES, 2014, p. 285).

Desse modo, os parâmetros de normalidade estabelecidos servem para definir quem está fora e quem está dentro; e instituem ações para trazer quem está fora mais para perto do dentro, ou para excluí-los de bens e serviços, ou seja, o parâmetro atinge a todos. De outro ângulo, Dartiu Xavier Silveira (2013, p. 74) entende que “esse programa foi uma medida muito bem-sucedida no controle da epidemia de Aids”. Para o autor, só foi possível historicamente trazer à tona o que acontecia no mundo das drogas por meio da Aids, pois de outra forma, diante de toda problemática que envolve o tema, não haveria possibilidade. Esses dois sentidos expostos convidam para a compreensão de que se, por um lado, as primeiras ações na Holanda foram acompanhadas por medidas normalizadoras, por outro, traziam à tona, mesmo que de um modo enviesado, a temática das drogas.

A reflexão desses autores em torno das primeiras ações de redução de danos na Holanda parece aproximar-se das primeiras ações no Brasil, que aconteceram em 1989 e apresentavam o mesmo contexto holandês. Isso porque as primeiras intervenções no Brasil aconteceram no município de Santos (SP), na época com maior taxa de infectos pelo vírus do

HIV, decorrente, em grande medida, do uso de substâncias psicoativas injetáveis. Nesse período, foi implementado o primeiro Programa de Troca de Seringas no Brasil, em Santos, mas uma intervenção judicial interrompeu a ação, interpretada como incentivo ao seu uso. Em 1992, o Centro de Estudos e Terapias ao abuso de Drogas (CETAD) desenvolveu o primeiro programa na Bahia. Também em 1992 foi feito o primeiro Programa de Lavagem de Seringas em São Paulo, no Proad. Silveira(2013), médico psiquiatra, que fez parte da ação, conta que, em um momento próximo ao evento, os envolvidos receberam uma ameaça de que a polícia iria prendê-los se começassem a campanha, pois era uma atitude ilegal. Em decorrência dessa ameaça, a equipe passou a noite inteira modificando os kits, colocando água sanitária neles para ensinar aos usuários/as de droga injetáveis a lavar a seringa para não correr o risco de contaminação. Desse modo, a campanha que tinha como objetivo a troca de seringas tornou-se um Programa de Lavagem de Seringas (SILVEIRA, 2013). Em 1995, o Conselho Estadual de Entorpecentes (Conen) e o CN/DST/AIDS deram intenso apoio aos Programas de Redução de Danos (PRDs) para estimular o combate ao vírus da Aids.

Nesse contexto, outras ações foram desenvolvidas com o apoio e a participação de universidades, associações de usuários/as de drogas e organizações governamentais e não governamentais, visando promover medidas de redução de danos mediante o crescente consumo de substâncias psicoativas e disseminação do vírus HIV (MESQUITA, 2001).

Assim, a partir de muitos interesses e disputas, a redução de danos passou a inspirar, também, uma discussão voltada para a humanização e desestigmatização dos usuários de SPA no Brasil. Diversos profissionais de saúde, como também movimentos que atuavam em defesa dos direitos humanos de usuários/as de substâncias psicoativas, passaram a envolver-se com essa proposta. Também foram desenvolvidas ações voltadas à implementação e ao fortalecimento da Redução de Danos como política pública e à defesa da dignidade do redutor de danos, como a Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA), criada em 1997. A regulamentação das ações de redução de danos tornou-se uma demanda, e os profissionais da saúde viam na ação uma oportunidade para repensar e reformular o problema do consumo de substâncias psicoativas no Brasil. (ABORDA, 2016).

Ora, intensificaram-se as disputas discursivas no campo moral e jurídico sobre o tema da redução de danos por uso de substâncias psicoativas. Os intensos conflitos indicavam o terreno complexo em que o tema estava imerso, pois a Política de Redução de Danos, que tem como principal eixo discursivo o respeito à escolha sobre o uso, deveria estar alinhada com o conteúdo da legislação penal brasileira sobre drogas, construída sob um modelo proibicionista e repressivo acerca desse uso.

No Brasil, mesmo com a implementação dos primeiros programas municipais e estaduais de redução de danos, as discussões permanecem marcadas por binarismos, relacionados às tensões acerca da criminalização/descriminalização, proibição/legalização. Esses conflitos são pautados, em grande medida, por um discurso moralista oriundo do proibicionismo que está atrelado a dois modelos explicativos para o consumo de drogas: o modelo moral/criminal e o modelo da doença (MARLATT, 1999). Para o primeiro, os usos de drogas compreendem um problema moral, uma prática delituosa cujo enfrentamento consiste no encarceramento dos imorais/criminosos. O modelo de doença configura os usos de drogas e a dependência como uma patologia biologicamente determinada, que deve ser abordada com a oferta de tratamento e reabilitação (MARLATT, 1999). Embora esses modelos sejam divergentes em relação às propostas de intervenção, ambos compartilham a eliminação dos usos de drogas. De acordo com essa perspectiva, as ações de prevenção são voltadas para a redução da demanda por drogas, e o tratamento consiste na abstinência como única meta possível; essa racionalidade proibicionista caracteriza-se, então, pelo autoritarismo das intervenções propostas.

Nesse contexto exposto, marcado pelo proibicionismo, foram implantados os primeiros programas de redução de danos, fortemente combatidos por setores que não a reconhecem como prática legal ou questionam sua eficácia como intervenção de saúde pública, pois até então os casos considerados graves eram encaminhados para a internação nos manicômios, grupos de autoajuda e comunidades terapêuticas.

Em relação à articulação entre o campo de álcool e outras drogas e as políticas de saúde no SUS, particularmente no campo da saúde mental, pode-se afirmar que esse estreitamento é considerado um fato histórico recente. Em relação a essa aliança, do ponto de vista do gênero, Emmanuela Lins (2007) apontam quando se estabeleceu a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras drogas: em 2003, o Ministério da Saúde reconheceu que houve um atraso do Sistema Único de Saúde na assunção da responsabilidade pelo enfrentamento de problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas, ao passo que esse atraso também acompanha o desinteresse por questões relacionadas a gênero e uso de SPA. A conclusão da pesquisa aponta que o número de documentos que incluem a feminilidade como foco de atenção é ínfimo, quando relacionado ao total de material empírico utilizado. Os autores apontam para a ausência do Estado no direcionamento das políticas públicas para esse público, em suas demandas específicas de gênero, ante a ascensão dos problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas entre a população de mulheres no País, o qual, segundo pesquisas, tem aumentado.

Prado e Queiroz (2012) apresentam dados sobre o aumento do número de mulheres usuárias de drogas entre um contingente que, em 2005, registrou um crescimento global de 15 milhões de pessoas, na faixa etária de 15 a 64 anos, envolvidas com o consumo de drogas: foi identificado o aumento do número de mulheres em relação ao de homens para alguns tipos de substâncias, especialmente as ilícitas. (OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006 apud PRADO; QUEIROZ, 2012, p. 4). Para os autores, uma explicação possível para o aumento do número de mulheres usuárias de drogas pode estar no fato de elas terem sido invisibilizadas em estudos anteriores sobre a temática, já que o uso abusivo de drogas historicamente esteve relacionado aos homens. Dentre outras coisas, identificar essa lacuna nas pesquisas aponta para a movimentação que a dimensão relacional de gênero provoca no sentido de possibilitar “um reexame crítico das premissas e dos critérios do trabalho científico existente” (SCOTT, 1995 p. 73), alargando noções acerca dos sentidos atribuídos historicamente aos/as usuários/as de drogas.

A discussão de álcool e outras drogas no campo da saúde mental se deu, inicialmente, a partir da constatação de que um terço dos leitos nos hospitais psiquiátricos eram ocupados por usuários/as de drogas, e resultou na elaboração de alguns programas de saúde¹³, não implementados pelo Ministério da Saúde, persistindo assim demandas assistenciais a esse público no âmbito da saúde pública. Também no movimento da Reforma Psiquiátrica o debate em torno dos transtornos mentais¹⁴ esteve no centro das reivindicações para a reorientação das práticas de saúde e, como consequência, os problemas em decorrência dos usos de álcool e outras drogas permaneceram invisíveis. Desse modo, os primeiros serviços substitutivos em saúde mental voltados para a atenção de usuários/as de álcool e outras drogas no Brasil foram criados uma década depois dos primeiros serviços substitutivos voltados para transtornos neuróticos e psicóticos graves¹⁵ (ALVES, 2009).

A inserção do campo de álcool e outras drogas no SUS, de modo mais específico, no campo da saúde mental, começou a se consolidar no início da década de 2000, devido a uma série de eventos e decisões políticas. Machado (2006) refere que, naquele contexto histórico,

¹³ O Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo de Álcool (PRONAL), elaborado em 1987 pela Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), é um exemplo. Esse programa objetivava organizar a rede de serviços de saúde para a atenção aos problemas associados ao uso de álcool. Por falta de recursos, o programa foi interrompido ainda na fase de treinamento de técnicos (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

¹⁴ Termo indicado pela Política.

¹⁵ Termo indicado pela Política.

coexistiam duas posições de disputa: a pressão das comunidades terapêuticas pelo financiamento do SUS, e o entendimento de que o setor público de saúde devia responsabilizar-se pelas ações e serviços nesse campo.

Em 2001, o Ministério da Saúde realizou o Seminário Nacional sobre Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas na rede do SUS; objetivava a discussão sobre a configuração de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas. Diante da conclusão de que a assistência até então disponibilizada era insuficiente, foram consensuadas recomendações para a composição de uma política pública de saúde na área de álcool e outras drogas que tinha especialmente como meta o estabelecimento de uma rede assistencial. O relatório desse seminário subsidiou as discussões na III Conferência Nacional de Saúde Mental, afirmando a necessidade de que a atenção de usuários de álcool e outras drogas fosse assumida pelo SUS, privilegiando os serviços ambulatoriais e de base comunitária a partir da lógica da redução de danos (ALVES, 2009).

O ano após esses dois eventos marca a entrada do campo de álcool e outras drogas na rede pública de saúde, na saúde mental, quando o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) foi regulamentado, e o financiamento do SUS, definido (ALVES, 2009). Ainda em 2002, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2002), que objetivava constituir uma rede de serviços extra-hospitalares, voltados para a atenção comunitária e articulados com outras redes de serviços sociais e de saúde.

Nesse sentido, consolidava-se o campo de álcool e outras drogas no SUS; e outros avanços podem ser notados: em 1º de julho de 2005, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 1.028, que instituiu a Política Nacional de Redução de Danos como política pública setorial no âmbito do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). A regulamentação dessa política fortaleceu o posicionamento do setor público de saúde como um modelo de atenção voltado para a problemática dos usos de álcool e outras drogas orientado para a minimização dos riscos e danos sociais e à saúde, sem necessariamente intervir na oferta ou nos usos. Vale destacar também que, em 2011, foi instituída a “Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”, objetivando o gerenciamento dos pontos de atendimento à saúde desse público.

Desse modo, a partir desse exposto, como a Política de RD está circunscrita na saúde pública, é importante reconhecer o seu entrelaçamento com princípios pautados pela Reforma Sanitária¹⁶, que, para além de ser uma reforma setorial, almejava servir a democracia e a consolidação da cidadania no País. Também, como está alinhavada ao campo da saúde mental, apoia-se em grande medida na Lei 10216 (BRASIL, 2001), que representa uma importante conquista da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Essa lei redireciona a assistência em saúde mental: privilegia o oferecimento de assistência em serviços de base comunitária, ampliando o terreno de cuidado para o âmbito do tecido social.

Contudo, mesmo localizada no campo da saúde pública, e amparada por todas essas leis, o campo de cuidado aos/as usuários/as de drogas ainda é atravessado pela lógica proibicionista, ao sofrer interferências que estão fora da saúde pública, como a intervenção policial, por exemplo. Em relação a esta, trazendo um pouco da minha experiência durante o período em que coordenei o projeto ‘Saúde De Cara na Rua’¹⁷, voltado para estratégias territoriais de educação em saúde¹⁸, era recorrente encontrarmos jovens, que atendíamos e moravam na rua, que haviam sido espancados por policiais durante a madrugada. Essa situação, em grande medida, remete ao modelo de “guerra às drogas” constituído nos Estados Unidos nas décadas de 1970 e 1980; fundamentava-se em medidas de forte repressão ao tráfico e ao consumo, no qual o “traficante” é tomado como principal culpado. Esse modelo inspirou vários países, inclusive o Brasil, que se encontrava no período de ditadura militar. Ele ainda reverbera em muitas práticas, mesmo com as pesquisas apontando que as políticas de repressão contra as drogas provocam mais danos e mortes do que as substâncias em si. Este fato destaca a importância de se ampliar a discussão para a intersectorialidade¹⁹, de modo a incluir outros setores, e não restringindo as discussões ao âmbito do SUS.

É importante colocar que o SUS é definido como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados na esfera de três governos (federal, estadual e municipal). Suas ações se direcionam para a promoção, prevenção, cura e reabilitação. Também convergem na nova noção de saúde do SUS, que redimensionou o conceito relacionado à doença, para incluir

¹⁶ A Reforma Sanitária aparece como resposta à crise da saúde durante a ditadura militar: além de almejar a reforma dos serviços de saúde do País, lutava-se pela cidadania e a democracia.

¹⁷ O projeto vinculava-se ao Centro de Estudos e Terapias ao Abuso de Drogas (CETAD) e tinha como eixo central promover a desconstrução cultural acerca dos mitos relacionados à questão das drogas e seus usos.

¹⁸ Ressalto que explorarei esse conceito mais adiante.

¹⁹ A intersectorialidade deve ser o eixo estruturador das políticas públicas, possibilitando uma abordagem geral dos problemas sociais.

dimensões como a cultura, economia, dentre outras. Os três princípios básicos do SUS são a universalidade, que legitima o acesso a todas as pessoas, sem distinção; a integralidade, que considera todas as dimensões do processo saúde-doença, oferecendo prestação continuada com vistas à promoção, proteção, cura e reabilitação de indivíduos e à coletividade; e a equidade, que prioriza a oferta de ações e serviços aos segmentos da população mais vulneráveis, aqueles estão expostos aos riscos de morte e adoecimento (BRASIL, 1988).

Ainda que o SUS represente uma grande conquista quanto aos direitos sociais vinculados à saúde pública, apresenta grandes lacunas no que se refere ao atendimento prestado aos usuários de SPA, que precisam desses serviços. Os atendimentos, em sua maioria, são marcados por discriminação, ausência, negação ou mau atendimento, distanciando as leis conquistadas, que descrevi anteriormente, da sua execução. Um dos motivos desse distanciamento diz respeito ao atravessamento de valores moralistas, ainda fortemente arraigados nas discussões sobre o uso de drogas e que pautam as ações desses profissionais.

2.1 SOBRE AS DEFINIÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS

Uma das ideias da redução de danos referenda o respeito à escolha, pois muitos/as usuários/as não conseguem, ou não querem, deixar de usar substâncias psicoativas. Nesse caso, incluem-se diversas possibilidades de intervenção, como, por exemplo, a troca e distribuição de seringas para usuários/as de drogas injetáveis (UDIs), a substituição de uma droga por outra, com menores consequências negativas à saúde, aconselhamentos, oferecimento da droga gratuita para evitar a intermediação do tráfico; também como exemplos de intervenção, podem-se citar atividades educativas sobre o consumo de bebidas alcoólicas e a relação com o trânsito, dentre outras ações (ANDRADE, 2004).

A Associação Internacional de Redução de Danos define esta como:

[...] um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas. É baseada na compreensão de que muitas pessoas em diversos lugares do mundo seguem usando drogas apesar dos esforços empreendidos para prevenir o início ou o uso contínuo do consumo de drogas. (IHRA, 2010, p. 1).

A definição supracitada possui relevância, pois preocupa-se com os que optam por dar continuidade ao uso e também coloca em cena a dimensão da escolha pelo usuário de drogas;

entretanto, ao mesmo tempo, evidencia um caráter normalizador, pois de que modo prevenir os danos não interfere no uso da droga? Danos para quem? O intuito de prevenir os danos, de algum modo, pode afetar as escolhas do sujeito, indo contrariamente aos objetivos almejados pela RD. Outra questão relevante que aparece é o “esforço” investido para prevenir “o início ou o uso contínuo” do consumo. Nesse caso, caberia perguntar: prevenir o consumo de quais drogas? O consumo dos hormônios femininos, por exemplo – que também podem ser definidos como droga –, não é discutido, pois há um entendimento, promovido pela indústria farmacêutica, de que essa droga é passível de ser consumida por todas as mulheres, embora, aos poucos, as pesquisas apontem para os efeitos prejudiciais causados à saúde. O que quero explicitar é que essa definição homogeneiza o entendimento de termos como *danos*, *drogas* e seus efeitos, pois diferentes interesses competem nos processos em que se institui o que é legal e o que não o é, e as representações do que implica um dano para a vida de uma pessoa variam muito também.

Uma outra definição de redução de danos:

[...] trata-se de ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica, provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias. (ANDRADE, 2004, p. 2).

Essa definição amplia a compreensão do que se entende por riscos e danos, mas anda em consonância com a definição que descrevi anteriormente, a respeito da “minimização dos riscos e danos”, que pode sugerir ações regulamentadoras aos sujeitos. Tarcisio Andrade (2004) define que as ações de redução de danos se orientam por três princípios: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade. Segundo o autor, a RD é pragmática, pois é uma prática que possui objetivos bem definidos, como o de prevenir a infecção pelo HIV e outras doenças. Na tolerância está o respeito às escolhas dos usuários, e a diversidade inclui as diferentes práticas de RD em função da multiplicidade de possibilidades de uso entre as populações de usuários. Denis Petuco e Rafael Gil (2009, p. 2) referem que

Os redutores de danos atuam junto a pessoas que usam drogas, nos locais onde estas vivem e convivem, operando estratégias de promoção de saúde que tem como base o acolhimento, a construção de vínculos e a busca de construção de itinerários terapêuticos que privilegiem o sujeito. Trata-se de “construir com”, e não de “construir para”.

Nessa definição, diferente das anteriores, o autor aponta para a criação de estratégias em parceria com o sujeito que demanda cuidados, orientando a noção para uma abordagem

cultural, quando abrange os locais onde as pessoas vivem e convivem. Pois, é nessas redes sociais que os sujeitos se constituem e é nelas que se encontram as mais ricas possibilidades de construir trajetórias terapêuticas. O autor sugere a constituição de “itinerários terapêuticos”, entendidos como caminhos em que se privilegia a construção “com” o sujeito, em vez de “para” o sujeito. “Construir com” significa investir em um espaço em que o sujeito aparece e aponta qual o caminho terapêutico a ser seguido, diferente de “construir para”, em que prevalece uma prática verticalizada e prescritiva, pois parte-se de um entendimento de que já se conhece o sujeito e suas necessidades. Também é importante destacar nessa definição o uso do termo *promoção* da saúde em vez de prevenção de doença. O pressuposto da promoção da saúde pode se desdobrar em duas estratégias bem distintas: pode ser um meio de desresponsabilizar o Estado e de fortalecer a perspectiva de que cabe ao indivíduo e aos grupos assumirem a responsabilidade por sua saúde; ou pode apontar para uma perspectiva que busca mudanças sociais mais profundas, como no caso das propostas da educação popular (CASTIEL, 2004). O segundo modo parece aproximar-se mais da perspectiva do autor. Em relação à prevenção da doença, essa abordagem incide diretamente na redução de riscos de adquirir ou controlar uma doença, ou seja, vincula-se diretamente ao conceito de *doença*, que se distancia da perspectiva da redução de danos.

A Política de Redução de Danos, instituída pela Portaria 1.028 (BRASIL, 2005), confere relevância à preservação da identidade e à liberdade de decisão do/a usuário/a, ou de pessoas tomadas como tais, sobre qualquer procedimento relacionado à sua prevenção, diagnóstico e tratamento. Desse modo, por haver diferentes modos de se relacionar com a droga, a Redução de Danos sinaliza para a multiplicidade de posições de sujeito usuário de substâncias psicoativas. Mas que posições de sujeito a política produz? Como essas posições se conectam com as noções de autonomia e liberdade do sujeito? Pretendo mais à frente, no capítulo da análise, propor alguns caminhos para pensar sobre essas questões.

O que se sabe atualmente é que há uma disputa em torno do modelo de cuidado destinado aos/as usuários/as de SPA no Brasil no âmbito do SUS: de um lado, a proposta da internação (compulsória, se necessário) nas Comunidades Terapêuticas; de outro, a Rede de Atenção Psicossocial, inspirada na Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e na Política de Redução de Danos. Esses modelos de atuação divergem em suas concepções e estratégias editando uma estranha aliança voltada para “o cuidado” dos/as usuários/as que o demandam – vale salientar que nem todos/as demandam.

As Comunidades Terapêuticas, financiadas pelo poder público, propõem a evangelização, a conversão religiosa, a punição e a abstinência como estratégias de intervenção. Desse modo, pode-se afirmar que

[...] as Comunidades Terapêuticas não são dispositivos de saúde pública. São a versão moderna dos antigos manicômios, seja pela função social a elas endereçada, quanto pelas condições de uma suposta assistência ofertada. Elas reintroduzem o isolamento das instituições totais, propondo a internação e permanência involuntárias, centram suas ações na temática religiosa, frequentemente desrespeitando tanto a liberdade de crença quanto o direito de ir e vir dos cidadãos. Portanto, rompem com a estrutura de rede que vem sendo construída pelo SUS, não havendo qualquer justificativa técnica para seu financiamento público. (OLIVEIRA, 2013, p 42).

Desse exposto, visualiza-se que estratégias com inspirações moralistas coexistem junto ao que se propõe na Política de Redução de Danos e no SUS. Adentrando na discussão sobre o campo moral, a concepção histórica das substâncias psicoativas como um mal, cujo uso é associado ao desvio e à criminalidade de seus consumidores, criou (e recria) uma compreensão que dificulta o processo de formulação e implantação de políticas públicas para usuários/as de substâncias psicoativas. A igreja católica, por exemplo, posiciona-se contra a redução de danos com o argumento de que, ao propor a diminuição do uso de substâncias psicoativas em vez de eliminá-lo, ela contribuirá para que tal hábito, qualificado como falha ou pecado, seja mantido (BOMTEMPO, 2006). Portanto, a proposta de redução do uso vai de encontro a valores reproduzidos por instituições religiosas, as quais entendem que as substâncias psicoativas não devem ser usadas, o que não converge com a proposta da redução de danos, que visa ampliar a possibilidade de cuidado para os usuários que não conseguem ou não querem eliminar o uso.

Para concluir esta seção acerca das veredas da redução de danos, apresento, ainda, uma síntese da organização das Políticas de Álcool e outras Drogas no Brasil, que são atravessadas pela Política de Redução de Danos. (INFORMALCOOL, 2016). Assim, as Políticas Nacionais sobre Álcool e outras Drogas se dividem em dois conjuntos de políticas: a Política Nacional sobre o Álcool (BRASIL, 2007), que, de um modo geral, possui estratégias voltadas para os danos causados pelo uso de álcool, como diagnóstico, campanha, fiscalização, dentre outras; as Políticas de Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003). Essas duas políticas, descritas anteriormente, elaboradas pelo Ministério da Saúde na área de drogas, visam garantir o direito assistencial aos usuários, articulando ações de promoção, prevenção e reabilitação. Seu principal enfoque tem sido a

construção e o fortalecimento de uma rede substitutiva aos manicômios, de base comunitária, para constituir a rede de atenção integral.

Por sua vez, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) coordena as atividades relacionadas à prevenção do uso indevido e assistência aos/as usuários/as, bem como a repressão do tráfico ilícito de drogas. O Ministério da Justiça é o órgão governamental central do SISNAD, sendo que as ações de redução da oferta têm a polícia federal como órgão executivo, já as ações de redução da demanda têm a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) como órgão que as executa. No SISNAD, a formulação de políticas sobre drogas ocorre através do Conselho Nacional Sobre Drogas (CONAD), por meio da participação de diferentes representantes da sociedade, sendo responsável por formular consensos e propor estratégias para a redução da demanda e a redução da oferta de drogas. Na esfera estadual, existem os Conselhos Estaduais sobre Drogas, e os municípios são estimulados a implementá-los. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é constituída pela Atenção Básica, equipe de Consultório na Rua e equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório.

Esse quadro composto pelo entrelaçamento de políticas representa uma importante conquista, embora suas ações ainda demonstrem pouca efetividade no caso dos/as usuários/as de drogas. Parece que as ações propostas pela RAPS, por exemplo, conseguem alcançar com maior êxito os casos de transtorno mental²⁰. Dentre os inúmeros motivos dessa ineficiência, a concepção moral dos/as profissionais de saúde aparece como um grande desafio a ser ultrapassado.

De tal modo, tendo apresentado, em linhas gerais, tanto a política foco desta investigação quanto o contexto mais amplo em que ela se insere, registro, a seguir, o referencial teórico-metodológico em que se inserem os conceitos utilizados nesta minha pesquisa, bem como o caminho metodológico escolhido para direcioná-la.

²⁰ Termo utilizado na Política.

