

Redução de Danos como dispositivo político estético para a desinstitucionalização do espaço urbano.

Marise de Leão Ramôa – Psicóloga do Núcleo de Direitos Humanos da SMAS.

Começamos pensando sobre o olhar para o fenômeno das drogas, na contemporaneidade. Fala-se em “epidemia” de abuso de drogas como o crack. Há com isso um grande risco de promovermos uma higienização do espaço urbano no que se refere aos usuários de drogas que se encontram em situação de rua. Como nos fala Petuco(2008) o fenômeno das drogas é

“(...)compreendido como especialmente problemático devido à sua situação social, política e econômica específica: uma rede ilegal e o seu alto lucro, em um contexto de miséria. Diante deste contexto de alta fluidez lucrativa, há, no âmbito das políticas públicas, a eleição de um combate às drogas (ou seja, a reificação da ilegalidade). Neste ambiente social de combate (georeferenciados em comunidades mais pobres), a intervenção repressiva situa as relações com a droga a partir da violência. É neste ambiente que muitos dos usos problemáticos, hoje encarados grosseiramente como "epidemia", também costumam se dar”.

A questão que aqui se faz presente é o que as políticas públicas referentes ao campo das drogas tem como direção ética, pois em sua maioria não se aproximam do fenômeno droga. Partem de concepção da droga como veneno, mas esquecem que as drogas também podem ser remédio, pois são produzidas historicamente como legais ou ilegais dependendo de interesses políticos, econômicos e sociais.

A política de Redução de Danos parte do princípio de acolher tal fenômeno, ao invés de tentar controlar e conter o fenômeno social, através de medidas repressivas. Há um “retorno aos arcaísmos” Guattari() típico dos movimentos históricos: hoje a cidade do Rio de Janeiro apela por medidas de controle social. Presenciamos no bairro de Copacabana moradores jogando água em crianças e adolescentes que faziam uso de crack. Podemos pensar tal situação como uma metáfora da higienização que ocorreu, por exemplo, na década de 60 e que ficou conhecida como “Operação mata-mendigos”¹. Diante de tal fato e de outros como meninas que eram exploradas sexualmente a R\$1,99, profissionais que faziam parte da equipe de um CAPS ad da cidade e que foram ocupar cargos na gestão pública, elaboraram projeto pautado na lógica da redução de danos sociais e à saúde e que foi acolhido como direção de

¹ Descrita no filme “Topografia de um desnudo”(2009), de Teresa Aguiar.

gestores da Assistência Social municipal, mesmo enfrentando adversidades políticas.

Propomos, com a criação da Embaixada da Liberdade, um espaço de escuta e acolhimento para o fenômeno das drogas, através de um desafio ao imperativo legal e moral frente ao uso de drogas. Oferecer um espaço público para crianças e adolescentes usuários de drogas sem impor abstinência e nem permanência no serviço já é por si só um grande desafio aos modelos hegemônicos de tratamento e de acolhimento institucional a crianças e adolescentes.

Falo, então, em desinstitucionalização do espaço urbano, pois da mesma forma que os manicômios foram criados para excluir a loucura, do espaço urbano, agora há um movimento de promover exclusão social em alguns espaços da cidade. Como aponta Marcelo Cunha, os usuários de drogas são “refugiados em seu próprio território”. São expulsos de suas comunidades por regras estabelecidas pelo tráfico de drogas ou pela milícia. Dessa forma a rua passa a se constituir em espaço para os desfilizados(Castel). Não contam mais com estruturas sociais como família, comunidade, pátria...

As drogas passam a ser consideradas ilícitas quando, por alguma razão, não há acolhimento social para a mesma. Porém, se pautarmos políticas públicas em modelos de “guerra”, produzimos apenas a reafirmação da violência, da cultura do individualismo e não da dádiva(Godbout,), da reciprocidade, da solidariedade, da construção de coletivos. Portanto, não sustentamos uma ética de cuidado.

no sentido Em outras palavras, *as próprias medidas adotadas diante do fenômeno das drogas são como que recusas ao acolhimento deste fenômeno*, em uma espécie de contenção social comparável, em sua brutalidade, àquelas medidas que, no ideário do manicômio clássico, constituíam a regra, quais sejam: as contenções físicas ou químicas.

As drogas tornadas ilícitas, devido à sua ilegalidade, são aquelas cuja inserção em nossa sociedade excluem qualquer esforço de acolhimento, motivo pelo qual esta questão precisa fugir às limitações da clínica convencional, e das próprias tecnologias de cuidado. Não se pode conceber mudanças sérias a partir do cuidado em Saúde em um contexto de políticas repressivas, que fazem apologia da guerra, da adulteração e do crime nos territórios onde se dão a produção, a circulação, o comércio e o uso de drogas. Todavia, há quem trilhe estes caminhos pensando promoção de saúde e autonomia, e afirmando que, entre trabalhar ou não com estas configurações, haveria uma série de revisões necessárias, no âmbito da moralidade de trabalhadores e trabalhadoras consigo mesmos/as.

