



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Camila Aleixo de Campos Avarca

Drogas e autonomia em tempos de contrafissura

DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

São Paulo

2021



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Camila Aleixo de Campos Avarca

Drogas e autonomia em tempos de contrafissura

DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

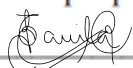
Tese apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia Social, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin.

São Paulo

2021

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Tese de Doutorado por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura



Data 29/03/2021

e-mail camilaavarca@hotmail.com

A946

Avarca, Camila Aleixo de Campos
Drogas e autonomia em tempos de contrafissura. /
Camila Aleixo de Campos Avarca. -- São Paulo:
[s.n.], 2021.
245p. il. ; cm.

Orientador: Maria Cristina Gonçalves Vicentin.
Tese (Doutorado)-- Pontifícia Universidade Católica
de São Paulo, (Mestrado Profissional) -- Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo, Programa de
Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia
Social.

1. Drogas. 2. Autonomia. 3. Gestão Autônoma da
Medicação. 4. Saúde Mental. I. Vicentin, Maria
Cristina Gonçalves. II. Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós
Graduados em Psicologia: Psicologia Social. III.
Título.

CDD

Camila Aleixo de Campos Avarca

Drogas e autonomia em tempos de contrafissura

Tese apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia Social.

Aprovado em:

____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin

Prof. Dr. Ricardo Pimentel Mélo

Profª. Dra. Ana Karenina Arraes Amorim

Profª. Dra. Luciana Togni de Lima e Silva Surjurs

Profª. Dra. Mary Jane Paris Spink

*Dedico ao meu pai (in memoriam) e a todos os que, como ele, foram vítimas
da guerra às drogas.*

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.
(2017 - 2019)

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - funding code 001.
(2017 – 2019)

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), nº de processo: 140168/2019-2 (2019 – 2021)

This study was financed in part by the Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), process number: 140168/2019-2 (2019 -2021)

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, à minha orientadora **Maria Cristina Gonçalves Vicentin**, pela generosidade, atenção, amorosidade, compromisso ético-político, extensa capacidade de escuta e acolhimento em tempos em que o vínculo tem sido linha de fuga à máquina mortífera do Estado. Sou, também, imensamente grata ao **Núcleo de Lógicas Coletivas e Institucionais (NUPLIC)**, vinculado à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e coordenado pela Cristina, por todos os encontros potentes, discussões sinceras, apoio em relação aos caminhos da pesquisa: nesse espaço vivemos comunalidade e compomos com muito afeto entre nós. Sinto falta de vocês às quartas-feiras, nas salas abafadas da PUC-SP. Um abraço especial à **Isadora Simões**, que é companheira de pesquisa e amiga do coração, junto com a amada **Claudia Trigo**, com o incrível **Emiliano Camargo de David** e meu companheiro de trabalho, até pouco tempo, **Saulo Mota**. Assim como todas as pessoas incríveis que conheci pelo NUPUBLIC: **Cecília, Lilian, Yliah, Dayse, Juliane, Lucia, Marina, Marta, Richard, Andreia, Izabela, Gabriel, Pedro, Iara e Luiza**.

Também queria agradecer à **Rede de Pesquisa sobre Drogas** pela parceria e gostaria de firmar o compromisso em continuarmos em composição acadêmica e afetiva. Um abraço especial à **Isabella Almeida** pela amizade, reciprocidade, leituras compartilhadas, por me ajudar a reorganizar o texto e por ser sempre alguém disponível para escutar. Nossa amizade surgiu antes da rede, se encontrou na pesquisa e perdura firme até os dias de hoje. Agradeço, também, os demais colegas: **Rodrigo Alencar, Rubens Espejo, Marcos Muniz, Luiza Escardovelli, Gabriel Rocha e Pedro Checchetto**.

Não só agradeço, como me sinto lisonjeada, de ter sido acolhida pela equipe incrível do **CAPS AD**. Fui muito bem recebida e me senti em composição com a equipe, tanto no gole de café forte e gostoso na copa, quanto nas atividades da GAM e nas trocas afetivas diante do intensivo dos grupos. Meu muito obrigada especial a **Tatiana Gavazzi Perez, Andreia Mariana de Souza Silva, Barbara de Souza Nunes Silva, Paulo José Costa de Lima, Ruth Silvestre da Silva**. Agradeço também a **todos os participantes do grupo GAM**, ao longo desses anos, pela partilha e aprendizado.

Gostaria, também, de agradecer aos colegas pesquisadores do **Observatório Internacional das Práticas GAM** pela potência do trabalho que se tenta fazer em rede, sobretudo à equipe da PUC-SP junto com o programa do PET-Saúde. Sou, também, imensamente grata à **Mercedes Miguel Serrano** por me receber e agenciar experiências únicas

nos tempos em que estive em Barcelona e pelo acolhimento carinhoso da **Ana Karenina Arraes** em terras portuguesas.