3 HORIZONTE TEÓRICO-METODOLÓGICO

[...] Trata-se, pois, repito, de fazer escolhas e de tentar ser coerente com elas.
(LOURO, 2007, p. 237)

Início este capítulo com a citação de Louro, extraída de artigo em que a autora trata da tarefa de inserir-se em, e assumir, abordagens teórico-metodológicas para compor o trabalho de investigação. Mais do que isso, a citação sinaliza para a coerência com as decisões tomadas. O “repite” sinalizado me chamou a atenção, pois pareceu enfatizar a necessária atenção para que o indivíduo se mantenha alinhado com as próprias escolhas, em especial no pós-estruturalismo, que nos convida a operar com a disposição à crítica, a provisoriedade do conhecimento e as incertezas.

Nesse sentido (de muitos sentidos), apresentarei o referencial teórico-metodológico que fundamentou esta investigação em que descrevi e analisei as diferentes “posições de sujeito produzidas pela Política de Redução de Danos”. O capítulo é dividido em duas partes complementares: primeiramente, apresento os conceitos-ferramenta, que considero centrais no meu trabalho – alguns funcionaram como um pano de fundo, ou seja, ofereceram sustentação durante todo processo, outros conceitos trabalhados aqui foram utilizados diretamente nas análises; em seguida, apresento a metodologia utilizada para delinear os caminhos da pesquisa.

3.1 O TRAJETO TEÓRICO

Nesta seção, como explícito anteriormente, apresento os conceitos-ferramenta do estudo: alguns funcionaram como um “pano de fundo” na tessitura da pesquisa, estando dispostos a todo o tempo como sustentação para as análises; outros conceitos operaram diretamente no texto, ao fazer as costuras e também ampliando as discussões.

O estudo realizado foi subsidiado pelos estudos de gênero e pelos estudos culturais, naquelas vertentes que compreendem a ciência como diferentes produções de histórias acerca dos objetos pesquisados (HARAWAY, 1995). Haraway (1995, p. 134) comenta que a ciência pode-se traduzir “como um processo histórico de produções de histórias importantes para a constituição dos conhecimentos públicos”. A autora distancia-se da perspectiva cartesiana de ciência para assumir que a ciência constitui e é constituída por histórias e para enfatizar a necessidade de potencializar incertezas e tomar a parcialidade como recurso de pensamento.

Desse modo, essa perspectiva teórica me distanciou de muitas das minhas certezas, pois ela possibilita admitir que existem diversas e provisórias versões acerca dos objetos e dos sujeitos analisados. A adoção dessa perspectiva teórica se configurou como um desafio, à medida que coloca em dúvida as hierarquizações científicas com as quais fui formada, especialmente na Saúde Coletiva, fazendo com que começasse a aproximar-me da provisoriedade, da transitoriedade e das descontinuidades de teorias e conceitos.

Começo, pois, pontuando que foi a partir da chamada “virada cultural” nos anos de 1960 que a cultura passou a ser estudada e compreendida como uma dimensão que se articula a todos os aspectos da vida social. A partir de então, tornou-se possível que qualquer artefato – como o cinema, a televisão, a publicidade, a literatura, as artes, as políticas –, toda e qualquer produção que carregasse e produzisse significado fosse considerada cultural e passível de análise cultural. É a partir da porosidade proposta por esse campo de estudos da cultura que pretendo empreender uma análise da Política de Redução de Danos no contexto cultural brasileiro e refletir sobre as posições de sujeito por ela produzidas, quando se refere a usuários/as de substâncias psicoativas. Entendo que os estudos culturais me permitirão analisar os documentos da Política de Redução de Danos como artefatos culturais e pedagógicos, e contribuirão para problematizar essas posições de sujeito, produzidas pelas cadeias de significações que se articulam dentro e no entorno da Política de RD.

Na perspectiva dos estudos culturais pós-estruturalistas, a cultura é entendida como um “campo de luta entre os diferentes grupos sociais em torno da significação” (SILVA, 2000, p. 32) ou, ainda, como um campo de disputas em torno da construção de significados sobre o mundo. A cultura, nessa perspectiva, é entendida como uma prática de significação, como códigos de significados que dão sentido às nossas ações, como um campo de produção de significados, no qual grupos sociais situados em posições diferenciais de poder lutam pela imposição de seus significados (HALL, 1997; SILVA, 2000). Conforme Klein (2002, p. 17-18),

As análises propostas pelos estudos culturais problematizam a noção de cultura como legado de um grupo ou, ainda, como conjunto de experiências humanas ligadas a costumes, conhecimentos, instituições. A cultura deixa de ser um produto dado, estático e, por isso, apenas transmitido para ser vista e pensada como um campo dinâmico e de luta que constitui o social. Nessa perspectiva, a cultura está implicada nas formas pelas quais diferentes grupos produzem e manifestam suas crenças, atitudes e costumes por meio de sistemas de significação, das estruturas de poder e das instituições.

Nessa direção, é possível dizer que os sentidos atribuídos às substâncias psicoativas, a seus usos e usuários/as, ao longo do tempo, foram tomando novos contornos em diferentes instâncias da cultura. Assim, pode-se localizar a Política de Redução de Danos como um dos lugares em que esses sentidos são (re)produzidos e atualizados. A Política Nacional de Redução de Danos pode ser pensada como um resultado provisório da disputa em torno dos investimentos de uma sociedade, tanto no que se refere à significação do que se constitui como droga quanto ao que seriam cuidados de saúde para pessoas que usam substâncias psicoativas.

Nesse sentido, é possível entender os documentos que delineiam e constituem as políticas de saúde – a Política de Redução de Danos, por exemplo – como instâncias produzidas na esfera política, que atribuem sentidos e valores, definem comportamentos e formas de viver dos sujeitos, incluindo o que essas culturas definem como feminilidade e masculinidade.

Ao analisar a Política de Redução de Danos como um artefato cultural, investi não apenas em mostrar o que foi dito nos materiais que a compõe, mas em discutir como ele foi (re)produzido em nossa cultura e que significados foram sendo constituídos e fixados aos sujeitos usuários/as de drogas.

Nesta investigação, a compreensão da Política de RD como um artefato cultural que produz significações sinalizou a relevância de estabelecer uma interface com o conceito de *gênero*. Assim, tomarei a perspectiva dos estudos feministas pós-estruturalistas, que se distancia de explicações relacionadas à diferenciação entre homens e mulheres, com base em diferenças anatômicas e economicistas que foram (e são) utilizadas para justificar desigualdades sociais. Sobre este aspecto, Meyer argumenta que a opção pelo conceito de *gênero* envolveu o

[...] desafio de demonstrar que não são características anatômicas e fisiológicas, em sentido estrito, ou tampouco desvantagens socioeconômicas tomadas de forma isolada, que definem diferenças apresentadas como justificativa para desigualdade de gênero. O que algumas [feministas] passariam a argumentar, a partir daqui, é que são os modos pelos quais características femininas e masculinas são representadas como mais ou menos valorizadas, as formas pelas quais se re-conhece e se distingue feminino de masculino, aquilo que se torna possível pensar e dizer sobre homens e mulheres que vai constituir, efetivamente, o que passa a ser definido e vivido como masculinidade e feminilidade, em uma dada cultura, em um determinado momento histórico. (MEYER, 2008, p. 14).

Conforme a autora, é preciso analisar como as diferenças entre homens e mulheres são construídas socialmente, para discutir de que modo se atribuem sentidos e se produzem hierarquias nas formas de viver as feminilidades e as masculinidades.

Assim, pode-se dizer que o conceito de *gênero* foi “ressignificado e complexificado” a partir de sua aproximação com as teorizações pós-estruturalistas. Scott (1995) evidencia que a utilização do termo *gênero* é uma conquista das feministas contemporâneas, que buscam espaços para apontar a insuficiência das explicações sobre as desigualdades entre homens e mulheres, relacionadas, sobretudo, ao determinismo biológico. De modo que problematizar as diferenças entre homens e mulheres a partir de outras perspectivas significa deslocar o viés de naturalização dessa diferença.

Analisei a Política de Redução de Danos, dentre outras coisas, sob a lente analítica de gênero porque “fica evidente o intenso relacionamento do gênero com a política, com as hierarquias sociais, com os contextos econômicos e a sua participação nos eventos históricos” (WOLFF; POSSAS, 2005, p. 587). Meyer (2003) indica que nos constituímos como homens e mulheres, inseridos em uma multiplicidade de instituições e práticas sociais, por meio de um processo incompleto e descontínuo de aprendizagem. Nesse processo, inseridos no âmbito de grupos e sociedades, os sujeitos aprendem a reconhecer-se como homens e mulheres a partir de expectativas sociais que normatizam, por exemplo, atitudes específicas a homens e a mulheres. Assim, é preciso atentar a essas estratégias sutis e refinadas de organização social, tornando importante a sua desnaturalização e problematização.

O conceito de *gênero* também define que, “como nascemos e vivemos em tempos, lugares e circunstâncias específicos, existem muitas e conflitantes formas de definir e viver a feminilidade e a masculinidade” (MEYER, 2003, p. 19). Assim, uma abordagem de gênero torna visíveis alguns dos aspectos plurais e conflituosos dos processos construídos pela cultura que produzem e diferenciam corpos e sujeitos femininos e masculinos em articulação com outros marcadores sociais: classe, raça/etnia, sexualidade, geração, religião e nacionalidade. Cada uma dessas articulações produz diferentes formas de expressar as feminilidades e as masculinidades (MEYER, 2003).

Um estudo direcionado pela perspectiva de gênero sugere que não se tomem exclusivamente as mulheres e suas condições de vida como objetos de análise, mas que se descrevam e problematizem as relações de poder nas quais tanto feminilidades quanto masculinidades são produzidas, de forma hierarquizada e desigual. Essas relações implicam uma constituição relacional dos “sujeitos de gênero”, que é sempre atravessada por aspectos sociais e culturais. Assim, nesta investigação, colocou-se também a necessidade de analisar as

diferentes formas pelas quais o gênero atua constituindo a própria política, no sentido de tornar determinados “papéis, funções e processos possíveis e necessários” (MEYER, 2003, p. 20). Nesse sentido, gênero é um operador importante, pois é tomado aqui como um organizador do social e da cultura.

Do ponto de vista conceitual, o termo *política pública* possui diversas definições que, em alguma medida, não dialogam entre si. Uma política pública pode se orientar por uma perspectiva mais multicêntrica, em que são consideradas organizações privadas, organizações não governamentais e organismos multilaterais, junto aos atores estatais, para definição de uma política; ao contrário do que seria uma abordagem estadocêntrica, que considera as políticas públicas um monopólio de setores estatais. Nesse sentido, Secchi (2010, p. 4) aponta que

A abordagem multicêntrica adota um enfoque mais interpretativo e, por consequência, menos positivista, do que seja uma política pública. A interpretação do que seja um problema público e do que seja a intenção de enfrentar um problema público aflora nos atores políticos envolvidos com o tema.

Desse modo, uma abordagem multicêntrica possibilita que os gestores manejem as políticas públicas como “espaços de construção de sentido” (FARENZENA, 2011, p. 97), na intenção de enfrentar um determinado problema público. Assim, é possível conceber a Política de Redução de Danos como “ações [...] destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos, necessários para atingir os objetivos estabelecidos” (SARAIVA, 2006, p. 29).

Bandeira (2005) sinaliza que pensar em uma política pública que contemple o gênero não é pensar em uma política direcionada exclusivamente para as mulheres, pois, compreendendo-se o conceito de *gênero* como relacional, ao se falar em homens, constitui-se também uma fala sobre as mulheres, e vice-versa:

[...] políticas públicas de gênero implicam e envolvem não só a diferenciação dos processos de socialização entre o feminino e masculino, mas também a natureza dos conflitos e das negociações que são produzidos nas relações interpessoais, que se estabelecem entre homens e mulheres e internamente entre homens ou entre mulheres. (BANDEIRA, 2005, p. 9).

Pode-se dizer que as políticas deveriam não apenas levar em conta os processos de diferenciação e de socialização masculino/feminino, mas considerar, sobretudo, a dimensão constitutiva e interdependente dessa relação (MEYER; FÉLIX; VASCONCELOS, 2013).

Contudo, esses processos de decisões que constituem uma política pública consistem, em grande medida, em acordos e conflitos com, e entre, diferentes grupos de uma sociedade, para chegar a uma definição de estratégias comuns para os sujeitos.

Uma política pública, dentre outras coisas, pode ser compreendida como espaço de produção de sentidos, ou seja, uma instância pedagógica que transforma os indivíduos em sujeitos de uma determinada cultura. Assim, as dimensões pedagógica e política presentes em uma política pública se confundem, pois se diluem as fronteiras que delimitam o ato de cada margem, de tal forma que o pedagógico e o político são tomados como sendo mutuamente constitutivos.

Desse modo, como refere Silva (1999, p. 139), a política indica o potencial educativo de seu funcionamento, pois, “tal como a educação, as outras instâncias culturais também são pedagógicas, também têm uma ‘pedagogia’, também ensinam alguma coisa”. Em se tratando da RD, pode-se inferir que a política institui formas diversificadas de conceber e intervir nos (e sobre os) sujeitos que usam substâncias psicoativas; e as ações destinadas aos serviços de saúde, em grande medida, funcionam como prescrições institucionais, que passam a reger o cotidiano dos serviços, assim como “as relações entre as pessoas que vivem, convivem e ali circulam, o modo como elas se comportam ali dentro, os saberes e fazeres ali desenvolvidos, o cuidado ofertado [...]” (VASCONCELOS; SEFFNER, 2015, p. 271). Assim, a reflexão sobre o modo como os documentos analisados estabelecem essas relações pedagógicas me acompanhou durante todo o processo de análise. Na esteira dessa reflexão, operei com a noção de *educação* entendendo-a como conjunto de

Processos pelos quais indivíduos se transformam em sujeitos de uma cultura, reconhecendo que existem muitas e diferentes instâncias e instituições sociais envolvidas com esses processos de educar, algumas delas explicitamente direcionadas para isso, enquanto que em outras esses processos educativos não são tão explícitos e nem mesmo intencionais. (MEYER *et al.*, 2006, p. 1337).

Nesse sentido, é possível afirmar que educação inclui, no caso de políticas como a RD, uma importante dimensão do que definimos, nesta abordagem, como *ensino*, uma vez que ela objetiva, dentre outras coisas,

[...] transmitir, informar, ofertar, apresentar, expor, explicar. Trata-se, em certa medida, de um processo que busca conduzir condutas, produzir determinadas práticas, incluir e excluir, hierarquizar e normalizar os sujeitos: quem sabe e quem não sabe, quem segue e quem não segue as regras, quem está dentro e quem está fora de determinados padrões de normalidade. (PARAÍSO, 2011, p. 266).

Para compreender esses aspectos relacionados ao ensino circunscrito ao campo da saúde, aproximei-me do conceito de *educação* em saúde: esta pode ser definida como um processo que tanto pode manter concepções hegemônicas de saúde e vida saudável quanto disparar resistência às concepções colocadas como certas e erradas em relação à saúde, em uma determinada cultura. É um campo em que discursos são construídos e veiculados a partir dos modos pelos quais cada cultura concebe perspectivas de saúde e doença, e formas de se viver de modo saudável (FÉLIX, 2012).

Esses discursos constituem políticas públicas nas quais determinadas configurações das relações saber/poder investem na produção de sujeitos e de verdades sobre usuários/as de substâncias psicoativas. De modo que não foi possível compreender o funcionamento desses saberes sem analisar a complexa relação de poder que os constitui;

[...] as produções de verdades não podem ser dissociadas do poder e dos mecanismos do poder, ao mesmo tempo porque esses mecanismos de poder tornam possíveis, induzem essas produções de verdades, e porque essas produções de verdades têm, elas próprias, efeitos de poder que nos unem, nos atam. (FOUCAULT, 2010, p. 229).

Sobre a definição de *discurso*, na perspectiva dos estudos foucaultianos, não há uma estrutura permanente que possa explicar “o que são os discursos”, tampouco se pode tratá-los como conjuntos de signos com elementos significantes que remetem a conteúdos e representações, mas sim “como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam” (FOUCAULT, 2010, p. 55). Conforme Mauricio Ferreira e Clarice Traversini (2013, p. 211) o discurso “autoriza emergir prescrições sobre a experiência prática, não apenas descreve a situação através de palavras e significados, como cria uma realidade possível”. De acordo com Paul Veyne (2011, p. 50), “os discursos são as lentes através das quais, a cada época, os homens perceberam todas as coisas, pensaram e agiram”.

De tal modo, o conceito de *discurso* se refere ao conjunto “de saberes e práticas ‘que formam sistematicamente os objetos de que falam’, ou seja, os discursos que estariam supostamente descrevendo um real pré-dado estão, de fato, implicados com a produção desse real e de seus sujeitos” (MEYER, 2004, p. 53). Fischer (2001) aponta que o discurso sempre se produziria em relações de poder, seria constitutivo da realidade e originaria inúmeros saberes. Também nesse sentido,

[...] nos discursos, existe um lugar determinado e vazio que pode ser ocupado por diferentes indivíduos e pode-se considerar que é a partir desses lugares que

indivíduos se tornam capazes de pensar, falar e agir, de determinados modos, em circunstâncias específicas. (FISCHER, 2001, p. 53).

Nessa perspectiva, analisar o texto de uma política significará escapar da interpretação daquilo que estaria “por trás” dos documentos, e assim explorar os materiais “na medida em que eles são uma produção histórica, política; na medida em que as palavras são também construções; na medida em que a linguagem também é constitutiva de práticas” (FISCHER, 2001, p. 199).

A Política de RD expressa diversas relações de disputa por intermédio de discursos diferenciados. Pode-se destacar, por exemplo, a disputa de discursos que configuram relações de poder entre os que criminalizam o uso de substâncias psicoativas ilícitas e os que defendem a descriminalização do uso dessas substâncias. Para conhecer o funcionamento e os efeitos da política, torna-se necessário “o exame de relações de poder, colocadas em ação nas proposições programáticas dos governos que as promovem” (MEYER *et al.*, 2014, p. 888).

Portanto, a política está envolvida em relações de poder, e a sua consolidação no âmbito das práticas cotidianas é tanto o produto dessas relações quanto seu constituidor. Moreira e Tadeu (2011) apontam que o poder se expressa em relações sociais em que indivíduos ou grupos específicos estão submetidos à vontade e ao arbítrio de outros. Para os autores, “[...] o poder se manifesta através das linhas divisórias que separam os diferentes grupos sociais em termos de classe, etnia, gênero etc. Essas divisões constituem tanto a origem quanto o resultado de relações de poder.” (MOREIRA; TADEU, 2011, p. 37).

Contudo, reconhecer que a política está atravessada por relações de poder não significa ter compreendido essas relações. À medida que o poder é ação, movimento, fluxo, é preciso reconhecê-lo como tal e descrever o seu funcionamento; a análise da política consiste em realizar essa descrição. Moreira e Tadeu (2011) apontam que o poder não está centrado em pessoas ou atos legais, mas perpassa relações presentes nas rotinas e rituais institucionais cotidianos, e isso transforma a análise dessas relações em um esforço contínuo. Para Foucault (1988, p. 45),

O poder vem de baixo; isto é, não é, não há, no princípio das relações de poder, e como matriz geral, uma oposição binária e global entre os dominadores e os dominados, dualidade que repercute de alto e baixo e sobre grupos cada vez mais restritos até as profundezas do corpo social.

Assim, o conceito de *poder*, no sentido foucaultiano, permite argumentar que a produtividade do poder está em processos e relações, e sustenta que os significados não estão

dados, não são desde sempre os mesmos, portanto não são naturais e são disputados. Dessa forma, o modo de operacionalização da política depende da perspectiva e intenção do governo, dos profissionais que a operam, do contexto em que ela se insere e é (re)produzida para os sujeitos.

Essa (re)produção possui uma estreita ligação com a constituição do sujeito. Se o modo de ser desse sujeito se produz a partir de uma prática social, o social é significado, assim como os indivíduos envolvidos no processo de significação também o são. Entretanto, os sujeitos não são a origem, nem mesmo a causa, mas efeitos discursivos. Fischer (2012, p. 82) aponta:

[...] não estamos diante da manifestação de um sujeito, mas nos defrontamos com um lugar de dispersão e de sua descontinuidade, já que o sujeito da linguagem não é um sujeito em si, idealizado, essencial, origem inarredável do sentido: ele é ao mesmo tempo falante e falado, porque através dele outros ditos se dizem.

A ideia de dispersão do sujeito sugere que, a cada fala, dependendo do lugar em que me situo, posiciono-me de diferentes modos, e a posição de sujeito é definida pelo trânsito do sujeito nos discursos: é possível, portanto, ocupar várias posições, vários lugares de sujeito. Trazendo um pouco mais da definição de *sujeito*, Foucault, ao recusar uma teoria prévia do sujeito, como no caso da fenomenologia ou do existencialismo, coloca o saber como questão e passa, então, a considerar como o conhecimento era possível. Assim analisou as relações existentes entre a constituição do sujeito ou das diferentes formas de sujeito e os jogos de verdade, as práticas de poder, dentre outras. Nesse sentido, procurou mostrar

[...] como o próprio sujeito se constituía, nessa ou naquela forma determinada, como sujeito louco ou são, como sujeito delinquente ou não, através de um certo número de práticas, que eram os jogos de verdade, práticas de poder etc. Era certamente necessário que eu recusasse uma certa teoria a priori do sujeito para poder fazer essa análise. (FOUCAULT, 1984, p. 272).

Pode-se afirmar que o sujeito, no sentido foucaultiano, é historicamente constituído a partir de imposições exteriores, como a cultura, a sociedade, dentre outras. E, assim como o sujeito louco foi constituído por quem o declarava louco, os/as usuários de drogas também o são. Isto significa dizer que este sujeito é construído em meio aos discursos e ao poder. Nesse sentido, posições de sujeito referem-se às formas que o sujeito assume em determinadas posições que lhe são atribuídas.

Não é uma substância. É uma forma, e essa forma nem sempre é, sobretudo, idêntica a si mesma. Você não tem consigo próprio o mesmo tipo de relações quando você se constitui como sujeito político que vai votar ou toma a palavra em uma assembléia, ou quando você busca realizar o seu desejo em uma relação sexual. Há, indubitavelmente, relações e interferências entre essas diferentes formas do sujeito; porém, não estamos na presença do mesmo tipo de sujeito. Em cada caso, se exercem, se estabelecem consigo mesmo formas de relação diferentes. (FOUCAULT, 1984, p. 272).

Ora, a Política de Redução de Danos analisada foi tomada, neste estudo, como um mecanismo de poder que produz saberes, orienta práticas e busca atuar na constituição de diversas posições de sujeitos usuários/as de drogas. Paraíso (2012, p. 29) aponta que “o sujeito é um efeito das linguagens, dos discursos, dos textos, das representações, das enunciações, dos modos de subjetivação”; mediante essa afirmação, busquei investigar esses posicionamentos problematizando a política pública como produto e produtora de sujeitos usuários/as de drogas, procurando delinear, dentre outras coisas, como o gênero – pelas coisas ditas e, sobretudo, por meio do silêncio, da suposta neutralidade da linguagem e da homogeneização do que se define como uso de SPA, dentre outras dimensões – atravessa e marca essas posições.

A seguir, apresento os caminhos investigativos desta dissertação, que foram delineados ao longo do estudo.

3.2 O CAMINHO METODOLÓGICO

Diante da necessidade de conhecer o contexto histórico em que a Política de Redução de Danos se tornou possível e necessária, busquei produções em repositórios de teses e dissertações na tentativa de “garimpar os significados em uma multiplicidade de histórias e textos” (WORTMANN, 2009, p. 80). Desse modo, realizei o levantamento de produções dos últimos 10 anos nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Na busca no Portal CAPES, utilizei inicialmente os termos *mulheres* e *substâncias psicoativas*, o que resultou no aparecimento de 49 estudos; no mesmo portal, busquei materiais no campo da educação como área temática de busca, e não havia publicações respectivas. Na página da SCIELO, utilizei os mesmos termos para a busca, sendo encontradas 15 publicações; posteriormente, ao realizar uma nova busca na SCIELO, com os termos *mulheres* e *drogas*, 19 estudos foram identificados. No que diz respeito à busca na base de dados LILACS, ao utilizar as palavras

mulheres e substâncias psicoativas, surgiram 18 arquivos; ainda, foram encontrados um trabalho apresentado em evento e três dissertações relacionadas ao tema. Também nessa base de dados, procurei pelos termos *Política de Redução de Danos, Redução de Danos, mulheres e drogas*, e não houve publicações. O período delimitado para a busca de teses e dissertações foi do ano de 2005 até o ano de 2015.

O resultado das pesquisas encontradas corroborou minha suposição de que tanto a política quanto os serviços de saúde provavelmente não consideram que o gênero seja um marcador importante; elas se referem, supostamente, a um sujeito neutro do ponto de vista de gênero. Entretanto, os estudos encontrados também discutem um aumento do uso de substâncias psicoativas por mulheres no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como trazem hipóteses sobre esse aumento. Alguns trabalhos abordam aspectos relacionados à busca de cuidados e (im)permanência nos CAPS ad por mulheres usuárias, o que sinaliza que a inserção da perspectiva de gênero seria um elemento importante para qualificar as intervenções nesse campo.

Entretanto, as hipóteses sobre o aumento do uso, na maioria dos trabalhos encontrados, utilizavam o referencial biológico para explicar a causa desse aumento, além da mudança nos papéis de gênero femininos e masculinos e a subordinação das mulheres.

Esses estudos aos quais me referi situam-se em outras perspectivas teóricas. Por essa razão, e considerando a questão de pesquisa que pretendo privilegiar nesta investigação, considero que o trabalho empreendido se inscreve em uma perspectiva pouco explorada nas pesquisas acadêmicas de inspiração pós-estruturalista.