Os pressupostos da Redução de Danos apontam para a concreta possibilidade de atuação nestas redes. Explorar as experiências acumuladas neste sentido é algo muito interessante, e ao mesmo tempo uma tarefa fadada ao anedotário. Entretanto, é preciso dizer que não é através destas histórias de campo que nos sentimos mais à vontade para falar a respeito de nossas barreiras internas. Sobretudo, nos parece que diante de redes extremamente marginalizadas e criminalizadas, o ideário da Saúde Coletiva - notadamente a relação direta entre saúde e autonomia - se confunde com medidas assistencialistas. É que, na intersectorialidade das demandas, o significado de um programa de troca de seringas está muito mais ligado à questão antropológica da dádiva (MAUSS, 2003), do que foi possível a nossa epidemiologia sugerir, assim como nossa crença em uma educação em saúde que é mera transmissão de conteúdos.

interessa-nos afirmá-la como dispositivo da Reforma, porque traz é justamente a RD que vai levar os compromissos éticos e estéticos da Reforma para as pessoas que usam drogas, assumindo posições claras dentro das arenas biopolíticas. Interessa aqui situar a RD, para aqueles que a amam ou a deixam, como exemplo de clínica que se permite, com a propriedade da audácia, lidar com questões que fogem do próprio escopo da clínica convencional, desenvolvendo uma escuta radical que está para além da ética neutralizadora encontrada em muitos serviços tidos como referência da própria Reforma. Ou seja: além de constituir-se em dispositivo da Reforma, a RD traz contribuições que esgarçam os próprios conceitos da Reforma.

A RD não é uma clínica do caos, mas ela fornece respostas para as quais não estamos preparados, na exata medida em que consideramos o preparo técnico excessivo de trabalhadores e trabalhadoras da saúde como algo indispensável. Suas caminhadas heterodoxas se unem em direção a problemas sem solução aparente, na medida em que redutores e redutoras dispensam a formalização de suas regras; na medida em que lutam contra todo e qualquer engessamento, tensionando as próprias estruturas gestoras da Saúde, ainda muito apaixonadas pelo poder da Estatística e da Epidemiologia.

queremos aqui responder que clínicas são mais importantes para tal ou qual demanda.

Entendemos que RD e AT são dispositivos da Reforma Psiquiátrica, que têm por principal mérito a idéia de um devir revolucionário. O que queremos dizer com isto? Deleuze, na famosa entrevista do Abecedário, diz das revoluções que o que há de constante (e interessante) nas mesmas, é o fato de existirem, num dado momento histórico, pessoas revolucionárias, ou seja, com um devir (vir-a-ser, desejar tornar-se) revolucionário. As revoluções, em si, não serão mais que algumas bandeiras fincadas nalgum território; os buracos que estas bandeiras abrem no solo para permanecerem hasteadas deverão ter, entre nós, a atribuição simbólica de "pontos finais": sinais gráficos que põem fim às discussões mais acaloradas. O desfecho de uma revolução, portanto, após a abertura de diálogos e tensões, é mais uma vez o fechamento, a formação de estruturas duras, parciais, desenvolvendo-se outros regramentos aos diálogos, outros limites para a crítica. Tomemos exemplo, como Deleuze, em revoluções no nível mais amplo da nação: no caso de uma ditadura militar, o desfecho da

revolução é o monopólio explícito da violência; no caso de uma social-democracia, um monopólio implícito. Estas distinções entre o que é uma revolução e o que a torna possível (a instituição e seus instituintes), nos interessa muito ao pensarmos as clínicas da RD e do AT, e na distinção entre o que significa a *Luta Antimanicomial*, e o que simbolizam as conquistas da *Reforma Psiquiátrica*. Deleuze nos ensina a relativizar as conquistas de uma revolução, dando mais ênfase ao contexto da mesma e às pessoas que a tornaram possível, em um tom que se descobre otimista: não há outra vida política senão na vida vivida.

O que entendemos por luta antimanicomial é toda luta contrária a institucionalização de uma clínica. Ora, a Reforma Psiquiátrica é movimento institucionalizante: dialoga com as instituições, e não poderá ser de outro jeito, uma vez que representa uma conquista que se dá no eixo da Gestão. A Reforma abrange os serviços de saúde e suas regulamentações e diretrizes; muito mais do que as práticas e saberes das pessoas que trabalham nestes serviços. A Reforma, como toda e qualquer lei, não atinge a ponta, não tensiona o fluxo das pessoas em suas *vidas vividas*. A luta, pelo contrário, se mantém viva através de pessoas, voltando-se também a pessoas. A reforma é estanque; e todas as relações construídas com ela são relações de lutas (lembramos aqui de lutas contrárias e favoráveis à mesma reforma, e até posições não consensuais entre cada um destes grandes grupos).

Apontamos para a contingência da vida, e dos processos políticos, portanto, ao olhar para esta crítica incessante às revoluções. Em nosso caso, entendemos que sempre haverá momentos em que o cuidado correrá o risco de se institucionalizar, em que o sofrimento do outro será concebido à revelia deste outro. Tais impasses, enquanto impasses de comunicação e de conflito de interesses (principalmente, os interesses de gênese moral, como a moral antidrogas), são conflitos da condição humana em uma sociedade complexa e diversa. É um grande engano e uma grande utopia desejarmos a conquista de uma alteridade ausente de preconceitos, ainda mais através de reformas prescritas juridicamente. A grande conquista da Reforma, às pessoas que se apropriam dela, são as ferramentas de luta que ela garante; a lei é o conjunto de referências que devem ser construídas no cotidiano - como o SUS. Se podemos situar a RD e o AT como porta-vozes da Reforma, vamos tentar abordar, agora, uma outra leitura destas mesmas experiências em seus devires revolucionários que tensionam a Reforma: *movimentos endógenos*, instituintes.

caminhadas da Redução de Danos e do Acompanhamento Terapêutico, enquanto tecnologias instituintes de um novo compromisso ético e estético no cuidado. Para além do tom de registro, interessa-nos situar o que simbolizam estas tecnologias, no campo político-reflexivo do cuidado: em relação a que outras tecnologias são instituídas? No lugar de quais clínicas emergem como alternativas? Em resposta a que demandas?