Agradeço ao querido **Ricardo Pimentel Mélo** pelas trocas sempre, por me ensinar que pesquisa não se faz no gabinete e que é possível inventar novas formas de cuidar.

Meus mais sinceros agradecimentos ao meu companheiro **Guilherme Salgado** pelo compartilhamento da vida com todas as bonitezas e dificuldades do viver, ainda mais em tempos de pandemia. Sobretudo pela paciência em relação aos meus tempos de reclusão para poder escrever. Te amo.

Agradeço à minha mãe, **Eliana Aleixo de Campos Avarca**, por me apoiar sempre, sobretudo em relação aos cuidados com Elena, minha filha, nos momentos em que foi muito difícil ser mãe, professora e pesquisadora. Te amo. Agradeço meus sogros, as pessoas mais generosas que conheço, **Lucio Braga Salgado** e **Guilhermina Ávila Salgado**, pelo suporte incondicional com a Elena e pela amorosidade sempre. Amo vocês.

Agradeço às minhas amigas, que o trabalho na saúde pública me deu, mas que a vida, imersa em afeto, permitiu que fôssemos mais que isso: quase irmãs. **Larissa Bragagnolo, Luciana Barros, Evelyn Inamorato, Mariana Paes, Lara Paixão, Mariana Campos, Laís Dutra** e **Carla Pavan**. Sem vocês... bem: não consigo imaginar a vida sem essa rede de suporte cheia de amor. Agradecimento especial à **Mari Paes** que, sendo farmacêutica, me ajudou com a revisão do capítulo sobre o tema e à **Lu** que leu atentamente quase que integralmente meu trabalho e me ajudou a ampliar discussões e percepções: só força e amor.

Por fim, agradeço a minha filha, **Elena Salgado Avarca**, pelo amor. Pela intensidade do amor. Por me possibilitar sentir o amor todos os dias transbordando em cada parte do meu corpo. Esse amor me renova cotidianamente e me potencializa a querer criar, junto com você, e, com muitos nós, um mundo em-comum.

“Eles quebram a força de produção de desabamentos na linguagem vinda das artes, calam todas as formas descontroladas do desejo, submetem a classe trabalhadora ao inferno da precarização e da espoliação neoliberal.

Tudo ao mesmo tempo, sem desdenhar de nenhuma frente de combate.

Por isso, todas as lutas – da autogestão das fábricas, da apropriação da terra à invenção e visibilidade da plasticidade da vida afetiva – são uma só, só podem ser uma só.

Não há nada subordinado aqui, nada é secundário.

Há conexões explosivas entre desejo, trabalho e linguagem que ainda não conhecemos”.

Centelha (2019)

AVARCA, Camila Aleixo de Campos. Drogas e autonomia em tempos de contrafissura. 257f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021

RESUMO

A tese é resultado de uma pesquisa-intervenção junto ao grupo da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em um CAPS-AD da cidade de São Paulo, ao longo de quase três anos. O objetivo foi analisar os efeitos de autonomia produzidos nos encontros do grupos GAM, a partir da experiência da cogestão do cuidado entre profissionais e participantes, por meio da conversação sobre dimensões heterogêneas das vidas dos participantes imbricadas na relação - também múltipla - com o consumo de drogas. Para tanto, realizamos revisão integrativa acerca da produção acadêmica sobre a GAM com o intuito de apresentar o debate conceitual em torno da autonomia, adensando-o por meio da reticulação bibliográfica dos artigos que possibilitou traçar as diferentes vozes que dão sustentabilidade teórica a essa noção, bem como mapear as linhas de análise das quais nos valem para dialogar com a pesquisa. Ao tomarmos a GAM como um dispositivo que “faz ver e faz falar”, construímos três cenas-enunciativas que demarcam tensões e deslocamentos entre relações de heteronomia e efeitos de autonomia, como: medicamentização dos consumidores de drogas na rede de saúde com efeitos iatrogênicos e necropolíticos na vida dessas pessoas; lógicas e práticas de patologização sustentadas no racismo estrutural brasileiro; omissão sobre uso de drogas para garantir melhor atendimento nos serviços de saúde e da rede intersetorial, sinalizando lógicas meritocráticas do cuidado na rede assistencial. Entre os deslocamentos analisados, estão: ações de cuidado singularizadas e aportadas na inseparabilidade entre as drogas prescritas e proscritas, desestabilizando discursos de verdade e valorizando lógicas de cuidado de si; práticas de autonomia que se produzem pelo dissenso e pela afirmação dos diferentes modos de vida na produção de um mundo “em-comum”, “sem estrangeiros”, com as drogas. No campo AD, a GAM mostrou-se não apenas um dispositivo grupal que pode acionar deslocamentos nas relações de heteronomia em direção às práticas de autonomia, mas fez ver e falar modos de produzir relações não contrafissuradas com as drogas, afirmando composições entre drogas e autonomia. Palavras-chave: Drogas; Autonomia; Gestão Autônoma da Medicação; Saúde Mental; Pesquisa-Intervenção.