Vale salientar que, ao vincularmo-nos à perspectiva teórica do pós-estruturalismo, sabemos que estamos nos inserindo num campo de pesquisa onde não encontramos um manual que indique os passos a serem seguidos. No caso desta pesquisa, os passos foram escritos à medida que me aproximei ainda mais do objeto, sempre apoiada pelo referencial teórico que adoto e que me indica perspectivas. Como disse na introdução desta dissertação, a pesquisa documental foi a forma de produção do material empírico, e a análise cultural, a forma de analisar o material produzido, a partir das ferramentas e dos referenciais dos estudos culturais e de gênero. As investigações nessa direção, conforme aponta Meyer, Klein e Fernandes (2012, p. 51),

[...] estão menos preocupadas em buscar respostas para o que as coisas de fato são, e se preocupam mais em descrever e problematizar processos por meio dos quais significados e saberes específicos são produzidos, no contexto de determinadas redes de poder, com certas consequências para determinados indivíduos e/ou grupos.

O passo seguinte ao levantamento de produções acadêmicas foi reunir e selecionar os documentos para análise. Como nesta dissertação situo-me no campo da educação, privilegiei documentos normativos e seus desdobramentos em materiais educativos, todos eles vinculados ao Ministério da Saúde, uma vez que a política estudada está situada nessa pasta do Governo Federal. Selecionei o documento oficial da Política de Redução de Danos, a Política do Ministério da Saúde para Usuários de Álcool e outras Drogas, a Política de Drogas do Estado da Bahia²¹, uma cartilha e um livro que versam sobre estratégias educativas para a Redução de Danos, ambos financiados pelo Ministério da Saúde (MS) e produzidos pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

A escolha da pesquisa documental como procedimento de investigação permitiu a seleção dos documentos oficiais das políticas públicas escolhidas, à medida que apresentavam algum tipo de conexão com o tema relacionado a gênero, substâncias psicoativas e redução de danos, além de possibilitar que outros artefatos culturais que se desdobram dessas políticas também pudessem constituir o material de análise. Isto porque a pesquisa documental é um método que “permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social” (CELLARD, 2008, p. 4), pois o material elencado é constituído por uma história que mostra como e por que a política se fez necessária. Para V́ictora, Knauth e Hassen (2000, p. 72), “são objeto de pesquisa documental os documentos oficiais (leis, regulamentos), pessoais (cartas, diários, autobiografias), públicos (livros, jornais, revistas, discursos)”.

Assim, a relevância da pesquisa documental para este estudo esteve na aproximação com os textos que servem de base para implantação e implementação das políticas públicas em nosso país. Em relação aos documentos da Política Nacional de Redução de Danos, seus materiais passam a instituir e veicular determinadas linguagens que incidem sobre os sentidos atribuídos a substâncias psicoativas e aos/as sujeitos usuários/as.

O material empírico selecionado foi analisado na perspectiva da análise cultural. Analisar a Política de Redução de Danos e outros textos selecionados nessa perspectiva significou problematizar a política como linguagem e como artefato cultural. Tomar a concepção de cultura como histórica, provisória, instável e múltipla significou declarar os limites da análise cultural, assim como assumir o caráter contingente, provisório e particular

²¹ Minha experiência no campo de álcool e outras substâncias psicoativas deu-se no estado da Bahia; assim, por se tratar de uma política que conheço e em cuja implementação já estive inserida como trabalhadora, escolhi a política da Bahia para compor o material de análise.

dos resultados da análise (ANDRADE, 2008). As análises culturais, conforme destacam Michael Menser e Stanley Aronowitz (1998, p. 34), fazem “‘incisões’ e recortam espaços nesses outros campos de estudos, sem, no entanto, colocar em acordo esses ‘retalhos’, assumindo um patchwork imperfeito”. A partir da análise cultural, costurei de forma crítica meu objeto de estudo a outros conhecimentos, dando visibilidade a aspectos ainda não vistos por outras pesquisas e também não percebidos por mim em minha prática.

Vale salientar que as “políticas de drogas”, dentre outras coisas, naturalizam o uso de alguns termos: usuários/as, abuso, dependência, crime, etc. É possível verificar esse fato a partir da ausência de definições nas políticas. Nesse sentido, a análise cultural investe para “expor esse processo de naturalização”, pois muitas vezes a “origem social” (SILVA, 1999, p. 134) do termo é esquecida e o seu uso passa a se comprometer com outros sentidos.

Dessa forma, estive sempre atenta para encontrar e reunir informações sobre meu objeto de estudo e articulá-lo com aprendizagens, a fim de assim poder dizer mais sobre ele, problematizando e multiplicando sentidos onde eles pareciam “dados”. A esse respeito, Paraíso (2012, p. 35) comenta:

Lemos com muita paciência os “ditos e escritos” sobre o nosso objeto para conhecer, mapear, mostrar o que já foi dito, pesquisado, significado, escrito, publicado, divulgado sobre o objeto que escolhemos para investigar. Ocupamo-nos do já feito e sabido sobre o nosso objeto para suspender as verdades, mostrar como funcionam e investigar o que faz aparecer determinados discursos [...], determinadas práticas e certos saberes.

Não me aproximei da política para compor uma “verdade” sobre o que podia estar contido nos textos selecionados. Intencionei entendê-los como resultado de uma “produção histórica; política; na medida em que as palavras são também construções; na medida em que a linguagem também é constituidora de práticas” (FISCHER, 2012, p. 74). Na política, analisei o que ela diz, mas também o que deixa de dizer e o que produz com esses ditos e silêncios.

Nessa direção, e para dar conta desta análise, a tabela apresentada a seguir me serviu de roteiro durante o exame dos documentos para a produção do material empírico, possibilitando organizá-los, de forma a definir o que seria destacado. O primeiro olhar foi direcionado para a origem do documento, a sua referência e/ou publicação, para então questioná-lo em relação a Quem diz? Para quem diz? O que diz? Quais os efeitos?

Nesse sentido, categorizei os materiais a partir do que o documento indicava em relação à produção de sujeitos usuários/as e às marcas de gênero desses sujeitos.

1. Tabela de Categorização

Material	Referência/publicação	Quem diz?	Para quem diz?	O que diz e sobre...?	Efeitos?
				-os sujeitos usuários/as de drogas -os sujeitos de gênero	

Fonte: PEIXOTO, 2015, p. 44

O material organizado na tabela indicada²² encaminhou-me para a consolidação de duas unidades analíticas, apresentadas no capítulo final desta dissertação, sejam elas: o sujeito usuário/a da política e o sujeito de gênero.

Durante a escrita, dentre outros desafios, estava a necessidade do distanciamento da minha vida profissional e militância, para que impressões já em mim sedimentadas não atravessassem o olhar para os materiais. Considero esse movimento essencial, não para neutralizar mas para refinar um olhar interessado.

A partir dos recortes dos textos, pude visualizar o modo como se dá a constituição de sujeitos na política e questionar o que é fixo e o que se movimenta no intuito de multiplicar os sentidos colocados.

Vale salientar que, apesar do grande esforço empreendido na tarefa da análise nesta pesquisa, nem tudo esteve ao meu alcance; muitas coisas escaparam, outras transbordaram. Junto a isso, o tempo foi demarcando limites para a conclusão do mestrado acadêmico dentro do prazo estipulado. Mediante o exposto, apresento a seguir o capítulo das análises a partir dos alcances possíveis.

²² A dissertação de Peixoto (2015) inspirou-me na criação desta tabela que contribuiu para a organização da análise.

4 OS MOVIMENTOS DE (RE)PRODUÇÃO DE POSIÇÕES DE SUJEITO USUÁRIO/A DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: ATRAVESSAMENTOS DE GÊNERO

“[...] Qualquer traço, linha, ponto de fuga,
qualquer fresta, furo, vão de muro,
qualquer coisa que não fixe.”
Arnaldo Antunes

Início este capítulo de análises com o trecho de uma música que se entrelaça com alguns questionamentos que me acompanharam ao longo da pesquisa sobre a (re)produção de posições de sujeito usuário/a de substâncias psicoativas pela Política de Redução de Danos. Isto porque ir tateando as pistas que apareciam nos documentos analisados me remetia a explorar sentidos constituídos sobre essas posições de sujeito, e no seu entorno, para entender e discutir, também, alguns de seus possíveis efeitos: o que uma determinada posição demarca quando fixa um sujeito? Por que e como isto ocorre? Que muros, pontes e divisões se produzem para, e envolvem, os indivíduos que assumem, ou são colocados, nessas posições? É possível escapar dessas denominações?

Desse modo, com e a partir dessas questões, que se desdobram em muitas outras, este capítulo foi tecido e subdividido em duas partes. Inicialmente discuto os diferentes modos pelos quais se fala sobre – e, portanto, se posiciona – o sujeito usuário/a de SPA nos documentos da política. Nesse sentido, analiso alguns significados e definições que, ao dizerem o que esse sujeito é, dividem e multiplicam essas posições, conferindo a tal sujeito uma especificidade na nossa cultura que também produz determinados efeitos nas ações sugeridas/indicadas às instituições que se direcionam a esse público. Como são diversos os termos utilizados e as posições identificadas, dividi essa primeira parte em três seções denominadas *movimentos* em que são organizadas as unidades temáticas em discussão. Nomeei as seções de *movimentos* pois entendo que, quando colocamos esses temas em discussão, uma certa circulação em seus sentidos é provocada. Na segunda parte, analiso de modo mais específico dimensões vinculadas ao gênero que emergiram durante a análise que fiz desses documentos. Isso porque, em meu percurso de pesquisa, explorar inicialmente os diversos sentidos atribuídos aos sujeitos usuários/as contribuiu para que eu pudesse compreender como o gênero poderia estar enredado nesses processos de nomeação. Essa escolha acabou sendo muito produtiva pois consolidou um espaço para que aparecesse o universo em que este tema se acomoda/desacomoda a todo o tempo.

Vale ressaltar que o material empírico examinado se mostrou mais rico e complexo do que se esperava no momento inicial, pois o que entendia, até então, sobre pesquisas com documentos era que suas sinalizações/ensinamentos seriam evidentes, unívocos e lineares. Entretanto, a cada leitura, novos elementos emergiam, pontos de vista e significados se multiplicavam e outras reflexões se tornaram possíveis. Inclusive porque tecer a análise dos documentos desta pesquisa foi um processo marcado por movimentos de busca por pistas que auxiliassem na compreensão de muitos termos utilizados, já que estes não eram explicitamente definidos; dentre eles: *abuso*, *dependência*, *usuário/a*, *autonomia* e outros. Dar-me conta desta suposta fixidez de sentidos de termos centrais na política, sinalizou-me a necessidade de problematizar a naturalização, homogeneização e essencialização de determinados sentidos a eles atribuídos, bem como a explorar outras possibilidades de significação, o que pode ter efeitos importantes sobre os tipos de manejo privilegiados no campo conhecido como “álcool e outras drogas” no Brasil.

Adentrando na discussão sobre os conceitos que permeiam o tema “álcool e outras drogas”, é consenso que discursos sobre drogas e seus usos circulam em diversos meios, como a mídia, leis e documentos normativos e campos de conhecimento; e são enunciados por cientistas, médicos/as, antropólogos/as, psicólogos/as, professores/as, também por policiais, usuários/as, ex-usuários/as, jornalistas, líderes religiosos, dentre outros/as, que visam responder questões referentes à droga, quem a usa, sua produção, seu comércio e seus usos (ROSA, 2012). No que diz respeito ao contexto atual da saúde mental, há diferentes formas de se abordar/entender conceitos, termos e classificações, como *uso*, *abuso*, *crime*, *vulnerabilidade*, etc., oriundos de diferentes saberes – das ciências sociais, ciências jurídicas, ciências da saúde, humanas e de práticas integrativas e complementares. Vale salientar que uma fundamentação majoritária nos saberes médicos sustenta em grande medida essas discussões, impondo verdades às demais áreas. Neste contexto, integrando um determinado regime de verdades situado em um determinado momento histórico, a Política de Redução de Danos institui, educa e organiza um conjunto de ensinamentos sobre o sujeito usuário/a de drogas posicionando-o de diversos modos.

4.1 MOVIMENTO 1 – USO/DEPENDÊNCIA/ABUSO: O QUE A (IN)DEFINIÇÃO DESSES TERMOS SUGERE?

Em 1 de julho de 2005 foi publicada a portaria n. 1028 do Ministério da Saúde, que inclui a Política Nacional de Redução de Danos. Esse documento normativo definiu que a redução de danos se destina a

Art. 1º Determinar que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.

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

Art. 8º Definir que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas em todos os espaços de interesse público em que ocorra ou possa ocorrer o consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, ou para onde se reportem os seus usuários. (BRASIL, 2005, p. 1)

Destaco, do excerto, um conjunto de palavras que me chamaram a atenção e poderiam constituir chaves para abertura e alargamento das análises:

“produtos, substâncias ou drogas”;

“uso de produtos [...] que causem dependência”;

“ações de saúde [...] a usuários ou a dependentes”;

“consumo de produtos [...] que causem dependência, ou para onde se reportem os seus usuários”.

Poder-se-ia tomar, inicialmente, os termos *produtos*, *substâncias*, *drogas* como sinônimos mas, no contexto desta investigação, faz sentido discutir essa aparente sobreposição de sentidos dos termos para explorar distinções entre eles. Assim, a portaria parece interessar-se por um uso (no singular) que causa dependência, mas será que esse uso pode ser feito também de modo plural? Qual uso/ou quais usos causam dependência? O sujeito que aparece como referente das ações é nomeado como *usuários* ou *dependentes*; essas posições se sobrepõem? Existem somente essas posições? Por fim, o termo *consumo* substitui o termo *uso*, ambos teriam o mesmo sentido? Diante dessas denominações, pode-se ainda perguntar: que diferentes posições de sujeito o uso desse conjunto de palavras, e os múltiplos sentidos que elas carregam no texto da política, institui?

Dentre outras coisas, compreendo essa (in)definição de termos como jogos de poder nos quais os sentidos das palavras reverberam com diferentes consequências na nossa cultura, favorecendo determinados interesses econômicos e políticos, demarcando fronteiras ao classificar os que ficam dentro e fora delas. Numa perspectiva pós-estruturalista, as palavras “constituem significações a partir do uso que delas fazemos” (CONDÉ, 1998, p. 138).

Assim, em relação aos termos destacados do excerto, *uso/consumo*, no dicionário possuem sentidos distintos: a palavra *uso* se relaciona mais com *maneira, atitude, ato de usar*, diferente de *consumo*, que se refere a ingestão, deglutição, ao *ato de consumir e tornar-se consumidor* (HOUAISS, 2001). Essa exploração inicial sobre possíveis diferenças entre os termos me pareceu importante, pois no texto destacado da política essas palavras parecem ser utilizadas de forma indiferenciada para caracterizar a relação entre o sujeito e a substância psicoativa, qualificando-a como dependência, o que se visualiza nos trechos “*uso* [de drogas] que causem dependência” e “*consumo* [de drogas] que causem dependência”. Os dois termos sinalizam a quem a política se destina, mas ao mesmo tempo reduzem essa relação à dependência, o que pode levar a inferir que toda pessoa que procure algum tipo de cuidado, nesse campo, mantém esse modo de uso/consumo com a substância. Entretanto, também se sabe que o vínculo entre o indivíduo e a droga é mais amplo, incluindo um universo de significados que sustenta várias possibilidades desse elo, seus motivos e efeitos. Além disso, cada usuário/a faz usos diferentes e se relaciona de diferentes formas com as diferentes drogas. Desse modo, essa relação linear de causa-efeito (*uso/consumo = dependência*) pode levar o indivíduo a evitar a aproximação com serviços de saúde como o CAPS, mesmo quando deles precisa, com receio de ser nomeado como um/uma dependente, vez que esta nomeação produz diferentes efeitos em sua vida.

Os termos *droga, substância, produto* carregam sentidos que os aproximam, outros que os diferenciam, e tanto o modo quanto o contexto de relações em que são utilizados produzem diferentes efeitos – por isso serão aqui explorados. Em sentido amplo, o termo *droga* origina-seda palavra *droog* (do holandês antigo), que significa *folha seca* – isso porque antigamente a maioria dos medicamentos era feita à base de folhas. A medicina define como *droga* “qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento” (CEBRID, 2014, p. 2), ou seja, são drogas tanto os medicamentos quanto o tabaco, o álcool e as drogas ilícitas, como cocaína, maconha, heroína, etc.

Alguns autores – por exemplo, Lins (2007) – informam que a legislação brasileira antiga teria cometido um equívoco com a tradução da palavra *drug* como *entorpecente*. Do

ponto de vista farmacológico, substâncias entorpecentes são as que causam torpor, desfalecimento, perda de energia, a exemplo dos oleáceos, tais como morfina e heroína. Como nem toda substância psicoativa produz esses efeitos, assim como nem todo entorpecente pode ser classificado como ilícito, a legislação atualmente abandona o sentido farmacológico do termo e adota uma definição jurídica (LINS, 2007). Também, a adoção da palavra *droga* em substituição a *entorpecente* tenta alinhá-la aos textos internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas (ONU), entre outros. Nos documentos analisados nesta pesquisa, o termo *droga* está relacionado a substâncias capazes de causar dependência, e estas estão especificadas por portaria publicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) vinculada ao Poder Executivo. A Organização Mundial da Saúde (1974 apud ROMANI, 1999/2004, p. 61) também define drogas como

[...] substâncias químicas, que se incorporam ao organismo humano, com capacidade para modificar várias funções deste (percepção, conduta, motricidade, etc.), mas cujos efeitos, conseqüências e funções estão condicionados, sobretudo, pelas definições sociais, econômicas, culturais que geraram os conjuntos sociais que as utilizam.

As variações na definição de o que é *droga* ao longo da história indicam que parece não ser possível fechar os sentidos que lhe são atribuídos e, assim, dizer com certeza o que a droga é e quais substâncias são, de uma vez para sempre, classificadas como tal. O termo *substância* é usado de forma genérica na política, e pode se referir, dentre outras coisas, a medicamentos farmacêuticos que em nada alteram o sistema nervoso central. Por sua vez, o adjetivo *psicoativo* associado ao termo *substância* para se referir a droga procura circunscrever seus efeitos principalmente ao sistema nervoso central. E a palavra *produto* faz referência ao resultado da produção, peça, objeto, e com esse sentido pode-se também entender a substância como produto que desencadeia determinadas reações químicas ou biológicas.

A Política trabalha também com alternâncias: em dado momento, relaciona o público-alvo de suas ações com drogas que provocam dependência e que, assim, produzem uma posição de sujeito usuário/a dependente; ora generaliza ao direcioná-la para quem faz usos diversos de drogas, produzindo a posição de usuário/a. Nota-se uma certa (in)definição em relação a quem a política se destina, pois não fica evidente a distinção entre usuário/a e dependente. Seria intencional? Quer ela inferir que usuário/a e dependente constituem a mesma posição de sujeito? As posições de sujeito usuário/a e sujeito dependente podem ser, mas usualmente não são, superpostas, pois usar é uma ação do sujeito usuário/a que pode ter

como efeito/resultado depender e, portanto, tornar-se um sujeito dependente. Pode-se, pois, afirmar que o significado da droga em uma cultura contribui para posicionar os sujeitos de diferentes maneiras. Nos documentos examinados, foi possível, então, inicialmente, dar visibilidade às posições de usuário/a e dependente.

No entanto, no Brasil, as drogas são classificadas também, e em articulação com abordagens moralistas, sanitárias, econômicas e políticas, como sendo lícitas ou ilícitas; com esse binarismo, produz-se mais uma grande fronteira marcada por muitas (in)definições; ou, (in)definições vinculadas com alguns interesses e não outros.

O modo como se qualifica (e se aborda) uma droga ilícita, e dessa forma um/uma usuário/a dessa droga, é diferente da qualificação de uma droga lícita; e isso confere posições diferenciadas a esses sujeitos. Como exemplo, a ilicitude da maconha provoca um olhar diferenciado para o/a usuário/a, diferente do olhar para um usuário ou usuária de cigarro comum, embora saibamos da nocividade presente nas substâncias desse cigarro. Em muitos casos, drogas lícitas provocam problemas de saúde maiores do que determinadas drogas consideradas ilícitas. Como exemplos, a aspirina, a partir de três gramas, pode ser mortal para adultos/as e crianças; o cigarro é a droga que mais causa mortes no mundo; o álcool causa inúmeros acidentes e crimes. Portanto, é indispensável salientar que o controle da circulação dessas substâncias decorre de interesses morais, econômicos e políticos, imersos em um jogo de poder que não diz respeito, necessariamente, à saúde e à segurança pública. Esses interesses estabelecem normas de controle, legitimando e liberando a circulação de algumas substâncias em detrimento de outras; e, dessa forma, caracterizam-se também os/as usuários/as.

Como já referi, *usuário* é um termo central do documento²³. O termo *usuário/a* se refere a uma pessoa e ao ato de usar a droga. A psiquiatria classifica o/a usuário/a como experimentador, definido como aquele que teve o primeiro contato com a substância; ocasional, utiliza drogas de vez em quando; habitual, está a um passo do vício; e dependente, dependente físico e psíquico da droga (CEBRID, 2013). Essas qualificações apontam para formas, modos, intensidades de uso da substância, levam à compreensão de que o/a usuário/a está localizado/a em algum nível de uso; e, em função disso, um diagnóstico indicará uma relação que pode ser de doente/doença. Desse modo, é possível para o profissional da saúde avaliar quais ações serão destinadas a ele/ela. Se, por um lado, essas classificações favorecem

²³ Aqui utilizo o termo no masculino, tal como está a Política.

a composição de um raciocínio clínico/psiquiátrico voltado para o modo de cuidar dos/das usuários/as, por outro, podem funcionar como um modo de regulação, em que as categorizações demarcam linearmente o que é um uso normal e um uso anormal, circunscrevendo a vida dos indivíduos a esse binarismo.

Trazendo um pouco da minha experiência, durante o período em que fui residente em saúde mental/coletiva em um CAPS ad e quando trabalhei em um ambulatório voltado para usuários/as de drogas, ambos na Bahia, era muito comum as reuniões semanais em que se discutiam os casos acompanhados iniciarem a partir do diagnóstico psiquiátrico para, a partir desse eixo, se pensar nas estratégias que seriam utilizadas para o acompanhamento do indivíduo. Notava que essas naturalizações dificultavam movimentar o raciocínio sobre os casos, movimento esse que permitiria tomar outros elementos como ponto de partida, como, por exemplo, a rede de apoio disponível para o/a usuário/a em questão.

Essas definições sinalizadas também levam a um entendimento limitado sobre a relação do indivíduo com a droga quando, por exemplo, há uma aproximação entre hábito e vício: quais os limites entre eles? Um hábito (“ação que se repete com frequência e regularidade” (HÁBITO, 2016)) pode ser administrado por uma pessoa: por exemplo, quando ela faz um uso continuado de uma substância como a bebida alcoólica e nada é alterado em sua vida. Nesse sentido, esta repetição pode não ser associada ao vício, que envolveria uma “dependência física ou psicológica que faz alguém buscar o consumo excessivo de uma substância” (VICIO, 2016). A compreensão do limite entre hábito e vício, dentre outras coisas, está relacionada à substância utilizada, pois o uso constante de analgésicos, por exemplo, em geral não é considerado vício. Ainda segundo a definição anterior, a dependência, considerada então como uma das posições passíveis de serem atribuídas ao/à usuário/a, aparece em um documento analisado:

Na dependência, o indivíduo, em vez de enfrentar a realidade e lidar com as suas vicissitudes, transforma apenas sua percepção da realidade como forma de alienação. (NIEL; SILVEIRA, 2008, p. 7).
--

Nesse recorte, a dependência é relacionada a elementos da psicopatologia que compõem um diagnóstico, como “enfrentar a realidade”, “percepção da realidade” e “alienação”. Esta relação nos leva a questionar: que marcas tais elementos inscrevem no termo *dependência*? Os termos listados têm sido compreendidos de formas específicas e, portanto, produzem também efeitos específicos sobre os indivíduos aos quais se aplicam. No campo das

teorizações psi vigentes, *enfrentamento da realidade* tem sido compreendido como a disposição do indivíduo para encarar uma gama de situações; a *percepção da realidade*, como o processo através do qual os indivíduos interpretam as informações nas quais embasam seus sentimentos e ações em relação a outras pessoas; a *alienação* está relacionada ao sintoma de negação, na tentativa de não aceitar a realidade em decorrência de um fato perturbador (DALGALARRONDO, 2008).

O documento, portanto, ao assumir essas definições, entrelaça a dependência com a indisposição do/a usuário/a de enfrentar a realidade, negando-a. Contudo, o que a psiquiatria encara como uma *alienação da realidade* pode, inversamente, significar para o/a usuário/a um modo de enfrentá-la, ou seja, a relação com aquela substância pode estar funcionando como um aporte para enfrentar algumas situações vividas de vulnerabilidade. Esta segunda compreensão sugeriria que o foco do acompanhamento de usuários/as nessas circunstâncias não deveria ser direcionado para o uso das drogas em si, mas para a compreensão da situação vivida e o oferecimento dos suportes necessários e possíveis.