Em 1989, tem início, na cidade de Santos, a experiência brasileira com a Redução de Danos, durante o período de gestão frente à área da saúde do

sanitarista David Capistrano, que também ousou ao abrir os portões do manicômio da cidade, num dos grandes momentos do movimento antimanicomial no Brasil. A Redução de Danos, porém, sofreu com a incompreensão: os coordenadores foram processados judicialmente, e todo o material adquirido para realização dos trabalhos foi apreendido.

Apenas em 1995, em Salvador, foi possível constituir ações de Redução de Danos com sustentabilidade. A partir de 1996, outras cidades entraram na roda (Porto Alegre, Rio de Janeiro, Campo Grande, Itajaí). E desde o início, uma certeza: a criminalização das pessoas que usam drogas tornadas ilícitas tornava muito difícil sua chegada nos serviços de saúde, mesmo de caráter comunitário, como UBS's e PSF's. Fazia-se necessário o surgimento de um novo trabalhador de saúde, e de novas aberturas criativas, inovadoras (e eventualmente transgressoras), diante da carência de dispositivos de promoção de saúde para as pessoas que usam drogas.

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. Uma proposta de busca ativa, cujo desenho é diferente daquele traçado por agentes comunitários de saúde, na medida em que os territórios da RD são concebidos pelos usuários dos serviços, e não pelos profissionais de saúde, numa fluidez que é a do tempo real, assim como com o AT. Trata-se de "construir com", e não de "construir para". Neste sentido, a prática da Redução de Danos, assim como a de AT, surge em uma clínica que é avessa àquilo que traduz a essência dos manicômios: a construção prévia do acolhimento, antes do próprio contato com a demanda. Ou, em uma leitura antropológica, a pretensão de traduzir o mundo do "outro" à revelia de suas visões de mundo.

Neste sentido, se reconhecemos as conquistas da Reforma Psiquiátrica (inclusive quando esta nos ensina não se tratar somente de reforma na Psiquiatria, mas em todas as áreas do cuidado), e se desejamos a extensão destas conquistas para as pessoas que usam drogas, devemos pensar a natureza do surgimento destas figuras que despertam experiências radicais de estranhamento do "outro" que usa drogas.

Para situarmos a mobilidade instituinte destas tecnologias de cuidado, é lícito nos perguntarmos sobre que processos tornam possíveis tais estranhamentos, olhando para eles mais como processos sociais e culturais do que como processos de uma moral particular. Entendemos que a construção de estigmas sobre pessoas que usam drogas nasce, sobretudo, da omissão sobre os vários usos de drogas socialmente aceitos em nossa sociedade, em seus papéis que cumprem - nem sempre como vilões. Notadamente usos de fármacos, nem sempre terapêuticos e muitas vezes recreativos. Omitimos a condição de ambigüidade que a palavra "droga" sugere desde tempos imemoriais : segundo Carneiro (1994), situa-se a droga como veneno ou remédio a partir de suas relações sociais e dos sentidos conferidos ao uso. Ao invés disso, em nosso ideário de combate às drogas, permitimos e damos lugar tão somente às suas condições de veneno. Tais representações são compartilhadas tanto entre

profissionais de saúde quanto pelos usuários dos serviços, mesmo dentro das clínicas médicas mais institucionalizadas: é a demanda pelas prescrições (FIORE, 2004), como termômetro de uma consulta bem feita (BOLTANSKY, 1989), podendo ter a droga prescrita hoje em dia as mesmas funções daqueles "pontos finais", símbolos gráficos de que falávamos anteriormente: são o fim do diálogo no território de uma clínica médica saturada em sua demanda.

Dada as relações extremas até mesmo com os fármacos, em um certo sentido, mesmo numa sociedade em que diversas drogas concorrem para usos diversos, parece não haver lugar para a idéia de que drogas possam fazer bem. Não aceitamos a evidência dos usos controlados e temos um pavor calado diante da esfera do prazer. A esta mesma moralidade estóica, confrontaram-se os movimentos que operaram revoluções sexuais, desvinculando-se o prazer sexual da idéia de concepção, a partir da metade do século XX - em outras palavras preocuparam-se em tirar o sexo do lugar em que só existe como doença (o olhar utilitarista), e o devolver à esfera da saúde, da intersubjetividade, na qual a doença é exceção e a norma, o acolhimento de sua naturalidade. Assim como o dispositivo da sexualidade faz calar certos discursos sobre o sexo, o dispositivo "droga" faz funcionar certas dinâmicas de afirmação e de silenciamentos discursivos (FOUCAULT, 2005). Neste sentido, tal como acolhemos a realidade do sexo, acolher os usos de drogas, em sua evidência histórica e sua naturalidade, não significa fazer um elogio das mesmas como sendo remédios absolutos. Torna-se necessário, portanto, que os movimentos da *vida vivida* tensionem os saberes constituídos das ciências da Saúde, cada vez mais comprometidos com o ideário curativo e o pragmatismo de um complexo médico-científico, que sobretudo atesta a função das drogas como meras mercadorias. A partir destes movimentos, torna-se imprescindível que a clínica pense sobre contextos de uso associados mais ao prazer do que ao sofrimento psíquico, incluindo estas possibilidades de vivência das drogas num possível repertório de caminhos terapêuticos para pessoas que usam drogas. Não seremos menos moralistas do que já somos: apenas deixaremos de fazer a apologia ao sofrimento, pensando a promoção de saúde.

Ora: sabe-se que o uso de drogas emerge de modo diferenciado sob a lente dos dispositivos de disciplinamento e controle do modelo manicomial. Não somente usos problemáticos, como também o mero uso (não associável a sofrimento psíquico), numa lógica normativa e positivista, são vistos como sintomas de uma saúde mental e social desequilibrada.