AVARCA, Camila Aleixo de Campos. **Drugs and autonomy in times of anti-craving**. 257 p. Thesis. (Doctorate in Social Psychology). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

ABSTRACT

This thesis is the result of an intervention-research with a group of the GAM (Autonomous Medication Management) in a CAPS-AD (centre of psychosocial attention – alcohol and drugs) in the city of São Paulo, for three Years. The goal was to analyse the effects of autonomy in the gatherings of the GAM groups, from the experience of co-management of the care between professionals and participants, through talks about the heterogeneous dimensions of the lives of the participants imbricated in the relation – also multiple – with the consumption of drugs. Thus, we performed an integrative review regarding the academic production about GAM with the aim of presenting the conceptual debate on autonomy, thickening it through cross-referencing of the articles which made tracing the different voices which give theoretical support to this notion possible, as well as mapping the lines of analysis from which we benefit to communicate with the research. When we made GAM as a device to “make see and make speak”, we built three enunciative scenes which settled tensions and displacements between relations of heteronomy and effects of autonomy, such as: medicalisation of the drug consumers in the healthcare network with iatrogenic and necropolitical effects in the lives of these people; pathologization logics and practices based on Brazilian structural racism; omission about the use of drugs to guarantee better attention in health and intersectoral services, signalling meritocratic logics in care in the assistance network. Among these analysed displacements there are: individualised care actions based on the inseparability of prescribed and proscribed drugs, destabilizing speeches of truth and valuing self-care logics; practices of autonomy which produce themselves through dissensus and the affirmation of the different ways of life in the production of a “common” world, “foreigners-free”, with the drugs. In the alcohol and drugs field, the GAM poses not only as a group device that can activate displacements in the relations of heteronomy towards practices of autonomy, but it also made seen and spoken ways of producing non-anti-craving relations with drugs, stating composition with drugs and autonomy.

Keywords: Drugs; Autonomy; Autonomous Medication Management; Mental Health; Intervention-Research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Anotações sobre o caso de Ilária.	27
Figura 2: Mortalidade por raça/cor em SP	67
Figura 3: Mortes por Covid-19 nas periferias de São Paulo.....	67
Figura 4: Rodinhas no pé.....	119
Figura 5: Capa do Guia GAMBR.....	121
Figura 6: Sobre quantidade de mulheres no grupo.	126
Figura 7: Tobias	126
Figura 8: Raio singularizador.	128
Figura 9: Ecomapa.....	130
Figura 10: Atividade do Ecomapa	130
Figura 11: Rosália sentada no grupo, sempre atenta.	136
Figura 12: Pergunta do GUIA-GAM BR adaptada.	137
Figura 13: Atividades sobre os efeitos das drogas.....	138
Figura 14: Atividade sobre as medicações.	152
Figura 15: Atividade sobre as medicações.	153
Figura 16: Atividade sobre as medicações.	153
Figura 17: Atividade sobre o que é ser normal.....	167
Figura 18: Espaço da convivência e, ao fundo, uma piscina.	179
Figura 19: Atividade do Ecomapa.	181
Figura 20: Atividade do Ecomapa.	182
Figura 21: Bairro Casal Ventoso na década de 1990	184
Figura 22: Imagem do programa “É uma casa”.	186
Figura 23: Restaurante gerido pela ONG Crescer e em um bairro turístico de Lisboa	191
Figura 24: Atividade sobre concepções de saúde-doença.	201
Figura 25: Atividade sobre concepções de saúde-doença.	201
Figura 26: Centro Cívico de San Augustí.....	210
Figura 27: Centro Cívico de San Augustí.....	210
Figura 28: Poesia	214

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Artigos selecionados sobre a GAM com autonomia na palavra-chave.	87
Tabela 2: Artigos da GAM com inserção dos CAPS-AD.....	106

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Resultado da reticulação bibliográfica	90
Quadro 2: Resultado da reticulação bibliográfica	91
Quadro 3: Resultado da reticulação bibliográfica	92
Quadro 4: Medicções mais prescritas no CAPS AD.....	154

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ABORDA	Associação Brasileira de Redutores de Danos
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatra
ABRAMD	Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Álcool e outras Drogas
APDES	Agência Piaget para o Desenvolvimento
ARUCI-SMC	Aliança Internacional de Pesquisa Universidades-Comunidades Saúde Mental e Cidadania
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CDR	Consultório de Rua
CECCO	Centros de Convivência e Cooperativa
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CnR	Consultório na Rua
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONITEC	Comissão Nacional de Tecnologia do SUS
CT	Comunidade Terapêutica
DBA	Programa De Braços Abertos
DQ	Dependência Química
ECR	Ensaio clínicos randomizados
ECT	Eletroconvulsoterapia
EPS	Educação Permanente em Saúde
EqESF	Equipe Saúde da Família

FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
GCE	<i>Gestión Colaborativa de la Medicación</i>
GUIA GAM-BR	Guia brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação
HN	Hospitalidade Noturna
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFOPEN	Informação Estatística do Sistema Penitenciário Brasileiro.
IML	Instituto Médico Legal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NA	Narcóticos Anônimos
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NIDA	<i>National Institute on Drug Abuse</i>
NUCED	Núcleo de Estudos sobre Drogas
NUPLIC	Núcleo de pesquisa em Lógicas Institucionais e Coletivas
NEV	Núcleo de Estudos da Violência
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental.
OSS	Organização Social de Saúde.
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra a Domicílios
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PNH	Política Nacional de Humanização
PRD	Programa de Redução de Danos
Pró-PET	Programa Nacional Reorientação e Formação Profissional Saúde
PS	Pronto Socorro
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RRMD	Redução de Riscos e Minimização dos Danos

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAD	Secretaria Nacional de Política sobre Drogas
SICAD	Serviços de Intervenção nos Comportamentos Aditivos
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	20
2.	O CAMPO PROBLEMÁTICO E CONTRAFISSURADO DAS DROGAS NO BRASIL.....	35
2.1	A entrada tardia e estratégica das drogas na saúde mental	41
2.2	Há vidas selecionadas para serem expostas à morte.....	54
2.3	Da necessidade de estudos interseccionais sobre drogas: mulheres negras estão na base da pirâmide da política de fazer morrer.....	60
3.	A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO: TERRITÓRIO E PERCURSO DA PESQUISA-INTERVENÇÃO.....	65
3.1	A GAM no CAPS-AD	73
3.2	Percurso metodológico da pesquisa-intervenção	76
4.	NOÇÕES DE AUTONOMIA NA PRODUÇÃO ACADÊMICA SOBRE A GAM	79
4.1	As especificidades da gestão autônoma da medicação no Brasil	81
4.2	Metodologia da revisão integrativa sobre autonomia nos artigos sobre a GAM.....	86
4.3	Cogestão como <i>ethos</i> do cuidado na produção de autonomia	94
4.4	Efeitos do manejo cogestivo na produção de autonomia.....	97
4.5	A inseparabilidade da linha divisória entre drogas lícitas e ilícitas e a GAM no contexto AD	104
5.	O FAZER VER E FAZER FALAR DO DISPOSITIVO GAM: CENAS ENUNCIATIVAS NO CAPS-AD	111
5.1	Cena-enunciativa 1: O CAPS viciado/ a desintoxicação pela palavra.....	119
5.2	Cena-enunciativa 2: Morte e vida/Dar uma gestão autônoma, nós mesmos	126
5.3	Cena-enunciativa 3. Omitir para existir/ Afirmar a mistura droga-medicação	136
6.	PRÁTICAS DE AUTONOMIA NO CAMPO AD: PRODUZIR UM EM-COMUM COM DROGAS.....	142
6.1	Desmedicalizar o cuidado da pessoa que faz uso de drogas: menos CAPS viciado e mais CAPS turbinado	144
6.1.1	O vinho no centro da mesa	149
6.2	Discutir a medicalização, produzir conhecimento sobre a medicação e interromper processos de medicamentação no campo AD	152
6.3	Exagerar o uso de drogas como um problema cerebral faz operar iatrogenia e necropolítica	167

6.4	Turbinar o CAPS a partir de uma posição agonística sobre o uso das drogas, prescritas ou não	171
6.5	Inverter a lógica meritocrática: a vida no centro da atenção	176
6.6	Produzir o comum em mundo com as drogas: autonomia na afirmação dos diferentes modos de vida.	193
6.7	Construir comunalidade no dissenso	204
6.7.1	Sobre transitar como prática de liberdade	208
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	215
	REFERÊNCIAS	219
	ANEXO A	241

1. INTRODUÇÃO¹

Sugestivamente, o texto que encontro² para apresentar essa tese chama-se: introdução à vida não-fascista, escrito por Michel Foucault (1977) para o prefácio do livro *O Anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia*, de Gilles Deleuze e Félix Guattari. O avanço das políticas de extrema-direita e do fascismo no Brasil e no mundo, a política de morte por trás da crise sanitária produzida pela pandemia do COVID-19 e o colapso do capitalismo enquanto sistema econômico levam-nos a procurar referências que nos ajudem a explicar o que estamos vivendo em uma tentativa de produzir mudanças. Em tempos de desencanto a vontade de respostas concretas, – e que deem conta de nos apontar caminhos seguros –, urge. De acordo com Michel Foucault (1977) trata-se de uma busca por enunciações de verdade sobre nós e sobre nossa época, referindo-se à produção acadêmica dos anos do pós-guerra em torno de construções a partir de teorias marxistas, em versões segmentadas e burocratizadas de revolução e também a psicanálise, quando calcada em um binarismo conceitual limitado a explicar sintomas a partir das noções de estrutura e falta.