Para exemplificar, trago uma experiência de acompanhamento terapêutico durante o período em que estagiava no Programa de Intensificação de Cuidados, na Bahia: um adulto com crises psicóticas intensas e constantes, que vivia da venda de materiais reciclados, em uma situação precária em todos os âmbitos (moradia, relacionamentos, etc.), com uma convivência ruim e conflituosa com a família. Durante os momentos insustentáveis das crises, ele recorria à internação psiquiátrica, quando passei a acompanhá-lo. Notamos que, aos poucos, foram diminuindo as solicitações para a internação. Contudo, nesse período, ele iniciou o uso constante do *crack*, e fez uso durante quase um ano, com frequência de três ou quatro dias semanais²⁴. O uso do *crack* era justificado diante dos momentos em que era vivido o insuportável extremo. Trago esse exemplo para sustentar o argumento de que a droga pode entrar como um suporte para sustentar as fragilidades na vida de uma pessoa. Também ressalto que, durante esse acompanhamento, foi essencial focar a atenção para dimensões que não estavam relacionadas ao uso do *crack*, mas, por exemplo, ao desejo de ir ao dentista pela primeira vez aos 40 anos, a ter um fogão, a conseguir um emprego, a mediar a relação ruim e conflituosa com a irmã, dentre outras. Também ressalto que, se esse caso começasse a ser analisado por profissionais da saúde durante o período em que se deu o início do uso de *crack*, possivelmente poderia ser enquadrado como o de um dependente.

²⁴ Caso publicado no artigo “Transbordamento psicótico: desafios e possibilidades de intervenção”.

Em relação ao conceito de *dependência* da Organização Mundial de Saúde, é considerado por Carneiro (2002 apud ROSA, 2012, p. 68) como sendo o mais utilizado atualmente:

Este é o termo hoje adotado como o mais indicado, de acordo a uma nomenclatura normatizada internacionalmente pela OMS, mas antes dele houve outros termos análogos e igualmente oficiais em suas épocas, tais como “adição”, “hábito”, “transtornos da vontade”, “insanidade moral” [...]. A demonização do “drogado” e a construção de um significado suposto para o conceito “droga” alcançam na época contemporânea um auge inédito. Um fantasma ronda o mundo, o fantasma da droga, alçado à condição de pior dos flagelos da humanidade. Afinal, o que é a dependência de drogas? Hábito, vício, necessidade, desejo, vontade. Na definição atualmente aceita, o “abuso” se distinguiria do “uso” por produzir um quadro de tolerância, síndrome de abstinência, compulsividade, desestruturação da vida pessoal e persistência no consumo apesar dos efeitos nocivos.

O conceito de *dependência* implica considerar diretrizes fundamentadas internacionalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e deveria ser empregado pelos médicos e demais profissionais da saúde com base em parâmetros utilizados no CID, cujo objetivo é classificar doenças, práticas e, por extensão, também as pessoas às quais o diagnóstico se aplica. Essa dependência é diagnosticada pela CID-10, com uma lista de requisitos, sendo que enquadrar-se em três ou mais desses requisitos permite a emissão do “diagnóstico definitivo”:

Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento durante o ano anterior: (a) um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância; (b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo; (c) um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: a síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência; (d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes das substâncias psicoativas são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas (exemplos claros disto são encontrados em indivíduos dependentes de álcool e opiáceos, que podem tomar doses diárias suficientes para incapacitar ou matar usuários de drogas não tolerantes); (e) abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos; (f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos conseqüentes a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga; deve-se fazer esforços para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano. (OMS, 2008, p. 74-75).

O uso da especificação “diagnóstico definitivo”, marcado entre aspas acima, parece atribuir uma marca que fixa o sujeito, de forma definitiva, a um “ponto de chegada sem volta”, compondo a posição de sujeito usuário/a dependente. Ou seja, no âmbito dos discursos médico-psiquiátricos, essa operação transforma o sujeito usuário em um sujeito doente, o que implica legitimar um conjunto amplo de ações de cuidado, controle, prescrição, acompanhamento e, algumas vezes, punição a ele direcionadas.

Em relação ao diagnóstico de dependência, Rosa (2012) aponta que os diagnósticos se fundamentam em uma relação de saber-poder, que incorporam e reproduzem, também, juízos de valor de uma época, de uma cultura, de um campo profissional. Para o autor, esses diagnósticos intervêm na vida dos/as usuários/as e acabam por estigmatizá-los por não se adequarem “a certa normalidade subjetivada pelos próprios médicos ou psiquiatras e legitimada pelo poder que estes profissionais detêm” (ROSA, 2012, p. 64). Vale salientar que os discursos constituídos autorizam o lugar de fala e de saber-poder desses profissionais, e os documentos analisados, ao instituírem as posições de sujeito usuário, produzem, ao mesmo tempo, também as posições de sujeito profissional de saúde.

Cabe, ainda, referir as fragilidades na formação dos/as profissionais de saúde para lidar com questões relativas aos usos de drogas. Ocorre que, em geral, os cursos de formação são baseados em perspectivas moralistas e pouco preparam os/as profissionais para olharem o uso de drogas de outras e novas perspectivas.

Ampliando a discussão acerca do termo *dependência*, trago a chamada de uma matéria exposta durante o carnaval, de um conhecido jornal veiculado no estado de São Paulo, o *Estadão*: “Bateria de dependentes químicos desfila na região da cracolândia” (FÉLIX, 2016). Esse fato fornece algumas pistas sobre os efeitos de ser classificado como dependente de um químico (do *crack*) e estar associado com essa região designada como *cracolândia*. Podemos nos perguntar: de que lugar se diz e o que se quer produzir a partir das marcações *dependentes químicos* e *cracolândia*?

A manchete em pauta remete a normas, padrões e valores que, em sua relação com saberes e poderes de diversas ordens, qualificam determinados sujeitos como *dependente químico*; qualificam, ao mesmo tempo, seu ambiente de moradia – e essas qualificações permitem estabelecer comparações entre os de dentro e os de fora. Essa notícia circula pois a região em questão tem sido palco de implementação de uma estratégia experimental de abordagem do uso do *crack* e de um investimento público altamente contestado pelos grupos que têm interesse em tornar a área atrativa a investimentos privados, abrindo espaços para empresas do setor imobiliário.

Esse contexto demarca, então, um campo de disputas entre sentidos acerca do cuidado e interesses econômicos e políticos, no qual a prefeitura de São Paulo, para reintegrar os/as moradores/as da cracolândia, passa a implementar o programa “De braços abertos”, que funciona por meio de oferta de trabalho remunerado, alimentação e moradia, e com orientação de intervenção não violenta. Esse programa, a partir de uma outra perspectiva, tem sinalizado para avanços significativos em relação aos moradores locais no que diz respeito à melhoria das condições de vida da população usuária local. Nesse contexto de disputas, recorrentemente retoma-se a intensificação do policiamento no local, e reforça-se também o viés higienista com o qual se justificam o deslocamento e a criminalização da população local. É também nesse conjunto de circunstâncias contestado que a chamada do jornal assume sentidos que a "transformam em notícia" a ser veiculada pela grande mídia.

Nessa disputa, marca-se o dentro e o fora estabelecendo-se os limites das semelhanças e diferenças, do aceitável e do inaceitável, do limpo e do sujo, do moral e imoral. Para Foucault (2000), a normalização organiza um conjunto de práticas, colocadas em ação em diferentes instituições disciplinares – prisões, hospitais, fábricas, escolas, etc. –, nas quais também se incluem os órgãos executivos formuladores e implementadores de políticas públicas. Esse poder opera como uma medida comum que homogeneiza e diferencia, inclui e exclui, classifica e normaliza. Os indivíduos são cada vez mais individualizados por medidas comparativas, e essa individualização normativa não tem exterior, o que significa dizer que a norma integra tudo, inclusive os considerados anormais, ou seja, ninguém está fora da norma, ainda que ela institua polaridades.

Toda essa produção de sentidos (re)produzida pela mídia não ocorre de forma independente das relações sociais, pois a cultura é compreendida como “constitutiva do social, implicada na disputa pela criação e imposição de sentidos para os diferentes grupos sociais” (KLEIN, 2003, p. 17). Esses processos produzem e colocam em circulação modos de ser e de conceber o/a outro/a de um modo e não de outro. Nesse mesmo sentido, a mídia e as políticas públicas movimentam-se no empenho de influir, moldar e regular os modos de ser dos sujeitos.

Retomando o conceito de *dependência* da OMS, essa definição multiplica os sentidos possíveis dos termos *uso/dependência* e introduz um terceiro: *abuso*, diretamente articulado com *dependência*. Para Carneiro (2002), o surgimento do conceito de *abuso* relacionado à figura do *drogado* apareceu de forma progressiva nas sociedades modernas ocidentais, no final do século XIX e início do século XX, concomitantemente ao surgimento de uma série de outros personagens, como os homossexuais, loucos, ninfomaníacos, dentre outros, marcando

uma posição de sujeito fixa e homogênea relacionada aos que estão localizados fora da norma.

A definição de *abuso* apontada pelo autor está relacionada ao sentido do verbo *abusar* significado pelo *uso excessivo, incorreto, impróprio*. Esse termo também aparece na Política de Drogas do Estado da Bahia, que o define a partir da classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV):

“O abuso consiste em um padrão de uso de drogas recorrente, relacionado a problemas legais, fracassos no trabalho, na escola ou na família [...]” (BAHIA, 2012, p. 12).

Nesse trecho, a relação com a substância é considerada abusiva quando há uma identificação do rompimento desse sujeito com expectativas sociais relacionadas a trabalho, escola, família e lei, ou seja, quando se rompe com aspectos normativos da vida social. Sobre esses aspectos normativos, Foucault (2000, p. 302) coloca:

A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar. A sociedade de normalização não é, pois, nessas condições, uma espécie de sociedade disciplinar generalizada cujas instituições disciplinares teriam se alastrado e finalmente recoberto todo o espaço – essa não é, acho eu, senão uma primeira interpretação, e insuficiente, da idéia de sociedade de normalização. A sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação. Dizer que o poder, no século XIX, tomou posse da vida, dizer pelo menos que o poder no século XIX, incumbiu-se da vida, é dizer que ele conseguiu cobrir toda a superfície que se estende do orgânico ao biológico, do corpo à população, mediante o jogo duplo das tecnologias de disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulamentação, de outra. Portanto, estamos num poder que se incumbiu tanto do corpo quanto da vida, ou que se incumbiu, se vocês preferirem, da vida em geral, como o pólo do corpo e o pólo da população.

Nesse sentido, o material analisado mostra, em alguma medida, a aplicação da disciplina e do domínio sobre o corpo, que leva a população a ser orientada por várias normas que regulam a vida, e funcionam a fim de manter a disciplina e a ordem social. Dessa forma, levam-me a questionar se seriam possíveis usos abusivos de algumas SPA caso estivessem dentro de um padrão em que o/a usuário/a correspondesse a certas expectativas nos âmbitos citados no excerto: trabalho, escola e família. Saliento que há algumas substâncias ilícitas que, mesmo utilizadas por pessoas que correspondem às expectativas sociais, não podem ser consideradas no âmbito da normalidade – o *crack*, por exemplo. O indivíduo a ser corrigido aparece nesse jogo de poder, em meio a esse conflito, em um sistema que existe entre a família, e, depois, a escola, a igreja, a polícia, dentre outras dimensões (FOUCAULT, 2000).

Nesses enlaces, aparece a constituição de um binarismo que diferencia duas posições de sujeito possíveis quanto ao uso abusivo: aqueles que fazem uso de algumas SPA e mesmo assim estabelecem relações desejáveis com a família, o emprego, relações sociais; e aqueles usuários/as que não conseguem estabelecer essas mesmas relações. Assim, esta segunda posição mostra que o uso se torna um problema, definido como *abuso*, quando as relações esperadas não são cumpridas; esse polo, de algum modo, inclui os/as que escaparam das normativas sociais. Entretanto, estes indivíduos podem não corresponder a essas demandas por vários motivos: por não se enquadrar nas expectativas impostas socialmente, por dificuldade de aprendizagem, por falta de emprego, por não conseguirem se manter em relacionamentos amorosos, por fragilidades no relacionamento com a família, dentre outras coisas.

Trazendo um pouco da minha experiência profissional para sustentar esse argumento, durante o período em que trabalhei como coordenadora técnica em uma CAPS ad, no interior da Bahia, muitos casos que chegavam ao acolhimento do serviço, inclusive alguns encaminhados pela justiça, informavam inicialmente que a problemática do indivíduo estava relacionada ao uso abusivo de alguma substância como álcool, maconha, *crack*, dentre outras. Contudo, durante o acompanhamento, visualizávamos, em grande parte dos casos, que as questões que o haviam levado inicialmente a buscar o CAPS não estavam relacionadas ao uso de drogas, mas a alguma outra questão como as que citei anteriormente, que podem ou não levar ao uso abusivo de SPA. Todavia, nessas situações, o uso da droga torna-se o grande argumento para explicar a problemática vivida pela pessoa (e não o contrário); muitas vezes, também, o uso pode não ser abusivo, mas acaba por ser assim classificado. Nesses casos, vale ressaltar, a maioria desses usuários são homens adultos. Quando ficava entendido entre a equipe técnica do serviço que a sua problemática não envolvia o uso que fazia de drogas, dificilmente conseguíamos dialogar com outro serviço da rede de saúde, da saúde mental, da assistência social, etc. para um possível encaminhamento, pois a questão do uso se sobrepunha a qualquer outra questão. Desse modo, a real demanda do indivíduo, muitas vezes, não era contemplada com as ações disponíveis no serviço.

Sob outros aspectos, a composição desse binarismo *uso abusivo aceitável/não aceitável* atua para multiplicar o anterior *drogado/não drogado*, pois há uma fratura na homogeneidade dos polos deste, mostrando níveis de uso de drogas possíveis, criando diferentes posições de sujeito e, ao mesmo tempo, rasurando a noção de que não drogado é alguém que não usa, uma vez que também pode incluir quem usa de modo aceitável ou controlado.

Nessa direção, o que se pode ver é que as fronteiras se movem, são rasuráveis: de uma fronteira entre quem usa e quem não usa para uma fronteira entre os que usam de forma aceitável, controlada e seguem correspondendo à norma e os que não correspondem e estão fora da norma. Produzem-se, assim, diferentes níveis de uso: níveis de uso considerados *aceitáveis*, e o que se define como *uso inaceitável e descontrolado*, quase sempre associado com a posição de sujeito *usuário/a com vida desestruturada*, sobre a qual descreve-se:

[...] a percepção medicalizadora que identifica “consumidores com vida desestruturada” (por desemprego, marginalização, prostituição, etc.) ou qualquer outro critério de anormalidade, aproxima a redução de danos do proibicionismo levemente reformado como o de Portugal, que não mais penaliza os indivíduos flagrados com pequenas porções de psicoativos, mas os encaminha para tratamento compulsório. A medicalização traz consigo o deslocamento da criminalização mais direta (encarceramento) para outras formas de controle e restrição de liberdade. (RODRIGUES, 2003, p. 267).

Sob este olhar, o que se define como *mau uso*, que nem sempre representa um uso nocivo para o indivíduo sob outros pontos de vista, pode associar a pessoa a uma incapacidade de corresponder ao que é esperado dela, em determinadas situações e contextos. Ou seja, um uso é tomado como *nocivo* a partir de valores que circulam socialmente, do que pode fazer mal para a saúde, para a segurança pessoal, ou para a carreira, e do que não pode, instituindo parâmetros do que se entende por um *mau uso*. Tais parâmetros informam sistemas de classificação que agrupam certos tipos de indivíduos, homogeneizando-os: eles passam a ser tratados como doentes, dependentes, incapazes, etc., desconsiderando-se que esse uso pode ser maléfico para alguns, afetando suas vidas, mas pode não o ser para outros. Também essa nocividade possui “pesos” diferentes quando afeta mulheres, jovens, pobres, idosos/as, pessoas que vivem com doenças crônicas, etc.; essas parcelas da população talvez sejam mais vigiadas do que outras em relação ao uso, e essa vigilância muitas vezes aparece através de mecanismos de antecipação criados na tentativa de minimizar possíveis “efeitos negativos” decorrentes desse uso considerado indevido. Contudo, ao se classificar um uso como *indevido*, reduz-se a compreensão de que os usos possuem sentidos diferentes para cada pessoa e em diferentes grupos.

Em relação a este aspecto normalizador que venho discutindo, Siqueira (2010) aponta que ele é operado sobre os usuários/as considerados abusivos por meio do controle de suas condutas tidas como excessivas, no sentido de torná-las mais moderadas. Importante se faz demonstrar-lhes a necessidade de reeducação, voltada para a contenção de seus gastos; a vivência “equilibrada” de sua sexualidade, com o uso de preservativos e o controle do número

de parceiros e parceiras; na afirmação de que o trabalho será saudável se não ameaçar as relações familiares e as amizades; ressaltando que algumas drogas, e não outras, são (ou podem ser) produzidas, comercializadas e consumidas se forem legais, prescritas e controladas. Dessa forma, são criadas intervenções terapêuticas que investem em aproximar tais sujeitos daqueles comportamentos/atitudes/características normalizados. Neste sentido, Foucault (2014, p. 57) afirma que

[...] a normalização é uma tecnologia de poder garantida pela avaliação, comparação e classificação dos indivíduos entre si, que ocorre não apenas por meio de uma normatividade científica de caráter corporal, orgânico, biológico, anatomofisiológico, mas também de caráter psicológico e social que distingue os indivíduos na sociedade comparando-as com as demais [...]

Assim, por meio desses processos, vale salientar que todos os indivíduos, tanto os que rompem com os padrões esperados/desejados para eles quanto os que não os rompem, estão submetidos, em alguma medida, à normalização. Contudo, os que são considerados normais, de algum modo, ficam invisibilizados; o que a Política faz é dar visibilidade ao que escapa, ao que precisa ser contido.

Do ponto de vista do gênero (muito pouco evidenciado na Política), parece haver uma pista na definição de *abuso* apontada anteriormente, pois, se essa definição envolvesse usuárias mulheres, não seria suficiente referir apenas a “resolução de problemas legais, de trabalho, escola ou família”, no contexto de desigualdade social. Seria necessário multiplicar os sentidos de “trabalho, escola e família” e incluir outras competências e responsabilidades, para evidenciar outras exigências como determinados cuidados com o próprio corpo, não somente por saúde mas para corresponder a padrões culturais estéticos sobre o corpo feminino; o trabalho doméstico, ainda exigido, em grande medida, das mulheres; a dedicação à família, ainda entendida como uma capacidade inata da mulher; as diferenças salariais, evidenciadas. Desse modo, esse diagnóstico de abuso apontado parece não contemplar distinções produzidas pelo gênero, talvez porque haja ainda uma dificuldade em associar a mulher ao uso/abuso de SPA, embora estudos mostrem números crescentes entre as mulheres – como os de Prado e Queiroz (2012), com dados sobre o aumento do número de mulheres usuárias de drogas.

Assim, um olhar sensível às abordagens de gênero permite ir “encontrando” pistas nos documentos em relação à naturalização da relação entre uso de SPA e masculinidade e de uma feminilidade que não se droga. Neste sentido, incorporam-se na Política, de forma naturalizada e silenciada, representações de feminino/masculino ainda ativas nas culturas, e

que, neste caso, contribuem para dificultar o dimensionamento de uma demanda de cuidado e o acesso a um serviço social.

Como refere Dagmar Meyer (2005, p. 88), em nossa cultura, as mulheres têm sido estimuladas, predominantemente, de duas formas. Como mulheres,

[...] a não beber, não fumar, exercitar-se, comer as coisas adequadas, escolarizar-se, ter equilíbrio emocional, ter um trabalho remunerado, gerir adequadamente o orçamento familiar, escolher bem o parceiro, fazer exames regularmente etc. E como mãe, para que seja capaz de acompanhar de perto e intensivamente o crescimento e o desenvolvimento infantil e, especialmente, o desempenho escolar de seus filhos, sempre colocando as necessidades bio-psico-sociais destes à frente das suas, em quaisquer circunstâncias ou condições.

A autora destaca diversos elementos normativos, que permitem comparar, diferenciar, classificar, para atribuir determinadas posições de sujeito às mulheres; tais normas funcionam como uma medida natural e fixa que as separa em normais e anormais, regulando e conformando o que é entendido como uma *mulher adequada* ou uma *mulher inadequada*, tornando-as comparáveis. A *mulher inadequada* seria aquela que não é considerada apta por diversos motivos para corresponder a essas normativas. Para Ewald (2000, p. 86), a norma é a “medida que, simultaneamente individualiza, permite individualizar incessantemente e ao mesmo tempo torna comparável”. Nessa fronteira, onde se situa a mulher usuária de drogas? Quais os sentidos constituídos acerca dessas mulheres?

Assim, pode-se afirmar, os aspectos regulatórios incidem sobre as mulheres, independentemente dos usos das drogas; os usos de SPA operam como um argumento para demarcar essas ordens regulatórias sobre seus corpos nos jogos de poder, marcando-as como *drogadas, cracuda*”, *incapazes de gerir sua própria vida, incapazes de cuidar do/a filho/a, da família*, dentre outras características incapacitadoras de suas vidas e seus modos de ser. Pode-se, então, argumentar que a definição de *abuso* no excerto antes destacado parece não incluir, quando indica dimensões de vida que podem estar/tornar-se desorganizadas, dimensões definidas como importantes nas vidas.

Até aqui, as análises investidas nesta dissertação sugerem, pois, que a redução de danos constitui uma política agenciadora de importantes ações para redução da incidência de doenças transmitidas pelo consumo de SPA, para o incentivo à prática de sexo seguro, dentre outras coisas. É, sobretudo, uma relevante conquista política e uma instância potente de visibilizar, de outras formas, os/as usuários/as de SPA. Ao mesmo tempo, e sob vários aspectos, continua atuando pedagogicamente, no sentido de manter a norma e educar para

garantir a manutenção da ordem vigente, como venho procurando argumentar, a partir e com os documentos analisados.

Procurei, nesse primeiro movimento, identificar e discutir diferentes termos utilizados nos documentos da Política a respeito do tema álcool e outras drogas argumentando que, em alguns casos, eles são usados como se seus sentidos fossem a-históricos, homogêneos e fixos; e, em outras situações, seus sentidos se embaralham, multiplicam e conflituam, como ocorre com as expressões *uso/consumo*, *substância/droga/produto*, *usuário/dependente/doente*. Considero essa disputa de sentidos, como venho argumentando, um jogo de poder, que visa corresponder, sustentar e/ou confrontar interesses econômicos e políticos. Isto porque o significado que uma droga possui em uma cultura contribui para posicionar o sujeito usuário de diferentes modos, muitas vezes fixando-o a uma posição de dependente/doente. Sendo assim, quando, em alguma medida, as políticas públicas são permeadas por essas indefinições, acabam por investir na manutenção das normas, constituindo binarismos definidores sobre a quem corresponde ou não um determinado padrão esperado socialmente.

Ao lado dessas (in)definições, identifiquei duas estratégias discursivas distintas implicadas com a nomeação de sujeitos: uma, operada com a qualificação direta de quem é o/a usuário/a de SPA; outra, que evidencia a posição ocupada pelos sujeitos através das ações propostas nas políticas. Na primeira situação, o/a usuário/a é caracterizado/a de forma direta nos documentos: o “usuário de drogas injetáveis”, o “usuário de maconha”, o “usuário dependente”, o “usuário habitual”, entre outras nomações. Essa nomeação caracteriza a pessoa para que, a partir disso, possa orientar o estudo do caso, e sejam traçadas metas de cuidado e intervenção; assim, a nomeação *usuário dependente* acionará todo um raciocínio de cuidado acerca daquela pessoa e do que é entendido por *dependência*. Por outro lado, a naturalização dessas nomeações, e o modo como são manejadas, pode estabelecer uma homogeneidade entre a pessoa que usa e a droga, inferindo um olhar que os confunde, definindo o que será direcionado a ele a partir da substância e tudo que a envolve. Principalmente no que decorre ao “mau uso”, como os efeitos no organismo, as doenças sexualmente transmissíveis; também ao ambiente de uso, que geralmente se caracteriza por lugares “sujos”, “mal frequentados”, “escondidos”, dentre outros.

Assim, instaura-se uma certa ambiguidade entre o/a usuário/a e a droga, como se fossem uma coisa só; a ele/ela será direcionada uma compreensão universal, reduzida à sua relação com a droga, de um modo fixo, que não permite movimentos. Este fato toca, em alguma medida, a privação de todas as suas manifestações de singularidade e criatividade, de modo que o seu pertencimento e cabimento no mundo são completamente restringidos. Numa

relação binária, é criado o outro como um oposto, e a ele é destinada a privação de toda a potência de vida.

Na segunda estratégia, há uma produção de posições de sujeito através das necessidades identificadas a partir do uso de drogas, constituindo-se demandas de cuidado/intervenção. Assim, as intervenções, quando voltadas para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) a usuários/as de SPA, levam à inferência do determinado tipo de droga utilizada por estes/estas – injetáveis, por exemplo. Também podem levar ao entendimento de que os/as usuários/as são, necessariamente, vulneráveis a relações sexuais de risco e, desta forma, associam-se noções como *descontrole sexual*, *negligência* e *irresponsabilidade*, *promiscuidade*, dentre outras, a esse público. No que diz respeito às ações de prevenção ao uso de SPA nas escolas, reforça-se a noção de que os/as jovens em processo de escolarização também estão mais suscetíveis ao uso de SPA, além de explicitar-se uma escolha sobre quais jovens importa proteger e informar.