Diante da droga, há uma veneração constante das generalizações: desde as contenções químicas até o abuso de drogas contra a "fissura" (que muitas vezes acabam tomando o papel principal da terapia em casos abusivos), o que vemos, substancialmente, são impasses epistemológicos diante do fenômeno da droga, e é importante que nos demos conta de que isto está absolutamente implicado nas más práticas com que nos deparamos nos serviços de saúde, cotidianamente. E mesmo aqueles trabalhadores implicados na luta em defesa da Reforma, diante da droga, acabam por reproduzir gramática e práticas manicomiais, revelando barreiras morais e culturais. A problematização do cuidado dirigido a pessoas que usam drogas emerge, de fato, como um dos

últimos desafios para a quebra definitiva das paredes do manicômio. Há uma dívida da Luta Antimanicomial para com as pessoas que usam drogas.

Afinal, dentre as dinâmicas sociais que dão vazão às relações com drogas em sofrimento psíquico, encontramos a própria exclusão social - exclusão implícita nos pressupostos da clínica manicomial, segundo a qual usos de drogas implicam necessariamente em um sofrimento psíquico intenso, diante do qual mesmo os antimanicomiais acabam adotando a contenção (física ou química) de corpos e vontades, negando o próprio processo de construção da autonomia. Podemos incluir nestas dinâmicas manicomiais, também, o próprio impasse das políticas de Saúde Mental quanto à adoção do paradigma de promoção de saúde: como aprende a promover saúde um terapeuta cujo olhar é formado a partir da doença? Concordamos com a visão de Schubert quanto às possibilidades do AT ao acolher demandas mais urgentes, pontuais. Porém, nosso entendimento do AT como dispositivo da luta se encontraria em sua amplitude, na promoção de saúde.

Se o paradigma da promoção de saúde em Saúde Mental é mesmo a essência daquilo que nos preconiza a luta antimanicomial, não é por outro motivo que podemos aproximar esta luta daquelas que construíram o Sistema Único de Saúde em um viés garantista. Os redutores e redutoras de danos se vêem dificultados justamente porque os contextos sócio-culturais implícitos na guerra às drogas impediriam o seu empoderamento. Com efeito, temos teorias e análises acadêmicas (inclusive epidemiológicas) de sobra para falar da efetividade da RD, mas o desenvolvimento desta clínica, em seu saber e sua prática, depende até certo ponto deste empoderamento contra uma moralidade antidrogas.

Muitas das respostas negativas diante das experiências da RD e do AT podem ser lidas como resultado do enfrentamento entre paradigmas epistemológicos distintos, em que a ética profissional do cuidador o impede de construir vínculos. Com efeito, nem todas as pessoas que trabalham com RD fazem parte ativamente da luta antimanicomial ou vêem a RD na Reforma Psiquiátrica, e o protagonismo político da construção de redes é vista muitas vezes como obstáculos diretos, não referenciados na cultura de uma sociedade. É comum que a RD não encontre interlocutores, tanto no âmbito da gestão quanto nos espaços de controle social e de lutas como a própria Reforma, e disto fica uma certa impressão de que os saberes que tornam possíveis estas clínicas seriam tão esotéricos quanto aqueles especializados, acadêmicos. As dificuldades no entendimento de uma proposta que opera sobre moralidades constituídas parecem insuperáveis, restando o isolamento da figura de redutores e redutoras como seres privilegiados - elogio que, sobretudo, atesta e reifica a distância entre clínicas ideais e clínicas possíveis no SUS.

Esta distância está presente, por exemplo, nos discursos que constituem as drogas como "epidemia", com toda uma reedição de lógicas campanhistas que muitos de nós julgávamos extintas. Diante desta lógica higienista contemporânea sobre drogas, o antropólogo Edward Macrae costuma dizer,

em suas aulas de Socioantropologia do Uso de Drogas, na UFBA: *não podemos desejar acabar com a cultura das drogas*. São justamente estas culturas, estas trocas de informações - hoje criminalizadas - que possibilitam a promoção de saúde entre pessoas que usam drogas (e que, num plano muito menos relevante que o desta vida vivida, possibilitam as experiências da RD e do AT). Tais experiências, por sua vez, não podem ser confundidas com forças naturalizantes das culturas de uso: a RD e o AT podem (e devem!) transitar nestas culturas, operando os tensionamentos da promoção de saúde, justamente por não desejar combatê-las.

Mas, que tensionamentos o RD e o AT podem operar, em relação às clínicas higienistas? Falaremos, agora, das dificuldades que se dão durante as tentativas de apropriação destas clínicas, e que pontos de fuga nos são sugeridos.