Para o autor é fundamental que possamos nos desdobrar em perguntas que não busquem explicar o **porquê** das coisas serem como são, mas que possam pensar em seu **como são**. A grande questão para o autor, diante dessa lógica, passa a ser: “como o desejo pode e deve desdobrar suas forças na esfera do político e se intensificar no processo de reversão da ordem estabelecida?” (MICHEL FOUCAULT, 1977, s/n) e acrescenta: como enfrentar o fascismo?

O autor alerta para a reflexão de que o fascismo não se configura apenas como uma política de morte que busca reduzir a vida humana a uma vida nua (GIORGIO AGAMBEM, 2010) aos moldes do fascismo da Alemanha de Hitler e da Itália de Mussolini, nos anos 1930-1940. Mas há o fascismo que existe em nós, em nossas práticas cotidianas e, até mesmo, nas instituições que defendemos como espaços democráticos e libertários em suas concepções.

1 Cabe explicar ao leitor duas questões: a primeira é que, na introdução, devido às dimensões que envolver minha análise de implicação, escreverei a introdução em primeira pessoa. A segunda é em relação ao modo como referencio os autores(as) no texto, citando o nome completo. Tal posicionamento parte, sobretudo, do movimento feminista negro, que utiliza os nomes por completo e não somente o sobrenome. Assim, faz-se possível a demarcação de gênero. Aos autores que se autodenominam negros também sinalizo, ao longo do texto, de modo a compor com uma discussão sobre raça, sua filiação institucional e país de nascimento, sobretudo quando forem autores africanos. Penso que, desse modo, tentamos apresentar interlocuções interseccionais necessárias também por meio escrita acadêmica que, com suas regras, acabam silenciando mulheres e autores(as) negros(as).

2 Somente na introdução, em alguns momentos irei escrever na primeira pessoa do singular para contar minha trajetória profissional e acadêmica em relação à pesquisa, compondo com análise de implicação sobre o tema.

Para que possamos pensar sobre esse tipo de fascismo menos perceptível em nossas análises e, também por isso, mais capilarizado em nossas atividades, Foucault nos dá sete pistas para quer possamos viver uma vida não-fascista.

Dentre elas, destaco uma premissa que me parece fundamental para conduzir essa pesquisa, cuja questão central é o uso de drogas e sua relação com a autonomia. Para o autor não se pode exigir da política pleno restabelecimento de direitos do indivíduo, sem a compreensão de que o indivíduo é também produto do poder. É necessário, nesse sentido, que pensemos em práticas “desindividualizadoras” a partir da multiplicação, de deslocamentos e de diferentes agenciamentos e, nesse sentido, “um grupo não deve ser o liame orgânico que une indivíduos hierarquizados, mas um constante gerador de “desindividualização” (MICHEL FOUCAULT, 1977).

Ao tirar o indivíduo da condição aprisionante de teorias, perspectivas e práticas de cuidado polarizadas, segmentadas, classificatórias e que sustentam posicionamentos por antagonismos, seguimos rumo à construção de relações pautadas pela ética da diferença e isso me parece um caminho agonístico³ interessante para pensar a questão das drogas.

A segunda questão importante para discutir nesta introdução, antes mesmo de apresentar o tema da tese em sua configuração acadêmica mais comumente estruturada – discussão teórica, objetivo e o método e caminhos de análise – é minha implicação em relação ao estudo.

Entendo ser fundamental sinalizar as diferentes implicações nos espaços que circulei na pesquisa, desde o grupo da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) que acompanhamos no CAPS-AD da Zona Norte de São Paulo, em relação às pessoas próximas neste grupo e os atravessamentos de suas histórias de vida em mim – e que são muitos. Esse posicionamento produz efeitos de análise importantes pois busca superar dicotomias na produção de conhecimento, sobretudo no que se refere à relação entre pesquisador-pesquisado. Qualquer conhecimento é fruto de seu próprio processo de construção (RICARDO PIMENTEL MÉLLO, 2015) e se dá na interação com os sujeitos – sempre ativos – da pesquisa, de modo que o ato de pesquisar se dá com as pessoas e não falando sobre elas. Ademais, coloca na cena das análises

3 Pedro Mauricio Garcia Dotto (2016), em sua dissertação de mestrado, vai discutir amplamente a noção de agonismo na obra de Michel Foucault, a partir da noção de práticas e dinâmicas agonísticas que permitem a produção ética da liberdade. De acordo com o autor: que “a liberdade tem a forma do combate, da disputa. Contudo, sua dinâmica é do agonismo, não do antagonismo. Não é a oposição de extremos que se confrontam na arena da dialética, ao modo do duelo hegeliano do escravo e do senhor. É na fricção constante e não sintetizável da esfera agonística — processual, relacional e multifacetada — que a liberdade se inscreve” (p. 119).

elementos que geralmente são desprezados em estudos acadêmicos ao não compreenderem que a pesquisa também se dá na relação com o outro e é nesse processo que se estabelecem implicações de ordem afetiva, existencial e profissional, de modo que uma suposta relação de neutralidade do pesquisador em relação a sua pesquisa não se sustenta.