Nessa direção, uma leitura possível dos documentos remete também à concepção de que as escolas seriam espaços estratégicos para ações de prevenção ao uso de drogas. Essas abordagens educativas voltadas à temática drogas, nas escolas, têm sempre um viés de prevenção que parte do princípio de que jovens escolares não são usuários/as. As estratégias preventivas nesses espaços são pautadas principalmente em três direções: na diminuição da oferta do produto, a partir de ações de repressão destinadas à redução da disponibilidade dessas substâncias; na diminuição da demanda por parte do/a usuário/a, em que são utilizadas ações com perspectiva proibitiva; e na influência sobre as circunstâncias que favorecem a oferta e a procura (MOREIRA; SILVEIRA; ANDREOLI, 2006). Nesse sentido, são ações que não se preocupam com o modo particular com que o uso aparece na vida de cada pessoa, e como cada um significa essa relação. Também desse ponto de vista, em caso de identificação de alguma problemática, não é aprofundada a investigação sobre se de fato é causada pelo uso de SPA.

Na mesma esteira de reflexão, a Cartilha para Profissionais da Saúde indica que “cerca de 25% dos casos de Aids estão direta ou indiretamente relacionados à categoria de exposição ao uso de drogas injetáveis” (NIEL; SILVEIRA, 2008, p. 14). Também, a Política de Redução de Danos tem como um de seus objetivos a “urgência de diminuir os índices da infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas injetáveis” (BRASIL, 2005, p. 1). Mediante essas colocações, é possível dizer que a Política, ao instituir uma ação destinada a um determinado público, também produz uma compreensão acerca desses sujeitos, identificando-os a uma doença. Como exemplo, essa estratégia de RD apoia-se no pressuposto

de que os/as usuários/as de drogas injetáveis possivelmente serão infectados/as por HIV e/ou Hepatites B e C; e, o que é ainda mais grave, poderão vir a infectar outros. Nessa direção, a Política parece responsabilizar os sujeitos usuários de SPA pela prevenção, numa relação de culpa/culpado e vítima; produz-se, assim, um sujeito vulnerável e estigmatizado, e prescrevem-se ações institucionais apoiadas por essa premissa.

Assim, com essas estratégias, nomeações são produzidas e atribuídas a determinados indivíduos e grupos, posicionando-os em determinados lugares na esfera do cuidado e do social. Esse posicionamento abre um leque de possíveis efeitos – ações do Estado e de suas instituições e agentes – sobre as vidas e corpos desses sujeitos. Trazer à tona essas posições de sujeito (re)constituídas pela Política é importante, pois esta depende dessas posições para funcionar/existir. Então, de algum modo, é necessário desnaturalizá-las, colocá-las em movimento, rachar essa noção de universalidade e fixidez, pois essas posições descrevem os/as usuários/as em cadeias de sentidos cristalizados: *usuário de drogas injetáveis/doenças sexualmentetransmissíveis/incapaz/doente*, dentre outros.

4.2 MOVIMENTO 2 – COMO A NOÇÃO DE AUTONOMIA PODE OPERAR NAS POSIÇÕES DE SUJEITO USUÁRIO/A DE SPA?

Trago nesta seção a noção de *autonomia*, vinculada ao uso de SPA, mencionada nos documentos analisados, tendo em vista este termo ter aparecido de modo repetitivo durante a leitura dos materiais, chamando, assim, a minha atenção para colocá-lo em discussão. A origem da palavra *autonomia* vem do grego *autonomos*, que é traduzido como “*de si mesmo*” e significa aquele que é capaz de governar sua própria vida a partir de seus próprios meios, valores, vontades ou princípios (AUTONOMIA, 2016). Este termo possui diferentes significados e uma das perspectivas apresentadas no documento é a dos Direitos Humanos. Desse modo destaque, inicialmente, um excerto:

“O respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua *autonomia*” (NIEL; SILVEIRA, 2008, p. 57).

Frente a esta relação, é importante resgatar que o entendimento da autonomia como um direito, no campo da saúde mental, no Brasil, se deu na década de 1980, a partir de críticas ao modelo hospitalocêntrico, no que se refere à assistência psiquiátrica. Os principais questionamentos estavam relacionados à violência nos, então, chamados, *manicômios*, além

da exclusão, da natureza do modelo privatista e sua incapacidade de produzir um cuidado que considerasse as necessidades dos/as usuários/as. Desse modo, dentre outras coisas, as discussões colocavam em debate a noção de *autonomia*, entendida como um direito violado nesses espaços de enclausuramento.

A mudança na perspectiva do cuidado é impulsionada pela Reforma Sanitária, na implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde e, especialmente, pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Estes apontam para uma nova lógica, que prevê a descentralização, o envolvimento da população a partir do enfoque comunitário, redimensionando o sofrimento como um fenômeno complexo e histórico, permeado por dimensões biopsicossociais. Neste contexto, a autonomia passa a ser tomada como um direito fundamental, pois, dentre outras coisas, pode significar um caminho para transformações significativas nas vidas das pessoas usuárias de SPA, na medida em que abre brechas para que se possa tomar algumas decisões sobre situações que afetam suas vidas (SILVA *et al.*, 2012). Segue uma definição de *autonomia* extraída de um dos documentos analisados:

Propiciar experiências que vão dar subsídios para que o indivíduo seja *capaz de se cuidar e de organizar sua própria existência*” (BRASIL, 2003, p. 9).

Os elementos contidos nesse recorte apontam para a capacidade de autocuidado e organização da sua própria existência, conduz o pensamento à ideia da competência no exercício do cuidado ativo de si, da capacidade de tomar decisões sobre suas próprias ações e sobre as possibilidades para (re)construir sua trajetória na vida.

Segundo Carneiro (2008) o pensamento moderno pauta-se na filosofia da pessoa que se auto-conhece e se auto-critica. Essa autonomia sobre si próprio, suas escolhas, certezas e o direito de exercê-las marcam o Iluminismo. Nessa esteira, a discussão é circunscrita sobre o que é próprio a cada um, coadunando-se com a defesa liberal da propriedade, que garante o que é próprio do indivíduo, estabelecendo, assim, os limites individuais, destacando a propriedade de si mesmo, a posse de si. Carneiro (2008) critica essa noção pensada como uma forma de expressar direitos individuais voltados para a noção de *propriedade*. Carvalho (2010) aponta que esse direito individual circunscreve também os usos de drogas:

Szasz e Escohotado²⁵ defendem abertamente ser o consumo de drogas, de quaisquer naturezas e para quaisquer fins, direito inalienável do cidadão, nas sociedades democráticas, constituindo-se como liberdade de intoxicação ou liberdade de automedicação, espécie de liberdade civil com idêntica natureza das liberdades de propriedade. (CARVALHO, 2010, p. 165-166).

A ideia de Carvalho (2010) acerca dos usos de SPA como um direito parece remeter a uma das ideias defendidas pela redução de danos, no que se refere à escolha do/a usuário/a em dar continuidade ao uso de determinada substância, assim como quanto a quantidade, frequência e modo. A autonomia pautada no liberalismo aproxima-se de uma dimensão individual em que o indivíduo é responsabilizado sobre os usos de SPA (embora não apenas por eles) e os possíveis efeitos em suas vidas. Está ligada à capacidade do indivíduo em fazer escolhas e ser responsável por geri-las, de modo que não comprometa a sua vida com os usos de SPA.

Nesse sentido, as estratégias de redução de danos são voltadas para educar as pessoas acerca do conhecimento sobre as substâncias, os efeitos no seu próprio organismo, a necessidade de conhecer a(s) droga(s) e entender o funcionamento no próprio corpo, para assim criar possibilidades de administrá-la(s). Mas essa gerência aprendida acerca dos usos, se em alguma medida serve para “minimizar os riscos e danos dos usos à saúde” (BRASIL, 2005, p.1), como preconizado pela Política de RD, por outro lado, pode pautar-se na discussão anterior a respeito das normas, pois o indivíduo que consegue corresponder de um modo considerado eficaz à gestão dos usos será capaz de se ajustar às normas sociais que são delineadas para sua própria vida.

Esse ajuste pode ser melhor compreendido em relação aos/às usuários/as que fazem um uso abusivo e/ou dependente, os quais seriam considerados incapazes de fazer escolhas, ou de gerir o próprio uso. Essa situação mostra, dentre outras coisas, os limites da norma, que cria um binarismo a respeito dos que são capazes, ou não, de fazer essas escolhas, estabelecendo um dentro/fora. Aos/às que caminham nesse limite, caberá uma abordagem voltada para o “ensino eficaz” desses usos.

Para Carneiro (2008), a discussão sobre a necessidade de investir na autonomia dos/as usuários/as carrega a ideia de uma perda da capacidade de decidir sobre si próprio, que vem associada ao uso da SPA. Isto porque a representação do/a usuário/a de SPA como assujeitado/a ao desejo incessante e incontrolável de uso de drogas remete à ideia de que é

²⁵ Sociólogo alemão.

necessário superar a si mesmo e de que recuperar o controle sobre esse desejo significa o alcance da liberdade. Assim, o autor critica a perspectiva moralista que atravessa nosso momento histórico, diagnosticando comportamentos que causam dependência como sintoma doentio de consumo. Saliento que esse consumo que inclui as drogas, em uma perspectiva mercantil, pode ser ampliado para as outras mercadorias, como, por exemplo, roupas, celulares, alimentos.

As escolhas mais privadas do uso de SPA, em uma noção liberal, levaram-me a refletir também a respeito da liberdade. Que sentidos poderíamos atribuir ao termo *liberdade*? Quais os contextos sociais em que essa liberdade é possível? A liberdade em uma perspectiva foucaultiana é expressada como “práticas de liberdade”. Para Foucault (1982, p. 221) “o poder não se exerce a não ser sobre ‘sujeitos livres’ e na medida em que eles são ‘livres’”, ou seja, sujeitos individuais e coletivos que têm diante de si um campo de possibilidades em que possam ter reações, condutas e diferentes modos de comportamento. Assim, onde as determinações estão saturadas, como, por exemplo, na escravidão, não há relações de poder; o que há ali são relações de dominação e violência, no âmbito das quais não é possível exercer resistência ou liberdade. Desse modo, a liberdade aparece como condição para a existência do poder. Não pretendo aprofundar esse conceito, no entanto trago-o para dar conta, ainda que minimamente, do questionamento anterior acerca da liberdade, pois as escolhas estão sempre atravessadas por relações de poder e a condição da liberdade possibilita essas relações.

Outro ponto de vista a respeito de autonomia é apontado por Martins (2002) quando a relaciona à ideia de participação social e política vinculada à descentralização do poder. Segundo a autora, para que a democracia funcione, seria indispensável, além da participação dos cidadãos na tomada de decisões coletivas, a garantia de seus direitos de opinião, de expressão e de associação. Trago este sentido de *autonomia*, que se difere do anterior, calcado no liberalismo, para destacar uma diferença em termos de abordagem do cuidado com os/as usuários/as de SPA. O conceito dessa autora aponta para uma outra dimensão da autonomia, que a desloca do plano individual para o plano coletivo.

Trazendo à discussão um pouco da minha experiência em um CAPS ad, em que organizávamos junto aos/às usuários/as semanalmente um espaço denominado *assembleia*, tudo era planejado e executado em parceria com os/as usuários/as: as pautas direcionavam-se às críticas dos/as usuários/as acerca do serviço, às propostas de mudanças; discutia-se sobre participação política, entre outras coisas. Também eram compartilhadas situações e o sofrimento vivenciado por alguns/mas. Em muitos encontros, alguns/mas usuários/as chegavam após terem consumido excessivamente alguma substância, o que levava o coletivo

a discutir sobre esse e todos os acontecimentos que os envolviam. Essa experiência nos permite visualizar a importância do estar em grupo e os modos como essa interação pode contribuir para o exercício da expressão, do estar com o outro apesar das diferenças, de decidir coletivamente sobre o que pode ser mudado, dentre outras coisas.

Nesse sentido, Gastão Wagner Campos (2006, p. 1) define *autonomia* como “uma maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto, conforme objetivos democraticamente estabelecidos”. Esse autor acena que o indivíduo precisa ter, também, a capacidade de lidar com a coletividade e com o mundo que o cerca. Essa premissa parece apontar para a complexidade que o alcance da autonomia exige: ser capaz de manejar os próprios desejos e interesses, e mediar esses elementos com o mundo externo, as perspectivas, interesses e expectativas da coletividade.

Essas duas definições mostram diferenças nos sentidos do termo *autonomia* para pensar o excerto destacado anteriormente da Política que se refere à “capacidade de se cuidar e de organizar sua própria existência”; também para refletir sobre os possíveis efeitos desses dois sentidos nas abordagens de cuidado voltadas para os/as usuários/as posicionando-os/as de diferentes modos. Parece interessante indicar, ainda, que essa “capacidade de cuidar e organizar sua própria existência”, conforme sugere o documento já citado, não é algo que se dê sem que haja condições mínimas. Não pretendo fechar a discussão, nem aprofundar a origem dessas definições, mas proponho alguns disparadores para pensar sobre algumas das questões levantadas. Trago as diferenças entre essas perspectivas e o modo como se complementam, ou como são atravessadas pelas mesmas questões, como as que dizem respeito às normas, por exemplo.

A segunda noção de *autonomia* que apresento, através de Martins (2002) e Campos (2006), aproxima-se de uma dimensão social/cultural, e as abordagens de saúde nesse sentido apontam para a corresponsabilidade no processo de cuidado envolvendo tanto o profissional de referência e a equipe que acompanha o caso quanto o/a usuário/a. Há, nesse sentido, um convite ao indivíduo para que participe do processo em conjunto com o serviço de saúde de referência. Essa noção pode ser observada em um dos excertos da Política:

“É importante que haja *coparticipação*, que o usuário se implique no processo.”
(BRASIL, 2003, p. 35).

Esse destaque remete a uma das premissas da redução de danos que destaquei na seção de definições anteriormente: o “fazer com”. Assim, o percurso terapêutico será (re)montado

ao longo do processo, à medida que as demandas e necessidades são mostradas tanto pelo/a profissional quanto pelo/a usuário/a; nesse percurso, ambos, usuário/a e profissional de saúde, terão de sustentar e acompanhar essas escolhas. Esse ponto parece ser uma das diferenças em relação à noção liberal, pois sinaliza para uma abordagem de co-construção que envolve todos/as no processo terapêutico do/a usuário/a, deslocando a responsabilidade de uma perspectiva individual para uma perspectiva coletiva.

As duas noções tratadas anteriormente se encontram em alguns pontos: no conhecimento da substância e nos seus efeitos destacados na primeira noção. Entretanto, esses ensinamentos atravessam também a segunda noção voltada para o coletivo, mas não terão como destino somente favorecer a autogestão e responsabilidade pelo uso: perpassa pela necessidade dos/as usuários/as em apropriar-se de um saber/poder que circunscreve o campo de álcool e outras drogas no qual estão inseridos/as.

Ambas as noções aproximam os/as usuários/as daquilo que se define como *normalidade*, em que determinados usos são possíveis desde que sua gestão seja acompanhada da capacidade de aproximação da norma. Isso é possível verificar quando o indivíduo começa a apresentar “problemas” pessoais e/ou sociais relacionados aos usos. Este argumento se aproxima da definição de *autonomia* de Kynoshita (2001), tomada como a capacidade do indivíduo de gerar normas para situações diversas na própria vida. Para o autor, ao se criar essas normas, é ampliada a capacidade da pessoa em lidar com as suas redes de dependência; essa compreensão leva a inferir que, quanto mais normativos os usos de SPA, mais o indivíduo pode ser considerado autônomo em relação a esse uso.

Saliento duas questões relacionadas a “escolha”: não somos tão autônomos em relação às nossas decisões, pois, como Carneiro (2008) acena, cada cultura estabelece uma fronteira que influencia nas decisões humanas, distinguindo e revelando as diversas normatividades nas quais estamos inseridos/as; e a questão do motivo pelo qual escolhemos algumas coisas e não outras (CARNEIRO, 2008). Desse modo, mesmo a partir de uma noção em que a escolha é pautada como a liberal, ela é perpassada também por uma dimensão normativa. Outra questão se refere à opção por permanecer usando determinadas SPA e como isso pode reverberar nas instituições de cuidado a esse público, nas quais se estabelece quase uma impossibilidade de admitir que alguns/mas usuários/as, a despeito de todos os riscos, optem por usar SPA por prazer, por desejo, ou para ser possível dar conta de viver determinadas situações, como a situação de extrema pobreza. Também, os/as usuários/as podem estar pautando os usos em avaliações de risco, muito embora estas não sejam as mesmas que pautam as ações de saúde que lhes são dirigidas. Sobre tais colocações, discute-se que

[...] o saber e o poder com suas técnicas construíram a [...] normalidade. Então, fica bastante clara a dissecação exercida nos sujeitos, onde a fim de normalizá-los, lhes arrancaram a embriaguez, a hesitação, o prazer, o afeto e sobretudo, o exercício livre de suas vontades. (FOUCAULT, 1986, p. 68).

Optar pelos usos de SPA pode perpassar por outras questões além das que aponte. Quero destacar que, de algum modo, as abordagens de cuidado no que se refere à decisão dos/as usuários/as, quando perpassadas pelo saber/poder dos/as profissionais, podem apontar para vias de normalizá-los, distanciando os/as usuários/as das próprias escolhas.

Os elementos que os documentos conectam com autonomia não fazem distinção de gênero, o que me levou a refletir sobre de que modos aspectos destacados no primeiro excerto, que retomo aqui, perpassam os/as usuários/as:

“[...] o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua *autonomia*.” (NIEL; SILVEIRA, 2008, p. 57).

No que diz respeito ao fato de ser homem, mulher, usuário/a de SPA, de que modo seus direitos são respeitados favorecendo o alcance da autonomia? Trago *autonomia*, aqui, a partir das duas compreensões discutidas anteriormente: tanto por um viés individual de escolhas, gestão e responsabilidade quanto em um âmbito coletivo em que essas decisões perpassam por um caráter mais social e de corresponsabilidades.

Autores como Silva (2012) apontam que, apesar da diminuição da diferença na escolha pelo consumo de SPA entre homens e mulheres, que resultou, em grande medida, da conquista da igualdade de direitos, o público feminino não é respeitado em suas escolhas no que se refere aos usos de SPA. Nesse sentido, outra pesquisa aponta que as mulheres usuárias de álcool perdem rapidamente o apoio social devido à baixa tolerância cultural em relação ao hábito de mulheres beberem. Segundo os autores, o julgamento social em relação à mulher usuária de álcool continua sendo mais rigoroso. Também se discute que, entre mulheres alcoolistas, elas mesmas se discriminam; dado que considero interessante, pois aponta para o fato de que, dentro de um mesmo grupo, normatividades operam. Outra informação aponta que mulheres que apresentam problemas com álcool são julgadas socialmente, são “mal vistas”, percebidas como renunciando dos lugares de esposa e mãe” (EDWARDS *et al.*, 2005; GITLOW; PEYSER, 1991).

Essas pesquisas tratam de diferentes formas de uso, e diferentes formas de julgar esse uso. Assim, parece que todo esse julgamento das mulheres que fazem usos de drogas perpassa

pela dificuldade de aceitação social, dificultando, por exemplo, a chegada a um serviço de cuidado de uma usuária que dele necessite. Este fato compromete os aprendizados tanto em relação à autogestão do uso e à responsabilidade de si quanto à corresponsabilidade do uso, ou à compreensão desse uso de um modo mais coletivo, pois elas chegam em menor proporção aos serviços de saúde. Problematizei essa questão de modo mais detalhado anteriormente; trago-a novamente pois compreendo que o estigma sofrido por essas mulheres compromete a sua relação com a autonomia.

Segundo Silva (2012), homens e mulheres que sofrem pelo uso abusivo de álcool diferem na forma do uso. Enquanto homens geralmente são frequentadores de bares, as mulheres preferem beber sozinhas em casa, o que diminui a probabilidade de ver descoberto o uso de álcool destas e aumenta seu risco de isolamento social. Desta forma, é possível dizer que as mulheres enfrentam uma série de barreiras para chegar e permanecer no tratamento: problemas estruturais (falta de creche para seus filhos e filhas, apoio psicológico e ajuda legal), pessoais (falta de emprego e dependência financeira, atitudes pouco favoráveis dos profissionais de saúde) e sociais (oposição de familiares e amigos, estigma social), entre outros (EDWARDS *et al.*, 2005; HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004 apud SILVA, 2012, p. 27).

Nessas pesquisas, é possível notar os diferentes modos segundo os quais a autonomia aparece nas relações de gênero, e as reverberações no que se refere à procura por algum cuidado durante uma situação de sofrimento. Ribeiro (2009) conclui, em sua pesquisa, que as mulheres encontram inúmeras barreiras para acessar serviços voltados a usuários/as de SPA. Segundo o autor, o sofrimento das usuárias em relação ao consumo de SPA segue caminhos diferentes dos relatados por homens. Isto porque, comparativamente aos homens, elas experimentam maiores estigmas sociais em decorrência do uso por este causar rompimentos com atividades consideradas femininas, como a maternidade, o cuidado com a casa e com a família, dentre outras. Ribeiro (2009) ainda coloca que, em decorrência desse fato, elas sofrem maiores níveis de vergonha e culpabilização, em especial quando não querem suspender o uso, ou quando não conseguem fazê-lo.

Desse modo, os usos da droga, especialmente pelas mulheres, não são aceitos socialmente. Esses usos carregam a ideia de desestruturação no que se entende como atividades naturais das mulheres, como a maternidade, o cuidado da casa, dentre outras dimensões que se rompem dados alguns tipos de usos. O sofrimento aparece, pois, somado aos estigmas vivenciados em decorrência desses usos, reverberando na procura por apoio quando necessário, e na organização das abordagens de cuidado a essas pessoas.

Todas essas questões descritas criam vias de se pensar sobre a autonomia do sujeito usuário/a de drogas no contexto dos usos. Assim, o que se pode dizer é que o termo *autonomia* pode carregar diferentes sentidos, que conferem diferentes abordagens no modo de cuidado dos/as usuários/as. De tal modo, percebe-se que esse termo pode apontar para o investimento na singularidade dos sujeitos, mediante a possibilidade de posicioná-los como sujeitos de direito e autônomos, na mesma medida que pode intentar limitá-los a partir de finalidades disciplinares.

4.3 MOVIMENTO 3 – USUÁRIO/A DE SPA: UMA POSIÇÃO DE SUJEITO *ENTRE* SAÚDE E SEGURANÇA PÚBLICA

A Política adotada pelo MS indica que a droga injetável predominante no Brasil é a cocaína e informa que “80% de seus usuários/as já foram detidos” (BRASIL, 2003, p. 21). Aqui, é possível observar uma aproximação entre o uso de drogas injetáveis e processos de criminalização. Esse mesmo documento sugere a necessidade de diferenciação entre o/a usuário/a de drogas e o narcotraficante, o que é corroborado pela seguinte afirmação:

“O Estado deve desenvolver mecanismos de diferenciação objetiva e efetiva entre o usuário de drogas e o narcotraficante.” (BRASIL, 2003, p. 13).

Embora a Política do MS proponha que haja um mecanismo de diferenciação entre o que se define como usuário/a de drogas e narcotraficante, isto não se efetiva no documento; mas, ao mesmo tempo, o texto parece operar com esses termos constituindo-os como uma oposição binária. É constante nas sociedades ocidentais um pensamento dicotômico em que a oposição binária, composta por uma relação de poder, hierarquiza seus polos, marcando diferenças e oposições entre ambos.

Dentre outras coisas, pode-se dizer que os termos narcotraficante/usuário de drogas carregam uma noção a respeito do “nível de periculosidade” do indivíduo, e esse “nível” pode ser medido a partir de vários marcadores: gênero, classe, raça, idade, etc. Rosa (2012) discute que a expressão narcotráfico passou a ser utilizada a partir da década de 1980, sem uma definição mais precisa, para designar uma criminalidade globalizada e transnacional vinculada ao tráfico de drogas.

Na mesma linha, Maria Lúcia Karam (2004, p. 76) argumenta que o termo narcotráfico “[...] surgiu na década de 80, com a política norte-americana de ‘guerra contra as

drogas’, que elegeu um agente externo – os produtores e distribuidores dos países latino-americanos – como o inimigo a ser enfrentado.” A autora afirma que o termo surgiu nos EUA para designar um conjunto de pessoas pelo critério da discriminação, numa operação que posiciona negativamente latino-americanos no contexto norte-americano, o que é indicativo das relações de poder e de disputa em que o surgimento desses termos está imerso.

Karam (2004), ao se referir ao surgimento do termo narcotráfico, remeteu-me ao processo de criminalização dos usos da maconha no Brasil: como já destaquei anteriormente, o seu uso foi introduzido no Brasil, no contexto do sistema escravagista, pelos escravos africanos. Nesse contexto, seus usuários/as foram perseguidos, e a proibição dessa substância foi justificada por argumentos racistas e religiosos, que sustentaram, também, a elaboração de normas que, supostamente, visavam controlar o seu uso mas, de fato, serviam para vigiar e controlar os/as usuários/as de maconha, vistos/as como perigosos/as. Rastros desse processo reverberam ainda hoje nos sistemas prisionais, cuja população é composta principalmente por homens jovens, pobres e negros das periferias das grandes metrópoles (MACRAE, 2012).