5. Possíveis limites para a apreensão das clínicas abertas

Na prática, RD e AT são mais produtivas ao fornecer tais ferramentas na exata medida em que atuam em contextos mais abertos, contextos em que o profissional se vê livre para tentar outras propostas, afinal a clínica do RD e do AT são pensadas caso a caso, no exercício da improvisação. Este exercício flui através de sua própria ética - a ética antimanicomial. Encontramos paralelo aqui em Paulo Freire, com sua prática educativa formadora de educadores e educandos, na qual o foco do educador é possibilitar a construção de um caminho pelo educando, a partir de seus próprios referenciais. E aproximamos a prática de educação popular do ensinamento do dharma budista, segundo o qual nós somos aquilo que vemos no mundo, e damos forma àquilo que vemos, neste sentido temos uma opção de dar um nascimento elevado aos seres, vendo-os como os seres libertos que são. Com efeito, se olhamos para uma pessoa que usa crack como alguém essencialmente preso, já estarão cumpridas as funções daquelas paredes dos manicômios clássicos que tanto nos causam ojeriza. Há uma idéia que perpassa o dharma e o ensinamento de Paulo Freire, que é a idéia de uma autonomia fundada em uma nova ética, que é pensada não na relação do sujeito para consigo próprio, mas na relação sujeito/objeto. E, aqui, como contraposição, lembramos Foucault (2001), em seu acompanhamento do olhar sobre a doença, dizendo que a medicina exerceria um papel de mediação entre "*sujeito e objeto que também é sujeito*" - médico e paciente. "*Não é o patológico que funciona em relação à vida, mas o doente em relação à própria doença*" (Pág. 07). Ou, devemos dizer, funcionará o sujeito/doente em relação à idéia de doença, inferida no saber do sujeito/médico - que busca, através da medicina, enquadrar a doença... Esta clínica do pré-acolhimento não é privilégio do século XVIII; a encontramos nos CAPS de hoje em dia. Não se trata aqui de relativizar as conquistas da própria Reforma ao âmbito das instituições, dos serviços; mas sim de apontarmos para os lugares nos quais as reflexões das clínicas abertas se dão. Lugares da subjetividade.

Na prática, podemos situar o lugar destas novas clínicas a partir do surgimento de novas éticas do cuidado em Saúde Mental, no sentido de eliminar duas pretensões: a de neutralidade (neste caso assumir nossos preconceitos sobre drogas e poder usar deles, como o redutor que faz piadas sobre drogas); e aquela pretensão paternalista do cuidador, pois afinal estamos olhando para a RD e AT enquanto dispositivos da Reforma, da promoção de autonomia, e a última barreira deste posicionamento é conceber que o outro não pode "depende" de nosso "conhecimento" - e aqui estas aspas homenageiam também Freire.

Falta trabalhar nossas barreiras, desafiando o imperativo legal e a moral antidrogas, por meio de uma clínica essencialmente política. Afinal, os usuários de serviços de atenção a pessoas que usam drogas, públicos ou privados, não são criminosos, e afirmar isto constitui, necessariamente, uma clínica política.

No que diz respeito ao fenômeno das drogas, que tomamos como analisador para este artigo, a RD nos ensina que já estamos saturados de especialidades, ao mesmo tempo em que nos faltam escuta e acolhimento. Falta trabalhar nossas barreiras, desafiando o imperativo legal e a moral antidrogas, por meio de uma clínica essencialmente política. Afinal, os usuários de serviços de atenção a pessoas que usam drogas, públicos ou privados, não são criminosos, e afirmar isto constitui, necessariamente, uma clínica política.

Neste sentido, só nos parece possível atribuímos o papel de dispositivos da Reforma Psiquiátrica às experiências das clínicas abertas, enquanto suas contribuições forem a da crítica constante a todo tipo de institucionalização. É desse movimento vivo que pensamos ser necessária uma apropriação, enquanto trabalhadores e trabalhadoras da Saúde - uma apropriação da autocrítica, que poderá nos transformar, enfim, em agentes da luta contra tudo aquilo que representa uma clínica manicomial.

Foi somente no final do século XIX, no esteio da implantação de uma nova ordem médica que eles passaram a ser problematizados e seu controle passou da esfera religiosa para a da biomedicina, inicialmente nos grandes centros urbanos dos países mais desenvolvidos do Ocidente. Uma das consequências disto foi que a partir de então o enfoque sobre a questão, que antes priorizava aspectos mais de ordem religiosa e moral, passou a se concentrar nos aspectos farmacológicos. De forma análoga ao que havia ocorrido durante a Idade Média, a certas drogas foram atribuídos naturezas intrinsecamente nefastas, mudando-se somente o rótulo,

ao invés de serem concebidas como demoníacas passaram a ser vistas como criadoras de dependência. Em ambas as situações observamos um processo de atribuição a essas substâncias de certos poderes de enfeitiçamento quase impossíveis de resistir pelo indivíduo. Portanto, assim como no Isso se acentuou de tal maneira que logo outras variáveis, como as de natureza sócio-cultural foram obscurecidas e sua importância muitas vezes negada. Embora surgissem questionamentos acerca do reducionismo excessivo dessa abordagem estes eram esporádicos e recebiam pouca atenção. Foi somente a partir da década de 1960, e especialmente depois do advento da epidemia da aids e de outras doenças transmissíveis pelo sangue, que o enfoque biopsicosocial começou a receber maior credibilidade e a influência do contexto sócio-cultural do uso passou a ser objeto de pesquisas mais amplas. Como corolário dessa tendência há hoje uma maior receptividade para a idéia de que, mais que pensar em termos da necessidade de prevenir contra o uso de drogas em geral, devemos buscar evitar o seu abuso, ou seja, o mau uso que pode resultar em importantes ameaças ao bem estar do indivíduo ou da sociedade. Uma das razões pelas quais durante a maior parte da história o uso de drogas não apresentasse maiores ameaças à sociedade constituída é que ele geralmente se dava no bojo de rituais coletivos ou orientado por objetivos que a sociedade reconhecia como expressão de seus próprios valores. Mesmo hoje, quando as regulações tradicionais da sociedade se mostram menos eficazes para enquadrar o consumo de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, este ainda raramente ocorre de maneira desregulada. Isso continua a ser verdadeiro mesmo quando as regras que norteiam essas atividades desviam ou entram em conflito com as leis e os valores considerados hegemônicos. Portanto, para realizar um trabalho de prevenção ao abuso de drogas que seja efetivo, é necessário começar por procurar conhecer o contexto sociocultural em que ocorre o seu uso, buscando entender a sua lógica interna. Em se tratando do uso de substâncias ilícitas esse tipo de proposta muitas vezes encontra resistência tanto a nível individual quanto em esferas institucionais por, ao admitir que essas atividades não sejam regidas pelo caos e a loucura e colocar em questão a maneira como a sociedade as vem representando, parecer estar “compactuando com o uso”. Esbarra-se, então, em questões sociais de ordem estrutural, pois a estigmatização das drogas ilícitas e de seus usuários vem desempenhando importante papel na atual ordenação da sociedade com todas as desigualdades conforme argumentam autores como Gilberto Velho (1981) e Richard Bucher (1996:47) entre outros. Segundo eles, na falta de um debate público e com a repetição de idéias falseadas, autoritárias e preconceituosas, tem-se operado uma desqualificação e demonização do usuário e do “traficante” (também tratado de maneira pouco matizada). O reducionismo dessa estereotipação ao encobrir alguns dos reais problemas estruturais da sociedade criando um inimigo imaginário, que tem sua utilidade na manutenção do status quo, acaba por aumentar a marginalização dos usuários assim como leva à cristalização uma “subcultura da droga” de pouca permeabilidade a agentes de saúde ou a representantes de qualquer tipo de discurso oficial. E, como uma profecia