Defendemos, assim, a superação da dicotomia entre teoria – ação no campo da construção de conhecimento. Ressaltamos o caráter participativo e de ação social da pesquisa, entendendo que toda pesquisa implica intervenção e acumulação de conhecimento. É nesse processo, sobretudo, que podemos visualizar relevância social de uma pesquisa acadêmica: incluir diferentes sujeitos ativos no processo da pesquisa, permitir efeitos críticos e analisadores desse encontro, possibilitar experiências grupais e coletivas nesse processo (EDUARDO PASSOS *et al*, 2013).

Entendemos que tomar esse posicionamento epistemológico dialoga com os desafios do cuidado em saúde no plano das tecnologias leves (ERMESON MEHRY, 2002), que põem em jogo o trabalho relacional, cotidiano e que se realizam, portanto, no exercício de colocar lado a lado diferentes posições sobre as práticas de cuidado às pessoas que fazem uso de drogas, no caso da pesquisa em questão, dando visibilidade às controvérsias e às diferenças produzidas na construção de conhecimento. A esse processo, Ricardo Pimentel Mélo (2015) chama de metodologia “tensoativa”.

Seguindo um caminho analítico tensoativo, afirmo também que uma relação muito próxima com o tema das drogas que foi se constituindo ao longo da história da minha existência, desde ter tido uma infância cuidada por um pai que fazia uso de cocaína desde os 11 anos, ao modo como sempre me interessei por esse tema em minha vida profissional e, claro, também pela minha própria relação com o uso de drogas.

Preocupo-me, assim, em apresentar alguns desses pontos a partir da noção de sobreimplicação. Entre os diferentes autores que discutem este tema, há uma convergência conceitual em relação ao que Gilles Monceau (2008), tomado pela discussão de René Lourau (2003), sinaliza: tamanha vinculação com aquilo que se pretende estudar/intervir/pesquisar/analisar pode impedir a própria análise de implicação já que as interferências pessoais ocupam muito espaço e intensidade nas próprias análises. O autor, para justificar esse posicionamento, utiliza o exemplo de profissionais da educação que, ao vivenciarem situações limites com os mesmos alunos aos quais se pretende “educar”, acabam tomando medidas austeras como forma de impor autoridade, atitudes estas que os próprios educadores não identificam como corretas ou ideais.

Cecília Maria Bouças Coimbra e Maria Livia do Nascimento (2007) falam da dificuldade em dissociar a análise de implicação da sobreimplicação, uma vez que essas duas instâncias se atravessam e se constituem. Explicam: o risco de realizarmos análises a partir de processos sobreimplicados se dá quando considerarmos como referência apenas um nível de problematização, “impossibilitando que outras dimensões sejam pensadas, que as multiplicidades se façam presentes, que as diferentes instituições sejam consideradas” (*ibidem*, p. 04). Por outro lado, ao analisarem práticas sobreimplicadas de servidores do Juizado da Infância e da Juventude, elas compreenderam que, por vezes, a sobreimplicação aparece quando o profissional precisa responder a uma demanda imediata e/ou produzida por um contexto de trabalho extenuante, com muitas responsabilidades e com pouco espaço para reflexão anterior às tomadas de decisões: deste modo, individualiza-se e normaliza-se processos que precisariam ser adensados em um corpo mais coletivo. Essa contraposição produzida pelas autoras é interessantíssima pois retira a sobreimplicação de uma questão meramente pessoal ou individual e a coloca em um campo histórico e múltiplo, ainda que paradoxal.

Nesse sentido e corroborando com as autoras, como modo de pensar a implicação e a sobreimplicação da pesquisa, ter corpo coletivo me parece fundamental: estar junto aos pesquisadores do Núcleo de Estudos em Lógicas Institucionais e Coletivas do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da PUC-SP enquanto pesquisadora, fazer parte da Rede de Pesquisa sobre Drogas – que incluem pesquisadores da PUC-SP e USP que produzem seus estudos desde perspectivas antiproibicionistas, abolicionistas, feministas e decoloniais, acompanhar o Núcleo de Estudo sobre Drogas (NUCED) e suas práticas sempre criativas em redução de danos no Ceará e, por fim, compor o Observatório Internacional das Práticas GAM junto à equipe de pesquisadores da PUC-SP, do Brasil, Canadá e Espanha, são estratégias que encontrei para diferentes vozes ressoarem, ponderarem e adensarem junto comigo, como estratégia de produzir a pesquisa em múltiplos agenciamentos.