No mesmo processo de significação, emerge a expressão tráfico, também com sentido de negócio ilegal, contudo com uma forte carga criminal e que, assim, diferencia-se da expressão comércio ilegal (KARAM, 2004). Desse modo, a expressão tráfico, por um lado, tem o intuito de indicar uma prática ilegal, entretanto também cumpre a função de justificar a vigilância e a punição de uma determinada parcela da população marcada pelas características que destaquei anteriormente.

Nesse contexto, trago aqui, também para alargar a discussão, um termo muito próximo a tráfico: crime organizado – este último não envolve somente atividades relacionadas a drogas, compreende também outras atividades consideradas criminosas. Para Maria Lúcia Karam (2004), crime organizado não tem significado específico. A autora acena que a expressão serve para “[...] assustar e permitir a produção de leis de exceção, aplicáveis ao que quer que se queira convencionar como sendo uma suposta manifestação de um tal imaginário fenômeno [...]” (KARAM, 2004, p. 76).

Nesta mesma direção, Passetti (1991 apud ROSA, 2012, p. 46), indica que o termo crime possui um caráter político, ao passo que

[...] tornar-se “criminoso” pressupõe envolver-se em situações conflituosas ou em fatos considerados socialmente negativos que não são necessariamente violentos, mas considerados desviantes ou fora de uma moralidade. Como são objetos da lei penal acabam sendo chamados de crimes, na medida em que traduzem uma manifestação de poder do Estado e moral da sociedade. Portanto, essa decisão política é ditada por uma instrumentalização do exercício de poder do Estado,

expressa de uma forma punitiva que busca proporcionar uma disciplina social e resulta na manutenção e reprodução da organização e do equilíbrio global de uma formação social.

Retomando a diferenciação proposta pelo excerto da Política quanto a *usuário/a* e *narcotraficante*, vale ressaltar que a Lei n. 11343/2006²⁶ não trabalha com o termo *narcotraficante*, mas utiliza a noção de *traficante* para designar o indivíduo envolvido em crime com drogas ilícitas. Essa lei, embora despenalize o/a usuário/a de SPA e reconheça as políticas de prevenção e redução de danos, elenca um conjunto de critérios ambíguos e pouco precisos para diferenciar uns dos outros, quais sejam: a quantidade e a natureza da substância apreendida; o local e as condições da ação; as circunstâncias sociais e pessoais, a conduta e os antecedentes do agente.

Desse modo, com essa amplitude e imprecisão, a lei, ao mesmo tempo que representa um avanço, permite "enquadrar" de forma bastante contingente, em uma ou outra categoria, um conjunto amplo de sujeitos. Dizendo de outro modo, o mesmo indivíduo pode ser enquadrado como usuário ou traficante, dependendo do contexto sociopolítico e cultural em que esse enquadramento se dá, uma vez que apenas a referência à ilicitude da substância apreendida é, explicitamente, fixada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O critério quantidade, por exemplo, não é especificado, de modo que esse silêncio institui um amplo leque de possibilidades de avaliação cujos efeitos reverberam, de formas bastante diferentes, nas vidas de indivíduos e grupos posicionados com, e nessa, oposição binária. Assim, por exemplo, é razoável supor (e as estatísticas policiais são indicativas disso) que um indivíduo negro/a, residente em um bairro periférico, flagrado com uma determinada quantidade de drogas não terá o mesmo tratamento de um indivíduo branco/a, residente em um bairro classe média/alta, flagrado na mesma condição – uma rápida pesquisa em *sites* de busca na internet apoia minha argumentação (PRAGMATISMO POLÍTICO, 2015; SAKAMOTO, 2011; FRÔ, 2015). Isso permite dizer que os elementos cor, local de moradia, gênero, dentre outros, fornecerão dados definidores para diferenciar quem será nomeado como *usuário/a* e quem o será como *traficante* no Brasil, demonstrando a atenção dada aos diversos marcadores sociais. Ressalto, aqui, a discussão sobre o termo *usuário/a* elaborada no primeiro movimento, em que abri os sentidos do termo: inserido no discurso da saúde, ele pode fazer referência a usos

²⁶ A lei 11.343 de 23 de agosto de 2006 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. (BRASIL, 2006).

esporádicos, usos responsáveis, abuso e dependência. Esses sentidos são obliterados ou negados neste discurso, que é o da segurança pública, ou seja, há uma redução e uma homogeneização do termo que a oposição ao termo *traficante* opera. Aqui, as diferenças na maneira de usar não importam.

Levando-se em conta que grande parte dos bairros periféricos são habitados por pessoas classificadas como pardas e negras, assim como também as instituições totais²⁷, como prisões e manicômios, o indivíduo negro/a flagrado com SPA em bairros periféricos será tomado como traficante, retificando a criminalização, a segregação e a periculosidade da pobreza e legitimando o racismo, o que é um efeito das relações de saber/poder constitutivas da discursividade sobre SPA no Brasil. A esse respeito, Campos (2013) indica um superencarceramento devido ao crescimento da população presa por tráfico de SPA. Segundo o autor, a maioria dos presos provisórios e condenados por tráfico de SPA no Brasil é composta de réus primários, que portavam pequenas quantidades de substância ilícita, flagrados em operações de policiamento de rotina, desarmados, sem provas de envolvimento com o tráfico.

Outro excerto do documentos analisado sinaliza para efeitos de poder dessa possível associação entre usuários/as e crime:

“A *dependência de drogas* é associada à *marginalização*, frequentemente ao *crime*, de forma que muitos usuários de drogas acabam excluídos de todo o sistema de serviços que a administração pública propicia.” (NIEL; SILVEIRA, 2008, p. 9).

Diante dessa associação do/a usuário/a com o crime e sua exclusão de determinados serviços da administração pública e inclusão em outros, vale ressaltar que nem todas as pessoas submetidas à privação e restrição nas prisões usam SPA (BOITEUX, 2010); até porque a prisão não é específica para quem usa ou trafica SPA. Entretanto, alguns dados estatísticos indicam que a maior parte da população carcerária brasileira hoje é composta por indivíduos relacionados ao tráfico; desse conjunto, estima-se que, no Brasil, 579.781 pessoas estejam custodiadas no sistema prisional, sendo 542.401 homens e 37.380 mulheres (DEPEN, 2014). O excerto destacado anteriormente refere a relação entre usuário e criminalização

²⁷ Erving Goffman (1961) caracteriza as *instituições totais* como estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação para disciplinar os indivíduos ditos como não socializáveis.

mantendo a neutralidade de gênero, do mesmo modo como o faz quando discute as diferentes formas de uso. Entretanto, as estatísticas desmancham essa neutralidade quando indicam que as mulheres representam 6,4% da população prisional brasileira, e mostram um aumento de 567,4% da população feminina no período de 2000 a 2014, enquanto a média de crescimento masculino, no mesmo período, foi de 220,20%.

Atualmente, a acusação mais incidente pela qual mulheres têm sido privadas de liberdade é o tráfico de drogas. No Brasil, estima-se que mais de dois terços, em torno de 68%, das mulheres que se encontram em instituições prisionais são acusadas desse delito (DEPEN, 2014). Também em relação às mulheres privadas de liberdade, refere-se que, de modo geral, são jovens (67% têm idade entre 18 e 34 anos), negras e pardas (representam 61%), possuem baixa escolaridade (58% das mulheres possuem ensino fundamental incompleto) e são oriundas de estratos sociais desfavoráveis economicamente (DEPEN, 2014). Assim, é possível notar, a partir desses dados, de que modo gênero atravessa essa relação criminalização/usuário: apontando para marcadores relacionados a geração, raça, escolaridade e classe social.

Nesse contexto, em alguma medida, a lógica criminalizadora apontada em alguns trechos dos documentos analisados opera sobrepondo duas formas de naturalização: a que estabelece a associação entre usuário/a de substâncias psicoativas e a criminalização; e a que, ao invisibilizar as dinâmicas de gênero nesse contexto, reitera a articulação entre uso de SPA, masculinidade e crime. Nessa direção, Foucault (2003) entende que instituições como serviços de saúde e prisões cumprem a mesma função, que é a de não excluir os indivíduos, mas fixá-los:

Mesmo se os efeitos dessas instituições são exclusão do indivíduo, elas têm como finalidade primeira fixar os indivíduos em um aparelho de normalização dos homens²⁸. A fábrica, a escola, a prisão ou os hospitais têm por objetivo ligar o indivíduo a um processo de produção, de formação ou de correção dos produtores. Trata-se de garantir a produção ou produtores em função de determinada norma. (FOUCAULT, 2003, p. 114).

Todo esse contexto que se forma em decorrência da associação do/a usuário/a com a marginalização e o crime incrementa situações de vulnerabilidade social, sendo uma delas, justamente, a dificuldade de acesso desses indivíduos e grupos às políticas públicas que a

²⁸ Vale salientar que o autor utiliza o termo *homem* para referir-se a *humanidade*.

eles/as deveriam ser direcionadas. Tomarei como exemplo casos de apreensão do/a usuário/a de drogas que, em vez de ser encaminhado/a a um dos serviços da administração pública a ele/a destinado para imediato acolhimento, investigação de sua história de vida, dentre outros procedimentos, é encaminhado/a para delegacias de polícia, onde nem sempre encontra policiais treinados/as para tal atendimento, o que o/a expõe a muitas situações difíceis. Nesse contexto, vale salientar que, em termos das situações difíceis, é possível notar uma grande diferença no que se refere à abordagem policial quando se trata de homem hetero, gay ou trans e mulher.

Ainda no que se refere ao gênero, mesmo que os/as usuários/as fossem encaminhados para os CAPS, por exemplo, isso também teria diferentes efeitos para homens e mulheres, pois, com base em minha experiência e nas pesquisas acessadas, nos serviços, essas pessoas têm sido acolhidas de modo diferenciado. Como indica a pesquisa de Oliveira (2006 apud PRADO; QUEIROZ, 2012), as necessidades e situações específicas do público feminino quase nunca são consideradas nos serviços de atenção a usuários/as de drogas, e essa ausência de especificidade leva à homogeneização das práticas neste campo, que acabam tomando como referentes às masculinidades heterossexuais. Vale sinalizar que, embora traga o tema do cuidado e do acesso para discussão, pretendo relacionar aqui o modo como a posição da criminalização dificulta o trânsito desses indivíduos nos serviços voltados para o cuidado dos que precisam.

Nesse sentido, Oliveira, Paiva e Valente (2007) confirma em seu artigo que, embora informações sobre mulheres usuárias de drogas sejam escassas, estudos nacionais e internacionais recentemente publicados destacam o enfrentamento de barreiras de ordem estrutural, sistêmica, social, cultural e pessoal pelas mulheres na busca por, e permanência nos, serviços de cuidado para o consumo de SPA. Preconceitos e discriminação, sobretudo por parte dos profissionais de saúde, são apontados como as principais barreiras.

Em outra investigação, Hochgraf (1995 apud SILVA, 2012) indica que mulheres que sofriam pelo uso de álcool tinham uma melhor evolução em serviços específicos para mulheres. Acredita-se que isso ocorreu pela possibilidade de verem suas necessidades atendidas e não se sentirem criticadas ou obrigadas a compartilhar suas dificuldades com os homens. Deste modo, poderiam chegar a esses serviços específicos com menor dificuldade e acabariam procurando um suporte mais cedo.

As definições trazidas demonstram que alguns termos utilizados de modo naturalizado no campo de álcool e outras drogas no Brasil, em alguma medida, são significados a partir de repetições, ao passo que vão sendo utilizados com pouco questionamento e acabam sendo

manejados como recursos para a manutenção e estabilização do poder do Estado e da disciplina social. Essas (in)definições dos termos trazem como consequência a naturalização do seu uso, que pode vir a ser utilizado para associar o/a usuário/a de drogas ao crime por diversos motivos, trazendo, dentre outras coisas, dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Também as estatísticas apresentadas no que se refere a gênero apontam para o borramento de uma neutralidade apontada pelos documentos.

5 O SUJEITO USUÁRIO DE SPA TEM GÊNERO?

Minha preocupação com as mulheres usuárias de SPA nos serviços de saúde levou-me a buscar entender o porquê de sua invisibilidade, e a propor outras ações de atenção e de cuidado, com o intuito de inseri-las em outras formas de redes de cuidados. Na construção dessa compreensão, a revisão bibliográfica me permitiu pensar nas relações de gênero e os usos de SPA, abrindo, um leque de explicações possíveis para a questão que norteia o presente trabalho. Ao mesmo tempo e de modo paralelo, minha pesquisa empírica indicou que, efetivamente, é preciso discutir e problematizar a relação entre gênero e políticas que se tece, de modo bastante singular, na atenção a usuários/as de SPA.

Optei por analisar a RD, focando nas posições possíveis de sujeito usuário/a, visando questionar: que sujeito é este? Como ele é definido e apresentado nesses documentos? Como o gênero se faz uma dimensão estruturante nessa produção? Seguindo as análises que apresentei até este ponto, posso dizer que o gênero não foi, explicitamente, considerado e tomado como uma dimensão importante na RD. Por isso, acredito na importância de problematizar – e é a isso que desejo me dedicar na presente seção – as formas como as posições de sujeito usuário são constituídas dentro de certos vetores de força de gênero, ou seja, produzidas no interior de redes de poder de gênero concebidas culturalmente como naturais e imutáveis. Assim sendo, é importante questionar acerca de possíveis razões para que a abordagem da autonomia e da criminalização dos/as usuários/as, por exemplo, seja associada a marcadores sociais como classe e raça, mas pareça ser, de modo bastante peculiar, neutra do ponto de vista de gênero.

O argumento que defendo, com a pesquisa ora realizada, é o de que esta neutralidade é apenas aparente, tendo em vista que, conforme tentarei demonstrar, as políticas de SPA se articulam, ao (re)produzir e veicular uma concepção específica de usuário/a de SPA, a representações de masculinidades heterossexuais hegemônicas em nossa cultura. Assim, quando as políticas aludem ao/a usuário/a, referem-se, de algum modo, a uma forma singular de usuário, qual seja: homem, pobre, negro, criminoso – marcas/aspectos que procurei deixar visíveis nesta análise.

Nesta seção, pretendo discutir e problematizar, do ponto de vista do gênero, como e em que circunstâncias a relação entre uso de SPA e mulheres é explicitamente evidenciada na política. Mais do que isso, com essa problematização, pretendo argumentar que o gênero organiza as próprias políticas públicas e as relações que se tecem a partir delas e que, no caso da RD, esse processo está ancorado em uma perspectiva marcada pelo essencialismo

biológico, com o intuito de dar a ver, sobretudo, os diferentes efeitos do consumo de SPA nos corpos de mulheres e homens.

Observei que o termo *usuário*²⁹, no masculino, é utilizado de modo generalizado e supostamente inclui as usuárias de SPA. Tomando a linguagem como um campo de lutas em torno da significação, essa nomeação, que se apoia em uma gramática sexista e é acionada para descrever todos/as os/as usuários/as, pode ser analisada como um ato de poder. Conforme argumenta Louro (1999), uma das formas pelas quais a linguagem demarca os lugares dos gêneros é por meio da invisibilização do feminino. Dal’Igna (2005, p. 74), apoiada em Louro, aponta que

[...] é preciso considerar que as regras lingüísticas são constituídas num contexto histórico de poder; portanto, a eleição de determinados modos de nomear não é neutra, é um ato de poder. Partindo do pressuposto de que os sujeitos, ao longo de suas vidas, são interpelados por diferentes discursos e aprendem a se reconhecer – são posicionados – como sujeitos de gênero, é possível problematizar as implicações da linguagem nesses processos.

Esta pista inicial levou-me a problematizar a universalidade suposta no uso do termo *usuário* de SPA. Será que isso poderia estar sinalizando para certa naturalização entre uso de SPA e masculinidade? Embora o uso abusivo de drogas esteja historicamente relacionado aos homens, Prado e Queiroz (2012) apresentam dados sobre o aumento do número de mulheres usuárias de drogas entre um contingente que, em 2005, registrou um crescimento global de 15 milhões de pessoas, na faixa etária de 15 a 64 anos, envolvidas com o consumo de drogas. Dentro desse contingente, foi identificado o aumento do número de mulheres em relação ao de homens para alguns tipos de substâncias, especialmente as ilícitas (OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006 apud PRADO; QUEIROZ, 2012). Para os autores, uma explicação possível para o aumento do número de mulheres usuárias de drogas pode estar no fato de elas terem sido invisibilizadas em estudos anteriores sobre a temática. Também Lima *et al.* (2011) indicam, em pesquisa sobre o uso de SPA por mulheres, como os documentos normativos de políticas públicas, especialmente no campo de álcool e outras drogas, ainda têm como foco central os homens. Com efeito, há, segundo esses autores, uma quase ausência no direcionamento das políticas públicas para reverter os números crescentes de consumo de álcool e outras drogas entre as mulheres.

²⁹ Saliento que em termos de uso da língua culta o uso de “usuário” está correto.

Nesta pesquisa, ao me alinhar a perspectivas teóricas pós-estruturalistas para discutir esse silêncio e/ou suposta neutralidade, não estou dizendo que as políticas existentes estão, intencionalmente, focadas em homens e excluindo as mulheres. Assumindo a dimensão produtiva da linguagem, procuro problematizar esse caráter universalizante da linguagem nos documentos examinados. O que, acredito, me permite argumentar que o gênero, na política de RD, reitera e atualiza uma certa relação naturalizada entre uso de SPA e masculinidades que só será rasurada, no texto normativo, em circunstâncias específicas que procuro descrever a seguir.

A cartilha de Redução de Danos voltada para profissionais destaca diferenças orgânicas entre homens e mulheres relacionadas ao consumo de álcool:

“As mulheres ficam intoxicadas mais rapidamente e com doses menores de bebida alcoólica e são mais vulneráveis às complicações decorrentes do uso crônico de álcool. O metabolismo do álcool é diferente entre homens e mulheres, essas diferenças tornam as mulheres mais vulneráveis a complicações decorrentes do uso crônico de álcool. Tais diferenças ocorrem porque a mulher tem em média menor proporção de água corporal que o homem [...]” (NIEL; SILVEIRA, 2008, p. 38).

É possível observar, nesse trecho, um modo de abordar diferenças decorrentes do uso do álcool e de seus efeitos nos corpos de homens e mulheres, em um tom que universaliza e fixa masculino/homem e feminino/mulher em determinados processos biológicos. Ao colocar essa estratégia discursiva em evidência, não pretendo negar o valor de verdade da ciência biomédica que se apoia e se concretiza em práticas de saúde focadas no corpo organismo; em vez disso, procuro problematizar silêncios de tal abordagem, ou, nos termos propostos por Débora Britzman (1996), dar visibilidade ao que essa ciência não permite (re)conhecer, e assim propor uma outra leitura possível da relação entre homens, mulheres e usos de SPA, em um sentido de ampliação das possibilidades de se pensar sobre. Trata-se, em síntese, de explorar produtivamente a indagação do que "vem junto" com essa forma de conhecer e que possíveis efeitos isso tem nas vidas dos indivíduos e grupos que ela nomeia e mobiliza.

Inicialmente, nesta perspectiva teórica, é preciso admitir que esses conhecimentos, caracterizados como científicos e, por isso, tomados como verdadeiros, estão implicados com a produção de gênero. O discurso biologicista fundamenta as ciências biológicas e da saúde, segue sendo muito mobilizado mesmo nas chamadas "ciências da vida". Assim, funciona como um discurso que ocupa uma posição privilegiada nos processos de significação

epistêmica do corpo, conferindo uma aura de verdade incontestável à sua materialidade biológica. A biologia, com todos os seus desdobramentos, tem sido considerada a teoria que fornece a base conceitual e a legitimidade para definir o que é o corpo, descrever como ele funciona e, no caso desta investigação, explicar em grande medida como esse corpo reage ao uso das SPA, no campo dos estudos de álcool e outras drogas.

Ao constituir essas representações de corpo, tais saberes contribuem para justificar e naturalizar, no âmbito da cultura, uma determinada relação entre uso de álcool e indivíduos sexuados (homens ou mulheres), constituindo aí uma polaridade. Mediante isso, é preciso questionar: quais são os entraves promovidos por essa essencialização biologicista quando se trata da relação entre usos de SPA e gênero? O que ela deixa de fora ou impossibilita pensar?

Britzman (1996) aponta que os discursos científicos hegemônicos, mas não só eles, produzem seu próprio conjunto de ignorâncias; nessa perspectiva, a ignorância – o que não se conhece – é tomada como um efeito de poder de determinados tipos de conhecimento, não como uma ausência de conhecimento. Ou seja, cada saber mantém, ao projetar uma luz de compreensão acerca de um fato, elementos na sombra, permitindo-nos, assim, somente enxergar uma parte. Esse ponto de vista me instiga, no caso das visões essencialistas mobilizadas no campo das SPA, a investigar o que vem junto a esse entendimento. Isso porque a oposição binária criada entre natureza e cultura funciona como uma dicotomia na qual os dois polos supostamente diferem e se opõem, enquanto cada um deles seria uno e idêntico a si mesmo.

Em se tratando da cultura, é possível afirmar que ela ensina modos de ser a homens e mulheres em um determinado tempo histórico, e isso se materializa em seus corpos. Louro (1997, p. 32) aponta que o corpo é “dito e feito na cultura; descrito, nomeado e reconhecido na linguagem, através de signos, dos dispositivos, das convenções e da tecnologia”. Assim, é necessário pontuar, quando me refiro a um corpo “dito e feito na cultura”, que essas ações são carregadas de poder, são estratégias por meio das quais culturas fabricam os seus corpos.

Assim, com a oposição binária natureza/cultura, é possível estabelecer fronteiras entre o que se define como a natureza ou a biologia do corpo de homens e mulheres e aquilo que a cultura define como masculinidade e feminilidade no que se refere aos usos de SPA. Ao colocar essa oposição em suspenso, é possível entender de que modo o poder opera na constituição dessas fronteiras que opõem dois polos supostamente homogêneos e, ao fazê-lo, permite desqualificar, estigmatizar e criminalizar, no interior da população, determinados grupos e supervalorizar outros.

O excerto do documento anterior, ao comparar os efeitos dos usos de SPA entre homens e mulheres tomando como referência a ação das substâncias em seus corpos, (re)produz uma compreensão essencializada que permite supor que esses corpos respondem, da mesma forma, ao uso de determinadas substâncias. Pode levar a inferir que toda mulher que usa álcool, por exemplo, terá problemas hepáticos, ou que todas sofrerão por intoxicação com doses pequenas de álcool; desse modo, fixa os sujeitos em determinadas posições. Há também uma fixidez, quando o excerto traz uma noção dicotomizada da diferença entre homens e mulheres a partir da distinção corporal. Essa compreensão parece deixar na sombra os processos sociais e culturais em que os indivíduos estão imersos, o que limita alguns entendimentos, como as variações sociais na distinção masculino/feminino; também, deixa de compreender o modo como cada cultura concebe o corpo, entre outras coisas.

Assim, essa descrição do excerto acerca da maior fragilidade biológica aos efeitos do álcool e outras drogas contribui para alimentar redes de vigilância sanitária e mesmo sociais mais estritas no que diz respeito aos usos por mulheres. Essas redes (re)constituem modos de atuação do poder sobre os corpos de modo a controlá-los, e aparece de diferentes formas: nas abordagens nos serviços de saúde, no convívio social e familiar, na mídia, nas revistas voltadas para mulheres, dentre outros mecanismos. Como o poder circula, ou, melhor, funciona em rede, toda essa atuação sobre os corpos é fortalecida quando enredada a discursos morais no sentido de interditar os comportamentos das mulheres. Esses aspectos que, em grande medida, colocam-nas em situação de estigmatização ao serem julgadas, por exemplo, quando procuram o CAPS por não querer ou não poder parar de usar uma determinada substância podem auxiliar no aumento da produção de sofrimento ético/político pelas usuárias de SPA.

Em relação ao modo como a relação biológica com o corpo pode atravessar formas de pensar as abordagens de cuidado na questão do feminino, trago aqui brevemente a discussão sobre histeria na história da saúde mental a partir de Antonio Quinet (2005), que de alguma maneira se relaciona ao meu argumento: o autor aponta que durante muito tempo a doença mental esteve relacionada às mulheres. Embora esse exemplo não trate de usuárias de SPA, está circunscrito ao mesmo campo da saúde mental. A histeria inicialmente foi pensada como um fenômeno relacionado ao feminino e era diagnosticável a partir de manifestações corpóreas pensadas como uma patologia que se devia ao deslocamento do útero. Mais à frente, no século XVIII, passaria a ser considerada uma doença mental e continuaria sustentando o discurso de que a mulher é mais propensa ao adoecimento e, desse modo, aos desvios de conduta. Esses dois elementos acabam por ter como resposta a medicalização,

acompanhada por uma vigilância moral e social que desconsidera toda uma singularidade própria a cada indivíduo.

Nesse sentido, o conceito de *gênero* atravessa as noções de *cultura* e permite supor que esses parâmetros de compreensão acerca da histeria, por exemplo, são aprendidos na cultura a partir de diferentes discursos – da igreja, ciência, lei, padrões estéticos, de saúde, entre outros – e tornam corpos “marcados social, histórica e materialmente – pelo próprio sujeito e pelos outros” (LOURO, 2003, p. 4). Desse modo, esses corpos (re)produzidos não só dizem de nós mas nos diferenciam do outro.