que cumpre a si mesma, isso leva à criação de novas ameaças à ordem e à saúde nessa sociedade. Igualmente, ao

¹ Edward MacRae, doutor em antropologia, é professor adjunto da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da

Ufba e pesquisador associado do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas –CETAD/UFBa

² O psicofarmacólogo Robert Siegel chega a considerar que uma grande parte do reino animal também tem,

como um dos motivadores importantes de seu comportamento, o que ele chama de “ impulso para a intoxicação”.

.

2

dar tanta ênfase ao uso das drogas ilícitas, envolvendo uma minoria da população facilmente estigmatizável,

desvia-se a atenção da necessidade de um maior controle da produção e comercialização das drogas lícitas, de uso

generalizado, altamente lucrativas e responsáveis pela grande maioria dos problemas relacionados aos psicoativos em geral.

De fato, ao concentrar a atenção no combate a produtos simplesmente, perdendo de vista os detalhes socioculturais dos seus usos, deixa-se de atentar para possibilidades de prevenção e controle dos efeitos indesejáveis bastante mais eficazes que o mero proibicionismo. Howard Becker, um dos pioneiros do estudo das

dimensões sociológicas da questão das drogas, chama atenção para a importância de um saber sobre as substâncias que se difunde entre seus usuários. Constatando que as idéias do usuário sobre a droga influenciam

como ele as usa, interpreta e responde a seus efeitos, Becker argumenta que a natureza da experiência depende do

grau de conhecimento que lhe é disponível. Já que a divulgação desse saber é função da organização social dos

grupos onde as drogas são usadas, os efeitos do uso irão, portanto, se relacionar a mudanças na organização

social e cultural. Como exemplo ele cita o desenvolvimento do uso massivo da maconha entre a juventude

americana na década de '60, e como, apesar de originalmente esse uso levar a numerosos casos de psicose, com o

passar do tempo esses episódios terem diminuído, em termos relativos, devido à difusão do conhecimento sobre

seu uso tanto entre os médicos quanto entre os usuários. Ele sugere também que um processo similar ocorreria

com o uso de LSD que, com o passar do tempo, causaria menos problemas do que quando começou a ser usado

de forma generalizada (Becker 1976 e 1980). Esse tipo de “conhecimento” sobre o uso de certas substâncias,

difundido entre certos setores da população, faz parte do que chamamos de “cultura” ou “subcultura” da droga.

Também o médico Norman Zinberg, um dos primeiros a estudar o chamado “uso controlado” de psicoativos,

caracterizado por seus baixos custos pessoais e sociais, enfatiza que os efeitos do uso dessas substâncias dependem não só das suas propriedades farmacológicas, mas igualmente das atitudes e personalidade do usuário

(*set*.) assim como do meio físico e social onde ocorre o uso (*setting*). Em relação a este último fator ele ressalta os

controles sociais que se organizam em torno do que chama de “sanções sociais” e “rituais sociais”.

“Sanções

sociais” seriam as normas que definem se e como determinada droga deve ser usada. Incluiriam tanto os valores e

regras de conduta compartilhados informalmente por grupos (embora freqüentemente de maneira não explicitada)

e as leis e políticas formais que regulamentam o uso de drogas. Já os “rituais sociais” seriam padrões estilizados