Por fim, trago para o diálogo o texto de Jeanne Fravet-Saad (2005) a respeito da importância do afeto e do ser afetado pela pesquisa, pelas pessoas e pelas relações que se estabelecem como eixo principal para que se produza pesquisa. A experiência de seu trabalho antropológico sobre feitiçaria na França se deu, sobretudo, quando ela foi capaz de esquecer que estava em um campo de pesquisa trabalhando e se permitiu não direcionar a pesquisa a partir de uma dezena de perguntas a serem realizadas para aquelas pessoas em questão e sim vivenciar o insuportável, o incompreensível e o singular da experiência humana: assim, estava sendo afetada:

como se vê, quando um etnógrafo aceita ser afetado, isso não implica identificar-se com o ponto de vista nativo, nem se aproveitar da experiência de campo para exercer seu narcisismo. Aceitar ser afetado supõe, todavia, que se assuma o risco de ver seu projeto de conhecimento se desfazer. Pois se o projeto de conhecimento for onipresente, não acontece nada (JEANNE FRAVET-SAAD, 2005, p 160).

Como nos disse Michel Foucault (1977): não caímos de amor pelo poder. Nem mesmo o que se constrói na relação de saber-poder a partir da posição de pesquisador. Também por isso estou aqui trazendo diferentes ponderações sobre as minhas muitas relações com esse campo-tema (PETER SPINK, 2003): é esse, talvez, o aspecto mais difícil da pesquisa, pois não se constitui por meio de uma racionalidade do qual cientistas estão acostumados a exercer. É o desfazer-se constante de uma determinada posição do saber.

Seguindo essa discussão, pensei durante algum tempo em como começar a escrever os motivos pelos quais quis encarar a discussão das drogas em um momento político tão acirrado e contrafissurado. Cabe apontar que entendemos por contrafissura uma gama de estratégias que tentam dar respostas simplistas a questões complexas como é o caso do uso de drogas quando imbricado às desigualdades sociais e violações de direitos, legitimada por práticas proibicionistas e endossada por preceitos morais em relação ao uso de drogas (ANTONIO LANCETTI, 2015).

Fui elencando uma série de cenas das coisas que já vivi e senti diante do tema das drogas. Compartilho algumas delas com vocês para que eu possa desenhar o raciocínio que fui construindo, junto com o leitor, para poder dizer como o tema das drogas me interessa, e trazer alguns elementos conceituais que acredito serem centrais para pensar em sua relação com possíveis noções de autonomia.

O caso da Ilária⁴: Entre os anos de 2010 a 2014, atuei profissionalmente na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em um município de médio porte como apoiadora em saúde, com a função de favorecer a qualificação da atenção e a aproximação da gestão ao cotidiano das equipes de saúde. Assim, buscamos na SMS fortalecer a articulação entre a rede de serviços, reorganizando as ações das unidades de atenção à saúde. O município, naquele momento, munido de recursos financeiros e técnicos, iniciou uma reforma potente da rede, reorganizando a Atenção Básica (AB) com equipes de saúde da família em todas as Unidades Básica de Saúde (UBS) e descentralizando os atendimentos de saúde mental para os territórios.

Como estratégia de fortalecimento de cogestão o município em questão estimulou espaços de diálogo entre a gestão central com trabalhadores da ponta dos serviços para

4 Todos os nomes utilizados são fictícios.

construção de um campo comum do trabalho em saúde a partir da corresponsabilização na condução de casos complexos nos territórios. Chamava-se reunião de território e contava com trabalhadores e gestores de todos os serviços de saúde de uma região e acontecia em todo o município.

Esse processo coletivo de organização e corresponsabilização do trabalho se mostrava interessantíssimo, uma vez que essa aproximação entre gestores e trabalhadores produzia mudanças nos modos de entender o trabalho em saúde no SUS (não mais reduzido a consultas e procedimento), produzindo novos processos de subjetivação para os que estavam diretamente vinculados a gestão do cuidado (GASTÃO WAGNER SOUSA CAMPOS, 1997). Para a Política Nacional de Humanização (PNH), tal estratégia permite ampliação da capacidade de produzir saúde pois implica e amplia também a autonomia dos trabalhadores (BRASIL, 2009).

Sem nenhum romantismo em relação ao modo como, por vezes, era difícil para a gestão central possibilitar a construção de um espaço amplamente democrático nessas reuniões de território, é importante dizer das potências dele. Para isso, apresento o caso de Ilária.

O caso de Ilária surgiu, pela primeira vez, por meio da fala de uma agente comunitária de saúde (ACS) na reunião de equipe que acontecia semanalmente na Unidade Básica de Saúde (UBS). Lembro-me de todo o cenário: sala apertada, médico ausente da reunião, enfermeira comprometida e as ACS atentas. Na mesa, lanches que todos traziam semanalmente para compartilhar na reunião. Falo que iríamos ter uma reunião de matriciamento com o CAPS Álcool e Drogas de referência do território e pergunto se alguém tinha algum caso que gostaria de passar para eles para a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) conjunto. O PTS faz parte dos dispositivos de cuidado enunciados na Política Nacional de Humanização (2003) que tem por objetivo produzir uma proposta de condutas terapêuticas articuladas a partir de uma discussão coletiva sobre o caso realizada por um interdisciplinar, de preferência. Trata-se de uma estratégia importante de garantia do princípio da integralidade de casos complexos, por meio da articulação da rede de serviços (BRASIL, 2009).