Destaco que os elementos que trouxe até aqui não somente dizem respeito à operação de uma essencialização biológica mas também há essencializações psicologizantes, e outras tantas, atribuindo ao fato de ser mulher a propensão a determinadas características. Desse modo, as causas, os efeitos e os modos de vigiá-las vão modificando ao longo do contexto histórico/cultural, (re)construindo, dentre outras coisas, um lugar desfavorável para as mulheres ao serem compreendidas como “fora da norma”.

Trago aqui um outro recorte do documento nessa mesma direção:

“Os homens em geral pesam mais que as mulheres. O metabolismo do álcool é diferente entre homens e mulheres, pois os homens têm níveis maiores de uma enzima hepática que metaboliza o álcool [...]. Essas diferenças tornam as mulheres mais vulneráveis a complicações decorrentes do uso crônico, como cirrose, por exemplo.” (NIEL; SILVEIRA, 2008, p. 38).

Esse destaque anterior pode mostrar alguns elementos que essa perspectiva biológica, ao naturalizar os efeitos das SPA a partir da noção da organicidade dos corpos, de algum modo silencia, quando, por exemplo, essa classificação acerca das vulnerabilidades leva a inferir que as mulheres são mais vulneráveis. Esta vulnerabilidade não traz consigo, por exemplo, as histórias de cada indivíduo, também não traz aspectos da subjetividade, os processos sociais que envolvem o indivíduo em seu contexto de vida, o processo socioeconômico, político, ético e cultural. O conjunto desses elementos torna-se essencial para a compreensão da relação com a SPA, que é circunscrito por várias dimensões. Compreender, por exemplo, a relação histórica, política e cultural que um determinado grupo possui com uma substância é fundamental para significar essa relação.

A esse respeito, trago como exemplo o período em que fui residente e passei um mês com uma comunidade indígena Pataxó, no sul da Bahia. Ouvi relatos de indígenas homens e

mulheres acerca de um uso ritualístico que se fazia do álcool; a este uso e a todas as consequências subjetivas e orgânicas, era referida uma relação mística. Quero, com esse exemplo, afirmar que a partir de outras culturas há nuances e detalhes muito peculiares ao modo como cada pessoa vê e vivencia os usos das SPA, sem que haja, por exemplo, relevância em relação aos aspectos orgânicos.

Para ampliar a discussão, trago da revisão que fiz acerca das pesquisas no campo do álcool e outras drogas o que se define como especificidade do corpo da mulher (assim, com artigo definido singular) quando se fazem referências tanto às "causas" que levam ao uso de SPA quanto aos seus efeitos: é marcado pela fragilidade orgânica, psíquica, sexual e reprodutiva. Nesse sentido, as pesquisas do Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Ipq-HC-FMUSP) mostram que, enquanto mulheres relatam mais problemas intrapsíquicos associados ao uso abusivo de drogas, como depressão, baixa autoconfiança, irritabilidade e dificuldade em prever os próprios sentimentos, os homens referem frequentemente a ocorrência de problemas externos, como dificuldades profissionais, financeiras e criminais (HOCHGRAF, 2001 apud PRADO; QUEIROZ, 2012).

Ora, essas pesquisas, ao apontarem tais diferenças como dadas, como características intrínsecas ao ser homem e ao ser mulher, também essencializam. Essa diferenciação pode, entretanto, ser tomada como decorrência, ou seja, como efeito dos processos de produção de gênero. Se o gênero é produzido, e se somos educados para sermos homens e mulheres de determinados tipos, aqueles sintomas/causas descritos nas pesquisas, como depressão, autoestima, etc., podem ser discutidos também nessa perspectiva, pois, como mulheres e homens, nesta cultura, devemos nos tornar determinadas coisas, responder a determinadas expectativas sociais.

Desse modo, não corresponder a tais expectativas sociais pode resultar em adoecimentos, que muitas vezes também são mais frequentes para homens ou mulheres. Na mesma linha, se assumimos que o conhecimento é generificado e permite conhecer determinadas coisas e não outras, podemos ainda considerar que depressão, baixa autoestima, irritabilidade, dentre outros "sinais e sintomas" são mais facilmente aceitos para mulheres do que para homens em nossa cultura, e talvez justamente por isso também sejam mais "facilmente" diagnosticáveis em mulheres.

Assim, o gênero atravessa conhecimentos e práticas, e conhecimentos e práticas estão implicados na produção de gênero. Com essa perspectiva, Meyer (2016, p. 1) afirma que

[...] é possível considerar que ao longo da vida e através das mais diversas instituições e práticas sociais, nos constituímos como homens e mulheres, num processo que não é linear, progressivo ou harmônico e que também nunca está finalizado ou completo. Inscreve-se, desse modo, uma relação entre gênero e educação no interior da qual indivíduos são transformados em - e aprendem a se reconhecer como - homens e mulheres, no âmbito das sociedades e grupos a que pertencem.

Argumenta-se que esses processos educativos – constitutivos de muitos programas e ações desenvolvidos na área da saúde mental – envolvem “estratégias sutis e refinadas de naturalização e legitimação que precisam ser reconhecidas, demarcadas e problematizadas” (MEYER, 2016, p. 1).

Nesse sentido, destaco aqui um excerto encontrado nos documentos que enfatiza:

“[...] a crescente tendência de redução da faixa etária de início de vida sexual (em torno de 13 anos), refletida em altos índices de gravidez na adolescência, [...] coincide com um início igualmente precoce do uso de bebidas alcoólicas.” (BRASIL, 2003, p. 19).

No âmbito desse documento, não se apontam razões para tais tendências evidenciadas acerca da relação direta entre os usos de SPA, que envolve a redução da faixa etária de início de vida sexual e o desencadear de altos índices de gravidez. O documento pode levar a inferir uma relação direta entre vida sexual/uso de álcool e outras drogas/início precoce da vida sexual e gravidez. Não se explica como o álcool estaria envolvido nessa trama – se o seu uso antecede a gravidez, se seria desencadeador ou se existiria um uso concomitante. Esse excerto pode trazer, junto a esses dados, certa (des)legitimação acerca da sexualidade e dos usos de SPA por mulheres.

No mesmo sentido, é também citado que as mulheres usuárias de *crack* desenvolvem no contexto dos usos comportamentos de risco para a infecção por IST/HIV/Aids, desencadeando o início precoce da vida sexual, antes dos 15 anos. Contudo, pode-se afirmar que o início da vida sexual para as mulheres de um modo geral é considerada precoce nessa faixa etária, sem estar diretamente relacionada ao uso de *crack*.

Segue um outro recorte que envolve o início do uso de SPA:

“[...] este início acontece geralmente por influência do companheiro, sendo que para algumas o *crack* foi a primeira droga utilizada.” (BRASIL, 2003, p. 16).

Ao apontar o motivo do início do uso de drogas por indução de terceiros, no caso, “o companheiro”, o documento analisado reproduz um discurso que posiciona a usuária, naquele momento, de forma passiva e sem possibilidade de escolhas, além de naturalizar as relações afetivas e/ou sexuais como sendo heterossexuais. Também encontrei esse dado em um levantamento bibliográfico sobre o tema presente em uma pesquisa de Henderson, Boyd e Mieczkowski (1994), os quais apontam que as mulheres, em geral, iniciam o uso de SPA levadas pelo companheiro, enquanto os homens o fazem com os amigos ou de forma autônoma.

Essas premissas que apontei acerca dos excertos anteriores podem mostrar uma forma de pensar a saúde sexual nos serviços de saúde mental a partir destes parâmetros: prevenção de IST e gravidez. Em alguma medida, essas abordagens, ao transmitir tais informações, supõem que as mulheres se tornem aptas para o autocuidado e a tomada de decisão voltadas para abster-se do uso dessas substâncias. Desse modo, o discurso biologicista traz, fortalece e alimenta certo discurso da prevenção e da educação em saúde que culpabiliza e responsabiliza o sujeito por sua condição de saúde e doença.

Outras questões que envolvem esse aspecto da sexualidade circulam, por exemplo, nos grupos voltados ao debate com as usuárias de SPA, e podem em alguma medida funcionar no sentido de culpá-las e responsabilizá-las; quando, por exemplo, se admite na cultura que a sexualidade masculina é incontrolável e a feminina pode ser contida e regrada. Desse modo, em algumas situações, aparece como uma exigência que às mulheres cabe unicamente a gestão de cuidar dos desejos, tanto de si quanto do homem, no tocante a sexualidade. Nesse contexto, cabem às mulheres a responsabilidade de negociar sexo seguro e a decisão sobre uso de métodos anticoncepcionais – assim, planejamento familiar, etc.

Essa biologia que os excertos dos documentos apresentam, mostrando o corpo das mulheres como mais frágil, pode justificar fortemente argumentos de outros discursos, sinalizando que, para dar conta de todas essas coisas, as mulheres deveriam cuidar-se e controlar-se mais. Não sendo capazes de fazê-lo, alguém terá que fazer por elas – a saúde, a segurança pública, a igreja, etc.

Em minha experiência como residente em serviços de saúde mental, a maior parte das discussões voltadas para pensar abordagens de cuidado as mulheres, por exemplo, eram voltadas para essas duas situações anteriores. Quando se discutiam ações com mulheres usuárias de SPA, imediatamente se colocavam os temas da gravidez e infecções sexualmente transmissíveis ou outros a eles relacionados. Parecia que havia uma compreensão naturalizada dos/as profissionais acerca dessa questão, pois lembro-me que todo material para as oficinas

voltadas a tratar desses assuntos já se encontrava impresso, e raramente era discutido pelos profissionais, o que me fazia pensar que a *verdade* sobre essas dimensões às quais se reduzia a sexualidade de pessoas que nem conhecíamos estava toda ali, pronta para ser transmitida. Desse modo, em grande medida, raramente apareciam aspectos de como cada pessoa significou a sexualidade em sua própria vida, aspectos que marcam o modo singular como cada pessoa a constrói.

Trago a seguir excerto da Política do Ministério da Saúde que aborda “a morbidade entre os sexos” e se aproxima da “saúde sexual e reprodutiva”:

“[...] [a] morbidade entre os sexos é diferenciada sendo que nas mulheres a vulnerabilidade está na saúde sexual e reprodutiva, enquanto que nos homens estão mais expostos às causas de acidentes e violência onde a maioria é do sexo masculino, com idades entre 15 e 29 anos.” (BRASIL, 2003, p. 16).

A palavra *morbidade* vem do latim *morbus*, que significa tanto doença física como doença do espírito, paixão (MORBIDADE, 2016). A morbidade é definida na saúde coletiva como uma variável, referindo-se ao conjunto de indivíduos, dentro da mesma população, que adquire doenças (ou uma doença específica) em um intervalo de tempo, e serve para mostrar o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população (PEREIRA, 2004). Neste excerto, pode-se pensar que, quando o termo infere o uso de SPA e o compreende como uma doença, pode, como ocorreu no primeiro movimento, posicionar o sujeito como doente e, desse modo, organizar abordagens de cuidado em torno dessa “doença”.

No que tange à saúde sexual e reprodutiva marcada no excerto destacado anteriormente, “[a] morbidade entre os sexos é diferenciada sendo que nas mulheres a vulnerabilidade está na saúde sexual e reprodutiva”. O que se pretende ao enfatizar esses dois aspectos? A Organização Mundial de Saúde adota a seguinte definição de *saúde reprodutiva*:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes o deve fazer [...] (VENTURA, 2009, p. 77).

Nessa perspectiva, investir em saúde reprodutiva deveria promover, também, possibilidades de se levar uma vida sexual segura e satisfatória, com autonomia em relação às

escolhas envolvidas. Contudo, a expressão *vida sexual* é mais ampla e complexa, não compreende apenas aspectos relacionados à vida reprodutiva; a saúde sexual “[...] diz respeito às várias possibilidades de pensar, sentir e viver a sexualidade” (MEYER, 2005, p. 7).

Embora o trecho da política aponte para a saúde sexual relacionada à saúde reprodutiva, é importante salientar que cada termo possui definição própria, podendo funcionar de forma relacionada mas também de forma independente, sendo possível exercer a “função reprodutiva sem relações sexuais, com o uso de técnicas reprodutivas, e outras técnicas, bem como é possível a atividade sexual sem fins reprodutivos” (VENTURA, 2009, p. 77).

A problematização desses dois termos acena para a possível ampliação do modo de se pensar as abordagens de cuidado no que se refere a saúde sexual e saúde reprodutiva. Não se trata aqui de negar que as vulnerabilidades sexuais e reprodutivas são um problema no contexto de uso de SPA, mas de relacionar esses aspectos a outros que envolvem a cultura, por exemplo, de alargar o espaço para que apareça o modo como cada um constitui e compreendeu a sua experiência. Na experiência em que vivi inicialmente como residente, depois técnica e coordenadora técnica de CAPS ad, em grande medida, quando parávamos para refletir sobre essas questões, era sempre um desafio repensar as ações, pois toda essa compreensão já estava muito naturalizada em nosso saber/fazer, inclusive, como já apontei, todo nosso material de intervenção sempre estava pronto. Na última experiência vivida antes do mestrado, como coordenadora de um projeto chamado Saúde Na Rua, que já descrevi anteriormente, passamos (meus colegas e eu) quase o período de um ano recriando de modo artesanal o material de intervenção, bem como os métodos de uso desses materiais e a reavaliação constante da ação na íntegra.

Toda essa discussão acerca do essencialismo aponta para uma outra discussão importante: acerca da maternidade. Embora nos documentos analisados a questão da maternidade não tenha sido tratada, trago-a aqui pois a entendo como de extrema importância. Não pretendo abordar toda a complexidade que envolve a dimensão da maternidade e usuárias de SPA, mas abrir o debate a partir de alguns aspectos.

A breve discussão que segue acerca das usuárias de SPA gestantes se desdobra do excerto da política sobre saúde sexual e a saúde reprodutiva destacados anteriormente. Sigo naquela linha de Britzman (1996) a respeito das sombras formadas a partir da projeção de luzes, pois este tema não apareceu nos documentos analisados, por isso a análise que segue não terá como sustentação o material empírico. Contudo, a relevância dessa discussão se encontra justamente por ela permanecer nas sombras dos documentos analisados. A

necessidade de trazê-la a luz se mostra no contexto atual em que diversos serviços de atendimento público da saúde/saúde mental e social vem passando por entraves que envolvem o tema.

Inicialmente, vale questionar a possibilidade de se falar em redução de danos em se tratando de mulheres em idade reprodutiva que não evitam a gravidez, ou querem engravidar. No contexto da discursividade sobre a maternidade vigente, Meyer (2005) discute que ao longo dos séculos XIX e XX, multiplicaram-se os discursos sobre cuidados a serem dispensados aos corpos femininos, especialmente quando se refere a corpos de mulheres-mães. Esses discursos voltam-se para um sentido específico acerca do modelo da mãe cuidadora, marcando-se um modo de ser mãe descolado dos contextos e processos sociais mais amplos, restringindo os modos de ser mãe ao fixar um tipo de relação mãe-filho a uma determinada forma de maternidade (MEYER, 2005). Em alguma medida esse modelo de mãe cuidadora acaba por criar uma referência naturalizada do que se espera das mulheres, especialmente, para mulheres grávidas ou que querem engravidar. É possível supor que esta expectativa social delimita uma fronteira entre as mulheres consideradas aptas para correpondê-las e as que por diferentes motivos não são.

A este respeito, pode-se afirmar que para ocupar uma posição de sujeito de mãe cuidadora será demandado preparos que começam em um momento anterior ao da concepção, pois,

[...] espera-se que a futura mãe se abstenha de café, chá, álcool, fumo (inclusive passivo), determinados tipos de alimentos industrializados, estresse, excesso de exercícios [...] Durante a gravidez, o desenvolvimento do bebê e todos os aspectos do comportamento dela são minuciosamente monitorados pelos serviços de saúde. [...] Para o melhor e para o pior, hoje, as responsabilidades da mãe dobraram: a estabilidade emocional e o desenvolvimento cognitivo e psicológico dos filhos também estão a seu encargo. [...] As mães são bombardeadas com mais informações do que conseguem absorver e o conselho é sempre apresentado como o “melhor para o seu bebê”, porém envolve vários outros interesses [ou problemas] sociais, políticos e culturais (FORNA, 1999, p. 15).

Esses investimentos intentam educar, e, de um determinado modo, constituem uma rede de poder-saber investida na regulação dos sentidos da relação mãe-filho, envolvendo o corpo materno “em um poderoso regime de vigilância e regulação” (MEYER, 2005, p. 83). Nessa direção, é razoável supor que os corpos das mulheres usuárias de drogas grávidas entram ainda mais incisivamente nesse registro da vigilância, de modo a monitorar a saúde do feto e, também a sua capacidade de gerir ou de manutenção do cuidado aos/as filhos/as. Aqui residem duas questões: uma é que algumas pesquisas indicam que o consumo, mesmo

ocasional de álcool, tabaco e outras SPA afetam o desenvolvimento do feto, até na vida adulta. A outra questão é a capacidade dessas mulheres usuárias de SPA de dispensarem os cuidados adequados a seus filhos.

Um conjunto de estudos (SILVA; TOCCI, 2002; YAMAGUCHI *et al.*, 2008; SILVA, 2014; SIAT, 2016) a que tive acesso confirmam os efeitos nocivos que as substâncias psicoativas produzem no corpo das mulheres gestantes e, principalmente, sobre o feto. Há um alerta de um modo geral a respeito dos efeitos de todas as substâncias psicoativas, mas os estudos apontam que a maioria das mulheres grávidas consome mais álcool e tabaco, e menos as substâncias ilícitas. Diversas recomendações envolvem aspectos como o cuidado com a alimentação, diminuição de exercícios físicos, dentre outros; e, em relação aos usos de SPA apontam para a abstinência total dos usos.

Em relação a capacidade das mulheres usuárias de SPA de cuidarem dos filhos, diante da pouca produção teórica a respeito das mulheres usuárias de drogas, e também da relação dessas mulheres com a gestação, apresento aqui duas notícias publicadas em jornais que abordam os entraves dos serviços públicos os quais referi na introdução. Em 2012, foi publicada uma matéria indicando o aumento dos partos por usuárias de crack, sendo este fato indicado na matéria como relevante para a saúde pública. Segundo a mesma notícia, os sinais de que a gestante usa SPA nem sempre são evidentes, mas, a suspeita se inicia quando as mulheres informam morar na rua, não ter vínculos familiares e não terem feito o pré-natal. A maior parte das mulheres (80%) saem das maternidades sem os/as filhos/as, que são encaminhados para abrigos (BEDINELLI, 2012). Em um outro artigo, relata-se que em 2015, maternidades e unidades básicas de saúde de Minas Gerais receberam recomendações da 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte, indicando aos psicólogos e assistentes sociais desses campos de atuação, o envio à Vara da Infância e Juventude de relatórios dos casos de recém-nascidos de usuárias de drogas, para que estes fossem encaminhados a acolhimentos institucionais (GERAES, 2015). A promotora de Justiça da Infância e Juventude Civil de Belo Horizonte endossa a recomendação, ao mesmo tempo em que garante o direito da criança a conviver com a família de origem, no período em que esta estiver acolhida; enquanto isso, o juiz irá encaminhar a mãe para tratamento (OFICINA DE IMAGENS, 2014). Salienta-se que o diagnóstico dessas situações será elaborado pelos técnicos do abrigo e por profissionais da prefeitura.

Em alguma medida, essa questão localiza-se no contexto de um conflito entre dois sujeitos de direito, feto/criança e mulher. A proteção do feto/criança é assegurada pelo Código Civil de 1916, em seu artigo 4º quando ele considera que “a personalidade civil da pessoa

começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os [seus] direitos” (BRASIL, 2008, p. 1), assim também o Estatuto da Criança e do Adolescente no art. 7 do cap. I garante que a criança “[...] têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio”. (BRASIL, 1990, p. 1). Em relação aos direitos da mulher gestante estas possuem leis (UFF, 2016) que as amparam, durante o pré-natal, no parto, e garantem direitos sociais como: filas preferenciais, direitos trabalhistas como a licença maternidade, e os direitos da saúde que garantem a disponibilização dos exames necessários. Saliento aqui que os Direitos Reprodutivos (ADOLESCÊNCIA, 2016, p. 1) compreendem o direito básico de toda pessoa decidir, com liberdade e “responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos/as e de ter a informação e os meios de assim o fazer”. Também garantem o direito “de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência” (ADOLESCÊNCIA, 2016, p. 1). Essas proteções legais a que esses dois sujeitos de direitos fazem jus acenam para a complexidade que envolve esses sujeitos e seus direitos no tocante a discussão das mulheres usuárias de SPA gestantes.

Os estudos que mostrei anteriormente comprovam os malefícios das substâncias nos corpos, principalmente sobre o feto, inferindo uma compreensão de que as mulheres ao escolherem dar continuidade aos usos de SPA durante a gravidez estão atestando a sua incapacidade de decidir pela gestação e/ou sua manutenção e/ou mesmo incapacidade de cuidarem da criança após o nascimento. O que parece vir apoiado nesses estudos são ações semelhantes aqueles dois casos que descrevi anteriormente, publicados em matérias de jornais, em que seus/suas filhos/filhas são retirados/as imediatamente após o nascimento.

Pode-se dizer que, em alguma medida, os direitos direcionam-se mais ao próprio feto e que, em função disso, há uma preocupação em relação à promoção da saúde fetal que envolve principalmente o exercício responsável da maternidade. Esta responsabilidade no tocante a mulher usuária de SPA pode enredar ainda mais estes corpos nos sistemas de vigilância e regulação (sanitária, social e moral). E, desse modo, essa rede poderá incidir de modo intensivo sobre as mulheres gestantes usuárias de SPA já que estas, de acordo com o binarismo apontado anteriormente, compõe o lado das consideradas inaptas para exercer a maternidade.

Silveira (2012) aponta que, em grande medida, as mulheres gestantes usuárias de SPA consideradas inaptas vivem em situação de rua. O autor argumenta que a incapacidade dessas mulheres de exercer a maternidade está muito mais relacionada com a situação de pobreza do que ao uso de SPA. Segundo o psiquiatra, a criança normalmente é retirada da mãe

porque esta vive em situação de rua. O autor diz que o argumento de que o problema é a droga é usado para justificar a retirada do/a filho/a, mas que isso é feito porque ela é pobre: “atendo pessoas de classe média, classe média alta, com o mesmo vício e isso não acontece entre elas” (SILVEIRA, 2012, p.1). Sobre esse fato, retomarei a discussão do primeiro movimento a respeito das posições de sujeito usuário nas quais o uso de SPA definido como abuso e dependência é explicitamente associado a fatores incapacitantes dos sujeitos e, desse modo, os reduz e os coloca na posição de doentes. Ao analisar a posição de sujeito mulher usuária de drogas grávida/pobre pode-se pensar que o fator incapacitante a ela associado parece não ter relação com as definições de uso abusivo ou dependência pois, segundo o relato anterior, mesmo que não haja parâmetros para esse diagnóstico, ou, antes mesmo de identificar se há realmente o uso (abusivo ou dependente) já se fixa a mulher na condição de incapaz de exercer a maternidade.

Nesse ponto, gostaria de retomar novamente os estudos que apresentei anteriormente a respeito dos prejuízos decorrentes do uso de SPA por mulheres para apontar que estes não abordam, por exemplo, um estudo investigativo mais aprofundado a respeito dos processos sociais e culturais em que estas mulheres estão inseridas. Pois, a partir dessas outras perspectivas poderiam, por exemplo, apoiar nesses serviços públicos de saúde e de assistência social uma outra forma de abordagem a essas mulheres considerando suas histórias de vida, sua forma de se situar no mundo, compreensão acerca de suas escolhas, etc.

Para ampliar a discussão, trago alguns elementos que vivenciei nas minhas experiências na rede de assistência à saúde mental pública. Presenciei e ouvi muitos relatos de mulheres que pariram e foram separadas de seus filhos nos manicômios. Também, outras que pariram seus filhos em situação de rua e também perderam a guarda da criança tanto por intervenção judicial, quanto por opção de doá-las, devido a múltiplos fatores como: falta de suporte, assistência etc. Em muitos casos observei que a situação de sofrimento é agravada após a retirada da criança, e, em grande medida, também nessa separação a vida da própria criança pode ser vulnerabilizada quando esta é institucionalizada em um abrigo.

Assim, parece haver uma sobreposição da noção de pobreza com anulação de incapacidade, incluindo incapacidade de exercer a maternidade. Desse modo, um olhar de gênero sobre o contexto das mulheres usuárias de drogas acena para a necessidade de se pensar gênero na articulação com outros marcadores sociais, como raça, classe, geração, entre outros, compreendidos e organizados em meio a relações de poder (SCOTT, 1995). Pode-se supor que a posição de sujeito “mulheres grávidas usuárias de drogas” cola-se ao marcador da pobreza, ao fato de serem possivelmente negras e julgadas incapazes de terem filhos/as. Vale

ressaltar que atribuir uma certa incapacidade a essas mulheres também pode fortalecer a violação de alguns de seus direitos, uma vez que a incapacidade oblitera a posição de sujeito de direitos dessas mulheres.

Em relação ao questionamento inicial, acerca de como a redução de danos pode operar nesses casos, não pretendo oferecer uma resposta, mas pode-se pensar dentre muitas coisas que a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial propunha uma clínica que se preocupasse com o indivíduo em sua totalidade, considerando suas experiências de vida e sofrimento, e desse modo fosse possível oferecer uma presença ética, atenta, e em rede durante o processo de cuidado. Pretendia, também, convidar-nos para colocar em suspenso nossos julgamentos tão “bem amparados” sobre o que seria melhor para o/a outro/a.