de comportamento recomendado em relação ao uso de uma droga. Eles seriam aplicados aos métodos de aquisição e administração da substância, à seleção do meio físico e social para usá-la, às atividades empreendidas após o uso, e às maneiras de evitar efeitos indesejados. Dessa forma, esses rituais reforçariam e simbolizariam as sanções sociais. Os controles sociais para todas as drogas, lícitas ou ilícitas, atuariam em diferentes contextos sociais, indo desde grupos muito grandes, representativos de uma cultura como um todo, até pequenos grupos específicos e sua vigência se aplicaria de maneira variada em diferentes momentos. Assim, certos tipos de uso, em ocasiões especiais, envolvendo grandes números de pessoas, apesar de sua diversidade cultural, tornariam-se tão aceitáveis que mesmo uma legislação restritiva poderia ser momentaneamente posta de lado. Poderíamos aqui pensar no caso do carnaval, quando em certas partes do Brasil, o uso de inalantes variados ("cheirinho da loló") tem se tornado, temporariamente, socialmente aceito. Zinberg faz a ressalva de que a existência dessas sanções ou rituais não significa que forçosamente serão eficazes e nem significa que todas as sanções e rituais tenham sido criados como mecanismos para ajudar o controle. Afirma, também, que nem sempre a existência ou aplicação dos controles sociais significa que o uso seja moderado ou decoroso, segundo os padrões da sociedade envolvente. De fato, segundo ele, mais importante do que perguntar se uma sanção ou ritual originou-se como mecanismo de controle, é pensar como o usuário lida com conflitos entre sanções. No caso das drogas ilícitas, o conflito mais óbvio ocorreria entre controles sociais formais e informais; i.e. entre a lei que proíbe o uso e a tolerância a esse uso por parte do grupo social. A ansiedade provocada por esses conflitos interferiria com o controle frequentemente levando a atitudes de valentia, exibicionismo, paranóia e sentimentos anti-sociais. Isso dificultaria e complicaria, ainda mais, o controle de drogas ilícitas entre uma grande gama de diferentes tipos de personalidade (Zinberg 1980:236-238). O cientista social holandês Jean-Paul Grund retoma as idéias de Zinberg e as desenvolve. Inicialmente enfatiza que a auto-regulação deve ser entendida como mais do que a simples limitação do uso, sendo também necessário levar em conta a prevenção e o gerenciamento de problemas ligados às substâncias psicoativas. Para tanto, seria necessário adotar um ponto de vista multidimensional. Além disso, chama a atenção para o fato de que a eficácia

3

dos rituais e das regras de conduta em controlar o uso dessas substâncias é afetada por outros fatores relacionados à capacidade do indivíduo de obedecer a esses processos regulatórios sociais. Segundo ele, para corrigir a visão demasiadamente estática de Zinberg, seriam necessárias algumas adaptações e elaborações ao seu modelo levando-se também em conta a disponibilidade da droga e a estrutura de vida do usuário. Em suas pesquisas entre usuários de cocaína e heroína em Rotterdam, na Holanda, Grund afirma ter encontrado maiores problemas decorrentes do uso dessas substâncias entre usuários/consumidores de origem holandesa e menores entre os seus fornecedores surinamenses/antilhanos. A mistura das duas substâncias levaria a um aumento do descontrole entre os nativos, mas a muito menos problemas entre aquele grupo estrangeiro, embora esses últimos, em grande parte envolvidos com o tráfico, utilizassem mais cocaína. Para ele, nas condições

holandesas, "usuários bem sucedidos" - em termos de poderem consumir grandes quantidades de drogas sem sofrer maiores problemas em consequência- são aqueles associados ao tráfico, que, ao mesmo tempo em que lhes permite acesso abundante às substâncias e dinheiro para compra-las, também exige que mantenham uma estrutura de vida compatível com o gerenciamento de suas obrigações comerciais.

Por "estrutura de vida" são entendidas as atividades regulares, tanto as convencionais quanto as relacionadas à droga, que estruturam os padrões da vida cotidiana. Aí também se incluem as relações pessoais, os compromissos, obrigações, responsabilidades, objetivos, expectativas, etc., mesmo que não primariamente direcionados à droga. Uma disponibilidade adequada das substâncias, que evitasse que a sua simples aquisição se tornasse o único foco de interesse do usuário, também seria importante para permitir o desenvolvimento das sanções e dos rituais sociais. As normas, regras e rituais determinariam e constrangeriam os padrões de uso da droga, evitando uma erosão na estrutura de vida. Uma vida altamente estruturada permitiria que o usuário mantivesse a estabilidade na disponibilidade da droga, essencial para a formação e manutenção de regras e rituais. A auto-regulação do consumo de drogas e seus efeitos seriam, portanto, questão de um equilíbrio (precário) em uma corrente de retroalimentação circular.

Em sua conclusão Grund enfatiza que o uso de drogas (mesmo as "pesadas") não leva, necessariamente, a padrões de uso descontrolados ou nocivos. Embora o uso de psicoativos possa tornar-se uma atividade predominante, ela é raramente uma atividade isolada e é, geralmente, social. Padrões de uso (quem usa o que e como) seriam sujeitos a diversos determinantes como: disponibilidade, tendências e padronização cultural..

Alerta, também, para o fato de que embora o modelo seja circular, ele não é um circuito fechado independente; os três elementos do trio (disponibilidade da droga; valores, regras e rituais; estrutura de vida) sendo sujeitos a variáveis e processos externos distintos que vão desde fatores psicológicos pessoais e culturais até regulamentos oficiais e considerações mercadológicas. Grund considera que, portanto, o uso de psicoativos não pode ser isolado do seu contexto social e, concordando com Zinberg, afirma que o controle sobre o uso dessas substâncias é principalmente determinado por variáveis sociais (Grund 1993: 237-254).

Voltamos, assim, à discussão de políticas de prevenção ao abuso de psicoativos e da eficácia das tentativas de se estabelecer um controle sobre o uso dessas substâncias através da legislação e de posturas do tipo "guerra às drogas". Os cientistas sociais franceses Robert Castel e Anne Coppel ao discutir a toxicomania (fazendo considerações que são também pertinentes ao uso de substâncias psicoativas em geral), argumentam que, ao tratar desse tema, torna-se necessário evitar a dicotomia desordem do sujeito/ordem da lei. Sustentam que não se pode pensar, de forma absoluta, em controle ou liberação, devido ao fato de já existirem em operação, funcionando em diferentes níveis, controles, modos e instâncias de regulação. Estes são classificados por eles em três grandes categorias:

- heterocontroles: leis, instituições de saúde, etc.
- controles societários: pressões informais de pares, vizinhos, etc. (as sanções e rituais sociais de que fala Zinberg, a quem citam especificamente).
- autocontroles: os variados graus de controle que os próprios usuários são capazes de exercer sobre suas práticas

de consumo. Muitas vezes são internalizações dos controles societários e legais. Seriam então essas as modalidades a serem mobilizadas por uma política de drogas que buscasse uma maior eficácia e, dentre elas, as de atuação mais marcada seriam os controles societários e os autocontroles, que até o final do século passado se mostraram capazes de regular essas práticas adequadamente sem grande auxílio de leis específicas.

4

Estas, e outras formas de "heterocontroles" seriam mais adequadas para situações limite, sendo políticas por serem propositadamente construídas para enfrentar uma ameaça percebida como sendo um "flagelo social" e artificiais por se sobreporem às regulamentações espontâneas e tradicionais dos "controles societários". Os heterocontroles delegam seu poder regulador a determinados agentes especialistas em problemas sociais tais como médicos e policiais. Embora possam ter legitimidade, não são capazes de controlar, nem tangencialmente, o conjunto dos problemas relacionados ao consumo de psicoativos. Pois são controles parciais ou abstratos, enquanto que as práticas de uso de drogas são multidimensionais e não somente relacionadas à delinquência e à patologia. Enquanto sua ação é pontual e restrita a certas situações os controles societários seriam muito mais eficazes por se exercerem de maneira permanente através das redes de sociabilidade (Castel e Coppel; 1991:237-256).

Em conclusão, constatando a constância da utilização de substâncias psicoativas pela humanidade através de sua história (Escohotado, 1984) e o fracasso da política proibicionista em relação às ilícitas, parece sensato aceitar a necessidade de conviver com elas da melhor maneira possível, ao invés de preconizar utópicas políticas de "tolerância zero" ou de sua erradicação definitiva. Porém isso não precisa significar uma renúncia a qualquer medida de controle. O que se pode fazer é levar em conta os controles já existentes e seus campos de aplicação, assim como outros recursos, de vários tipos, que poderiam ser mobilizados para seu aperfeiçoamento. Assim como preconizam os adeptos das políticas de redução de danos relacionados ao uso de drogas, pode-se atentar para as estratégias já empregadas pelos consumidores e tentar limitar os efeitos indesejáveis através de uma múltipla abordagem, reservando um papel importante para a mobilização das suas próprias redes de sociabilidade, tal como em vários países vem se fazendo em relação a drogas lícitas como o álcool e o tabaco.

Essa é a postura que vem sendo adotada pelas políticas de saúde em um número crescente de países, para enfrentar a disseminação da epidemia de aids entre usuários de drogas injetáveis e seus parceiros sexuais. Optando por reduzir os danos decorrentes do uso de drogas, essas políticas procuram mobilizar os recursos

sociais e culturais disponíveis para introduzir modificações nas maneiras em que ele se dá. Assim, atentam para as subculturas que se desenvolvem torno dessas práticas; buscando adaptar as estratégias já empregadas pelos consumidores para evitar efeitos indesejados, no intuito de torna-las mais eficazes. Para tanto, costumam cooptar usuários para atuar como assessores na elaboração das políticas de saúde, assim como seus agentes multiplicadores, dotados de especial credibilidade entre as redes de usuários. Uma das maneiras mais eficazes de

se conseguir isso é abandonar posicionamentos apriorísticos e condenatórios e mostrar uma real familiaridade com os valores e práticas correntes naquele “mundo das drogas” que se está endereçando, e saber discutir de maneira realista e detalhada os seus prós e contras. Essa abordagem marcada pelo respeito pelos usuários e por sua cultura tem se mostrado fundamental à conquista da atenção e confiança dos usuários.

BIBLIOGRAFIA

BECKER, H. "Consciência, Poder e Efeito da Droga" In; H. Becker Uma Teoria da Ação Coletiva, Rio de Janeiro, Zahar, 1976, pp181-204.

BOLTANSKY, Luc. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro, Graal. 1984.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

BUCHER, R. *Drogas e Sociedade nos Tempos de AIDS*, Brasília, Editora UnB, 1996, 132pp.

CARNEIRO, Henrique. *Filtros, Mezinhas e Triacas: As Drogas no Mundo Moderno*. São Paulo. Editora Xamã.1994.

CASTEL, R. e Coppel, A. "Les contrôles de la toxicomanie" In; Ehrenberg, A. (org.) *Individus Sous Influence*, Paris, Editions Esprit, 1991, pp 237-256

DELEUZE, Gilles. *O Abecedário de Gilles Deleuze: transcrição de entrevista realizada por Claire Parnet, direção de Pierre-André Boutang, 1988-89*. Disponível em: <<http://www.oestrangeiro.net>> e acessado em 01/09/08.

ESCOHOTADO, A. *Historia General de las Drogas*,1- 3, Madri, Alianza Editorial,1989.

IORE, Maurício. *Tensões entre o social e o biológico nas controvérsias médicas sobre uso de drogas*. 2005. Disponível em <<http://www.neip.info>>

FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

MARLATT, -

RIGONI, Rafaela de Quadros. *Assumindo o controle: organizações, práticas e a experiência de si em trabalhadores da Redução de Danos na região metropolitana de Porto Alegre*. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul) - Instituto de Psicologia, UFRGS, Porto Alegre, 2006.

VELHO, G. "Duas Categorias de Acusação na Cultura Brasileira Contemporânea" In; *Individualismo e Cultura*. Velho, G. , Rio de Janeiro, - Zahar, 1981, pp 55-64.

ZINBERG, N. "The Social Setting as a Control Mechanism in Intoxicant Use", In; Lettieri, D.J., Mayers, M.