Nessa seção, produzi reflexões inicialmente acerca do que foi veiculado nos documentos analisados sobre as diferenças entre homens e mulheres enunciadas, em alguma medida, de um modo naturalizado e biologicista. Entendi que seria importante esse movimento, pois essas naturalizações acerca das vulnerabilidades de homens e mulheres relacionadas aos usos de SPA foram sendo, ao longo do tempo, construídos em nossa cultura e em nossa sociedade, por meio dos ditos e não ditos, que a política pública é capaz de movimentar. Também procurei refletir sobre as abordagens de cuidado aos/as usuários/as de SPA indicando algumas possibilidades de alargamento nos investimentos dessas práticas. A discussão a partir do que não aparece no documento sobre as mulheres gestantes usuárias de SPA foi realizada em função da necessária problematização de algumas questões que envolvem este tema, dentre eles, o conflito entre os direitos do feto e os direitos da mulher a partir de uma certa naturalização da suposta incapacidade da mulher usuária de SPA para o cuidado do/a filho/a.

6 FECHAMENTOS PROVISÓRIOS

“[...] Porque o tempo em que vivo
 Morre de ser ontem
 E é urgente inventar
 Outra maneira de navegar
 Outro rumo, outro pulsar
 Para dar esperança aos portos [...]”
 Mia Couto³⁰

Então... após 2 anos de intensas (des)aprendizagens, reflexões e estudos chego ao momento de provisoriamente fechar este processo para quem sabe me lançar a novas (re)invenções. Todos os desafios que enfrentei ao longo do percurso da pesquisa mostraram-me o quanto esse processo é permeado por (des)prazeres, pequenas conquistas, superações... Em muitos momentos rememorar o percurso vivido por mim na Saúde Mental me inquietava e me instigava a continuar a caminhada, pois lembrava-me do compromisso assumido com esse campo do saber/fazer.

O tema desta dissertação tem envolvimento direto com todas as questões que permeavam/permeiam o meu percurso profissional e a militância no campo da Saúde Mental. Nessa caminhada algumas respostas se mostraram, outras fecharam, e algumas vão continuar me acompanhando.

Na introdução da pesquisa apresento minha trajetória acadêmica e profissional, demonstrando o desejo político, profissional e pessoal que sustenta a escolha por analisar os documentos e desdobramentos da Política Nacional de Redução de Danos. Destaco um aspecto importante no meu percurso relacionado a imersão em binarismos como manicômios x centros de atenção psicossocial, abstinência x redução de danos, manicomialistas x antimanicomialistas, uma vez que o movimento de desconstrução desses binarismos mostrou-se um importante investimento pois, em grande medida, estavam naturalizados em mim. Sob a luz das novas leituras pude estranhar esses binarismos, e apontar para outros dizeres sobre eles.

Nessa pesquisa foi possível mostrar que a Política de Redução de Danos integrada a um determinado regime de verdades situado em um determinado momento histórico, institui, educa e organiza um conjunto de ensinamentos sobre, e para, o sujeito usuário/a de drogas posicionando-o de diversos modos.

³⁰ Poema “Confidência”.

Ao se destinar a determinado público (usuários/as/dependentes), de algum modo, a Política acaba por alcançar a todos/as, usuários/as, familiares, profissionais e ativistas do campo da RD, pois todos/as nós somos sujeitos dos discursos do nosso tempo; muitos discursos circulam nesse âmbito, fazendo parte da produção da nossa cultura, atravessando nossa constituição subjetiva e as nossas escolhas, dentre outras coisas. Isso que dizer, sob certos aspectos, que todos/as estamos envolvidos em sua (re) produção. Destaco também que a participação do/a usuário/a no debate sobre SPAena política ainda não se concretiza, sua voz ainda é silenciosa (ou silenciada).

Analisar a Política de Redução de Danos e seus desdobramentos foi um desafio constante em toda pesquisa, pois esta análise convocava com constância o meu distanciamento das certezas que eu tinha. Precisava olhar para aquele material com um certo distanciamento, ao mesmo tempo implicado politicamente, o que para mim foi um exercício desafiador. Por outro lado, o “esquecimento” de como qual a pesquisa pós estruturalista convida me ensinou também a redimensionar o meu olhar pois esse vazio ensinou-me a captar as coisas, em alguma medida, sem tantas pre-concepções.

Um outro desafio foi marcado pela escassez de estudos sobre gênero e SPA na perspectiva pós estruturalista. Os estudos encontrados localizavam-se em outras perspectivas, de um modo geral essencialistas em relação aos usos e seus efeitos, como destaquei na metodologia e na última seção, marcando um limite e, por outro lado, uma potência.

As principais problematizações voltaram-se para discutir os diferentes modos pelos quais se fala sobre – e, portanto, se posiciona - o sujeito usuário/a de SPA nos documentos da política e os atravessamentos de gênero em que os significados e (in) definições conferem a estes uma especificidade na nossa cultura que (re)produz determinados efeitos nas ações sugeridas/indicadas às instituições que se direcionam a esse público. Analisar essas posições de sujeito nos documentos trouxe a tona parâmetros de normalidade instituídos que acabam por se tornar naturalizados.

A (in) definição de termos discutidos no primeiro movimento permitiu visualizar a aparente sobreposição de sentidos de alguns termos como usuário/dependente para, assim, explorar distinções entre eles. Essas (in)definições, em grande medida, são efeitos das classificações das drogas no Brasil permeadas por abordagens moralistas, sanitárias, econômicas, da segurança pública, e políticas. Essa análise mostrou que essa disputa de sentidos, permeada por jogos de poder, pode significar uma droga em uma cultura contribuindo para posicionar o sujeito usuário de diferentes modos, muitas vezes fixando-o em uma posição.

Do ponto de vista do gênero (muito pouco evidenciado na política) parece haver algumas pistas na (in)definição desses termos mostrando que em alguma medida não se contemplam distinções produzidas pelo gênero, talvez porque haja ainda uma dificuldade em associar mulheres ao uso/abuso de SPA, embora os estudos mostrem o uso crescente entre as mulheres. Assim, um olhar sensível às abordagens de gênero na política permitiu ir "encontrando" pistas em relação a naturalização da relação entre uso de SPA e masculinidade e de uma feminilidade que não se droga. Neste sentido, a pesquisa procurou desnaturalizar e mostrar alguns silenciamentos, nas representações de feminino/masculino ainda ativas nas culturas que contribuem para dificultar o dimensionamento de uma demanda de cuidado e para o acesso a um serviço social.

A discussão acerca das diferenças do uso e seus efeitos nos corpos de homens e mulheres de um modo universal e generalizável foi feita com o intuito de destacar o que vem junto com essa essencialização, ampliando possibilidades de se pensar abordagens de cuidado voltadas para aspectos que discutem, sobretudo, a noção de sexualidade nos Caps.

Por fim, cabe salientar que várias questões foram abertas ao longo da pesquisa a partir das perguntas e do material empírico, mas foi necessário produzir recortes para promover algumas discussões entendidas como provisórias pois estabelecem aberturas para outras histórias.

REFERÊNCIAS

ABORDA - Associação Brasileira de Redução de Danos. **Site institucional**. 2016. Disponível em: <<http://abordabrasil.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

ADIALA, Julio Cesar. **Seminário “Crime e Castigo”**. Rio de Janeiro: Fundação Rui Barbosa, 1986.

ADOLESCÊNCIA – Portal Vivendo a Adolescência. **Direitos reprodutivos**. 2016. Disponível em: <<http://www.adolescencia.org.br/site-pt-br/direitos-reprodutivos>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

ALVES, Vânia Sampaio. Modelo de Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do centro de atenção psicossocial (Caps ad). 2009. 365 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

ANDRADE, Sandra dos Santos. A entrevista narrativa ressignificada nas pesquisas pós-estruturalistas em educação. In: MEYER, Dagmar E. E.; PARAÍSO, Marlucy Alves. (Orgs.). **Metodologias de pesquisas pós críticas em Educação**. v.1. Belo Horizonte: Mazza, 2012.

_____. **Juventudes e processo de escolarização**: uma abordagem cultural. 2008. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

ANDRADE, Tarcisio. Redução de danos: um novo paradigma? In: _____ **Drogas**: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: EDUFBA, 2004.

AUTONOMIA. In: SIGNIFICADOS.br. 2016. Disponível em: <<https://www.significadosbr.com.br/autonomia>>. Acesso em: 26 de junho de 2016.

BAHIA. **Política estadual sobre drogas**. Bahia: Governo do Estado da Bahia, 2012.

BANDEIRA, Lourdes. **Brasil**: fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – avançar na transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas. Brasília: CEPAL; SPM, 2005.

BBC. **Uruguai aprova legalização do cultivo e venda da maconha**. 2013. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/12/131210_uruguai_aprova_maconha_mm>. Acesso em: 1 jun. 2016.

BEDINELLI, Talita. **Em maternidade para viciada em crack, mãe tem alta, mas bebê fica**. 2012. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2012/12/1198702-em-maternidade-para-viciada-em-crack-mae-tem-alta-mas-bebe-fica.shtml>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

BENEVIDES, Pablo S.; PRESTES, Túlio K. A. Biopolítica e governamentalidade: uma análise da política nacional sobre drogas. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, [s.l], v.4, n.2, 2014.

BOITEUX, Luciana. **Drogas e cárcere: a repressão às drogas e o aumento da população penitenciária.** 2010. Disponível em: <<http://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Drug%20Policy/2011/6-3/sistemas%20sobrecargados%20-%20completo%20brasil.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

BOMTEMPO, Denise. **Caso: A legislação penal e a prática de redução de danos a saúde pelo uso de drogas no Brasil.** 2006. Disponível em: <<http://direitosp.fgv.br/sites/direitosp.fgv.br/files/notadeensinofinalreducaodedanosbra.pdf>>. Acesso em: 27 de julho de 2016.

BRASIL. **Código civil brasileiro e legislação correlata.** 2008. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70327/C%C3%B3digo%20Civil%202%20ed.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao_compilado.htm>. Acesso em: 26 jun. 2016.

_____. Decreto 6.117, de 22 de maio de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm>. Acesso em: 20 jul. 2016.

_____. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm>. Acesso em: 20 jul. 2016.

_____. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 11 jun. 2015.

_____. Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em: 11 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2015.

_____. Portaria GM nº 816, de 30 de abril de 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-816.htm>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

_____. Portaria n. 344, de 12 de maio de 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf> Acesso em: 27 jun. 2016.

_____. Portaria n. 1.028, de 1º de julho de 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1028.htm>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

BRITZMAN, Debora. O que é essa coisa chamada amor: identidade homossexual, educação e currículo. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v.21, n.1, p.71-96, jan./jun. 1996.

CAMPOS, Gastão Wagner. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006.

CARNEIRO, Henrique. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, São Paulo, v.6, p.115-128, 2002.

_____. **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Bahia: Editora da EDUFBA, 2008.

CARVALHO, Salo de. **A política criminal de drogas no brasil**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

CASTIEL, L. D. Promoção de saúde e a categoria 'comunidade'. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.5, p.315-622. 2004.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. Brasília: SENAD, 2013.

_____. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. Brasília: SENAD, 2014.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al.* (Orgs.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

CONDÉ, M. L. L. **Wittgenstein: linguagem e mundo: um trajetória filosófica**. São Paulo: Annablume. 1998.

DAL'IGNA, Maria Cláudia. “**Há diferença?**” Relações entre desempenho escolar e gênero. 2005. 167 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional. Ministério da Justiça. **Levantamento nacional de informações penitenciárias**. Infopen – junho de 2014. 2014. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

ESCOHOTADO, Antonio. A Proibição: princípios e conseqüências. In: RIBEIRO, M. de M.; SEIBEL, S. D. (Orgs.). **Drogas. hegemonia do cinismo**. São Paulo: Fundação Memorial da America Latina, 1997.

FARENZENA, Nalú. Responsabilidade pública para com as políticas públicas de educação: algumas reflexões. **Políticas Educativas**, [s.l], v. 5, p. 96-112. 2011.

FÉLIX, Jeane. “**Quer teclar?**”: aprendizagens sobre juventudes e soropositividades através de bate – papos virtuais. 2012. 222 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

FÉLIX, Paula. **Bateria de dependentes químicos desfila na região da cracolândia**. 2016. Disponível em: <<http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,bateria-de-dependentes-quimicos-desfila-na-cracolandia,10000015049>>. Acesso em: 8 fev. 2016.

FERNANDES, L.; RIBEIRO, C. Redução de riscos, estilo de vida junkie e controle social. **Revista Sociologia, Problemas e Práticas**, [s.l], n. 39, p. 57-68. 2002.

FERREIRA, Mauricio; TRAVERSINI, Clarice. **A análise foucaultiana do discurso como ferramenta metodológica de pesquisa**. 2013. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/edu_realidade>. Acesso em: 26 jul. 2016.

FISCHER, Rosa Maria. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, n.114, p.197-223, nov. 2001.

_____. **Trabalhar com Foucault: arqueologia de uma paixão**. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

FORNA, Aminatta. **Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

_____. **A verdade e as formas jurídicas**. 2.ed. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

_____. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. **História da sexualidade**. v.1: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **O uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. Subject and power. In: DREYFUSS, H.; RABINOW, P. **Beyond, structuralism and hermeneutics**. Brighton: The Harvester Press, 1982.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 2010.

FRÔ, Maria. **Exemplo didático de como se opera o racismo na linguagem midiática**. 2015. Disponível em: <<http://www.revistaforum.com.br/mariafro/2015/03/28/exemplo-didatico-de-como-se-opera-o-racismo-na-linguagem-midiatica/>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

GARCIA, Maria L.; LEAL, Fabíola; ABREU, Cassiane. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Revista Psicologia & Sociedade**, [s.l], v.20, n.2, p.257-266. 2008.

HÁBITO. In: DICIONÁRIO Online de Português. 2016. Disponível em: <<http://www.dicio.com.br/habito/>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

HALL, Stuart. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. Cap. 5. Media and Cultural Regulation, Open University. In: **CULTURE, Media and Identities. Educação & Realidade**, Porto Alegre, n. 22, p. 15-46. 1997.

HARAWAY, Donna Jeanne. **Ciencia, cyborgs y mujeres: La reinención de la natureza**. Madri: Cátedra, 1995.

HENDERSON, D. J.; BOYD, C.; MIECZKOWSKI, T. **Gender, relationships, and crack, cocaine**: A content analysis. *Research in Nursing and Health*, 1994.

HOUAISS, A. **Grande Houaiss da língua portuguesa**. [s.l]: Objetiva, 2001.

IHRA – International Harm Reduction Association. **O que é redução de danos?** 2010. Disponível em: <http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2015.

INFORMALCOOL. **Políticas nacionais sobre álcool e outras drogas**. 2016. Disponível em: <<https://www.informalcool.org.br/print?path=node%2F227>>. Acesso em: 31 mar. 2016.

KARAM, Maria Lúcia. Pela abolição do sistema penal. In: PASSETI, Edson (Org.). **Curso livre de abolicionismo penal**. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

KLEIN, Carin. “... **um cartão que mudou nossa vida**”? Maternidades veiculadas e instituídas pelo Programa Nacional Bolsa escola. 2003. 150 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

LIMA, H. P.; BRAGA, V. A. B.; LEMOS, A. M.; CAVALCANTE, L. P.; NASCIMENTO, J. C. Gênero feminino e legislação brasileira sobre drogas: estudo documental. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 16., 2011, Campo Grande: [s.l], 2011.

LINS, Emmanuela Vilar. A nova lei de drogas e o usuário: a emergência de uma política pautada na prevenção, na redução de danos, na assistência e na reinserção social. In: NERY FILHO, Antonio; MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; RÊGO, Marlize (Orgs.). **Drogas, clínica e cultura**: toxicomanias, incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia. 2007.

LOURO, Guacira Lopes. Conhecer, pesquisar, escrever. **Educação, Sociedade & Culturas**, Porto Alegre, n.25, p.235-245. 2007.

_____. **Gênero, sexualidade e educação**: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Vozes, 1997.

MACRAE, Edward. Rodas de fumo: o uso de maconha por camadas médias urbanas. In: _____. **Drogas, clínica e cultura**. Salvador: CETAD/UFBA. EDUFBA, 2000.

_____ *et al.* As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais. In: NERY FILHO, Antonio *et al.* (Orgs.). Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012.

MARLATT, G. A. **Redução de danos**: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

MARTINS, Angela Maria. Autonomia e educação: a trajetória de um conceito. Fundação Carlos Chagas. **Cadernos de Pesquisa**, [s.l], n.115, p.207-232, mar. 2002.

MELLO NETO, João Cabral de. **Morte e vida Severina**. [s.l]: Tuca, 1968.

MESQUITA, Fernando. Perspectivas das estratégias de redução de danos no Brasil. In: _____; BASTOS, F. I. (Orgs.). **Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos**. São Paulo: IEPAS, 2001.

MEYER, Dagmar Estermann. A politização contemporânea da maternidade. *Gênero*, Niterói, v.6, n.1, p.81-104, 2.sem. 2005.

_____. **Educação e gênero**. 2016. 5f.. Notas de aula.

_____. Gênero e Educação: teoria e política. In: LOURO, Guacira Lopes; NECKEL, Jane Felipe; GOELLNER, Silvana Villodre (Orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade** – um debate contemporâneo na educação. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. **Teorias e políticas de gênero**: fragmentos históricos e desafios atuais. Texto encomendado pelo editor a propósito do tema da 65ª Semana Brasileira de Enfermagem. [s.l]: [s.n], 2004.

_____. **Vulnerabilidade, programas de inclusão social e práticas educativas**: uma abordagem na perspectiva dos estudos de gênero e culturais. Projeto de Pesquisa. Faculdade de Educação. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

_____; FALLEIROS, Débora; VALADÃO, Marina; AYRES, José Ricardo. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, jun. 2006.

_____; KLEIN, Carin; DAL'LGNA, Maria Claudia; ALVARENGA, Luiz Fernando. Vulnerabilidade, Gênero e políticas sociais: a feminização da inclusão social. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v.22, n.3, p.320, set.-dez. 2014.

_____; _____; FERNANDES, Letícia. "Noções de família em políticas de inclusão social no Brasil contemporâneo". *Estudos Feministas*, v. 20, n. 2, maio/ago. 2012.

_____; FÉLIX, Jeane; VASCONCELOS, Michele. Por uma educação que se movimenta como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface**, Botucatu, v.17, n.47, p.859-871, out./dez. 2013.

MENSER, Michael; ARONOWITZ, Stanley. **Sobre os estudos culturais, a ciência e a tecnologia**. Barcelona: Paidós, 1998.

MÖDERLER, Catrin. **1917**: apresentado o projeto da lei seca nos EUA. 2016. Disponível em: <<http://www.dw.de/1917-apresentado-o-projeto-da-lei-seca-nos-eua/a-319341>>. Acesso em: 1 jun. 2016.

MORBIDADE. In: SIGNIFICADOS. 2016. Disponível em: <<http://www.significados.com.br/morbidade/>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

MOREIRA, Antonio Flávio; TADEU, Tomaz. Sociologia e teoria crítica do currículo. In: _____; _____ (Orgs.). **Currículo, cultura e sociedade**. 12.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MOREIRA, Fernanda; SILVEIRA, Dartiu ; ANDREOLI, Sergio. **Situações relacionadas ao uso indevido de drogas nas escolas públicas da cidade de São.** 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000600010>. Acesso em: 10 jun. 2016.

NIEL, Marcelo; SILVEIRA, Dartiu Xavier da (Org.). **Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde.** São Paulo: UNIFESP, 2008.

OFICINA DE IMAGENS. **Recomendações polêmicas do MP geram discussões sobre casos de gestantes usuárias de drogas.** 2014. Disponível em: <<http://oficinadeimagens.org.br/recomendacoes-polemicas-do-mp-geram-discussoes-sobre-casos-de-gestantes-usuarias-de-drogas/>>. Acesso em: 19 mai. 2016.

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S.; VALENTE, C. M. L. A interferência do contexto assistencial na visibilidade do consumo de drogas por mulheres. **Rev Latino-am Enfermagem**, [s.l], v.15, n.2, mar./abr. 2007.

OLIVEIRA, Marcus Vinicius. **Drogas, direitos humanos e laços sociais.** Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários. 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>>. Acesso em: 23 jul. 2016.

PARAÍSO, MarlucyAlves. Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação e currículo: trajetórias, pressupostos, procedimentos e estratégias analíticas. In: MEYER, D. E. E.; PARAÍSO, M. A. (Orgs.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em Educação.** v.1. Belo Horizonte: Mazza, 2012.

_____. Raciocínios generificados no currículo escolar e possibilidades de aprender. In: LEITE, C *et al.* (Orgs.). **Políticas, fundamentos e práticas do currículo.** Porto: Porto, 2011.

PEIXOTO, Jamile. **Da paternidade responsável a paternidade participativa?** representações de paternidade na política nacional de saúde do homem. 2015. 118 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

PEREIRA, Sheila Duarte. **Conceitos e definições da saúde e epidemiologia usados na vigilância sanitária.** 2004. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visa.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2016.

PETUCO, Denis; GIL, Rafael. **Redução de danos: dispositivo da reforma?** 2009. Disponível em: <http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=340&cod>. Acesso em: 10 mar. 2016.

PRADO, A. M.; QUEIROZ, I. S. A emergência da politização da intimidade na experiência de mulheres usuárias de drogas. **Estudos de Psicologia**, [s.l], v.17, n.2, p.305-312, maio/ago. 2012.

PRAGMATISMO POLÍTICO. **G1 vê diferenças entre apanhados com drogas**. 2015. Disponível em: <<http://www.pragmatismopolitico.com.br/2015/03/g1-ve-diferencas-entre-apanhados-com-drogas.html>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

QUINET, Antonio. **A lição de Charcot**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

RIBEIRO, D. V. A. **Significações psicológicas sobre a adesão ao tratamento ambulatorial de mulheres dependentes de substâncias psicoativas**: estudo clinico-qualitativo. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2009.

RODRIGUES, Thiago. **A política de drogas e a lógica dos danos**. 2003. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/t_tia3.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

ROMANI, Oriol. **Las drogas, sueños y razones**. Barcelona: Ariel, 1999/2004.

ROSA, Pablo Ornelas. **Drogas e biopolítica**: uma genealogia da redução de danos. 2012. 373 f. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

ROTELLI, F. *et. al.* Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SAKAMOTO, Leonardo. **Jovem rico erra**. “Menor” pobre comete crime. 2011. Disponível em: <<http://blogdosakamoto.blogosfera.uol.com.br/2011/12/04/jovem-rico-erra-menor-pobre-comete-crime/>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

SARAIVA, Enrique. Introdução à análise de políticas públicas. In: _____; FERRAREZI, Elisabete. **Políticas públicas, coletânea – Volume 1**. Brasília: ENAP, 2006.

SAWAIA, Bader. **As artimanhas da exclusão**. Análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2001.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista educação e realidade**, Porto Alegre, jul./dez. 1995.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SIAT – Sistema Nacional de Informação sobre Agentes Teratogênicos. **Cocaína e gestação**. 2016. Disponível em: <<http://gravidez-segura.org/cocaina.php>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

SILVA, Caroline André. **O consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas na gestação**: repercussões sobre a saúde do recém-nascido. 2014. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/101262/000931394.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

SILVA, M. G. B. **O pensar e o agir das mulheres assistidas em um centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas**: alcoolismo feminino e o caminho para a recuperação. 2012. 98f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2012.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

_____. **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Vozes, 2000.

SILVA, Thaís Pinto da; TOCCI, Heloísa Antonia. **Efeitos obstétricos, fetais e neonatais relacionados ao uso de drogas, álcool e tabaco durante a gestação**. 2002. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2002-10.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

SIQUEIRA, Leandro A. Uma genealogia da compulsão. **Verve**, n.18, out. 2010.

UFF – Universidade Federal Fluminense. **Leis que amparam os direitos reprodutivos**. 2016. Disponível em: <<http://www.uff.br/psienf/leisgestacao.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

VASCONCELOS, Michele; SEFFNER, Fernando. A pedagogia das políticas públicas de saúde: norma e fricções de gênero na feitura de corpos. **Cad. Pagu**, Campinas, n.44, jan./jun. 2015.

VENTURA, Miriam. Direitos reprodutivos no Brasil. Fundo de População das Nações Unidas, Brasília, 2009. Disponível em: <www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

VEYNE, Paul. Só há a priori histórico. In: _____. **Foucault seu pensamento, sua pessoa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

VICIO. In: DICIONÁRIO Online de Português. 2016. Disponível em: <<http://www.dicio.com.br/vicio/>>. Acesso em: 26 jul. 2016.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo, 2000.

WOLFF, Cristina; POSSAS, Lidia. **Escrevendo a historia no feminino**. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v13n3/a07v13n3>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

WORTMANN, Maria Lucia Castagna. Análises culturais – um modo de lidar com histórias que interessam à educação. Cap. 4. In: _____. **Caminhos investigativos II**. Outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação. Rio de Janeiro: Lamparina, 2009.

SILVEIRA, Dartiu Xavier. **Drogas, direitos humanos e laços sociais**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

YAMAGUCHI, Eduardo Tsuyoshi; CARDOSO, Mônica Maria Sialyls Capel; TORRES, Marcelo Luis Abramides; ANDRADE, Arthur Guerra de. **Drogas de abuso e gravidez**. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700010>. Acesso em: 20 jul. 2016.