Aparece o caso de Ilária, mulher negra, com aproximadamente 40 anos.

A ACS começa sua fala muito preocupada, pois já fazia cerca de três anos que ela acompanhava a Ilária no território. A situação era grave: a casa de Ilária, apesar de própria, só tinha paredes. Algumas partes sem o teto. As pessoas iam em sua casa para fazer uso de múltiplas drogas. Muitas vezes Ilária era encontrada dentro da caçamba de lixo, sem banho, muito suja e desnutrida e não deixava ninguém se aproximar dela, somente a ACS de referência. Xingava a todos. Era agressiva.

Essa aproximação da ACS permitiu que, por vezes, Ilária não fosse confundida com o lixo da caçamba no momento em que o caminhão passava. A ACS entregava comida a ela, pois estava magra. Chamava Ilária constantemente para ir até a UBS.

“Assim, ela vai morrer. Já está no limite”.

Começamos a partir do relato da ACS uma ampla articulação da rede de serviços: desde a discussão do caso em reuniões de matriciamento com o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS- AD) até a escolha deste caso para ser discutido na nossa reunião de território, a fim de mobilizar diferentes pontos da rede para compor o acompanhamento do caso. É importante enfatizar que, além da complexidade da situação de Ilária, em sua casa se encontravam outras duas mulheres que estavam gestantes e que também precisavam de cuidados. Nesse sentido, ter duas gestantes fazendo uso de drogas junto a Ilária intensificou a mobilização das equipes e da gestão central, uma vez que a mortalidade materno-infantil é um indicador utilizado mundialmente como referência de desenvolvimento e qualidade de vida (OMS, 1997).

Caso apresentado na reunião de território. Equipamentos da saúde mental se puseram a intensificar as visitas à Ilária e colocar o caso como prioritário dentro da linha de cuidado em saúde mental: semanalmente se encontravam a agente comunitária (ACS) da área, profissional de referência do CAPS-AD e Equipe de Consultório de Rua (CDR)⁵. O caso estava em evidência no território e mensalmente, nas reuniões de território, ele era rediscutido. Nesse sentido, um dos efeitos mais importantes das reuniões de território, na minha opinião: investimento ético e político na vida das pessoas, como foi no caso de Ilária, no sentido de que se persistiu no cuidado dela, mesmo com toda a recusa dela em ir aos serviços. Poderia produzir muitas hipóteses sobre a descrença e a desconfiança de Ilária em relação aos serviços de saúde, mas prefiro não o fazer, para não alongar demasiado na cena.

Em um ano que pude acompanhar o desdobramento do caso, a partir de uma intensificação de práticas itinerantes de diferentes serviços articulados, vimos a aproximação gradativa de Ilária com os serviços, idas ao CAPS-AD, melhora na sua relação de autocuidado, conforme descrevo em um recorte da planilha que fazia para acompanhar os casos. Mesmo diante de toda a intensificação do serviço e respostas importantes de Ilária para o cuidado de si, chama a atenção que na última reunião sobre o caso dela que pude participar, houvesse um encaminhamento do CAPS-AD para eu conversar com a equipe da Estratégia de Saúde da

5 No município chamava-se Consultório DE rua e não consultório NA rua, conforme portaria do serviço. Ademais, ele estava vinculado ao Departamento de Saúde Mental e não na Atenção Básica.

Família (EqESF) no intuito de não criarem uma única perspectiva do que vem a ser a “melhora” da situação de saúde Ilária: no caso, a abstinência do uso de drogas.

Para a equipe, ver a Ilária bem, significava vê-la longe do uso de drogas.

Figura 1: Anotações sobre o caso de Ilária.

			Usuária de Crack e álcool. Apesar de possuir residência (situação precária) tem a rua como sua moradia vivendo sempre rodeada por inúmeros cães e foi vista em muitos momentos dentro da caçamba de lixo. É agressiva com vizinhos e profissionais de saúde. Haverá ação conjunta entre UBS e Zoonoses. Próximo passo é ação junto ao CAPS AD e CDR. Realizada ação do CAPS AD e CDR e paciente recebeu equipe e fez vínculo. Rodolfo passou a ser referência no caso. Em reunião com equipe da UBS ficou combinado que: I) CAPS AD e CDR realizarão VDs quinzenais; II) será retomado contato com o Departamento de Vigilância epidemiológica por conta da infestação de ratos no local. O enfermeiro da equipe relatou que está produzindo relatório e enviará à SMS. Próxima reunião entre equipe UBS, CAPS AD e CDR ficou marcada para 15/10. - Está se vinculando de um jeito bastante interessante com a equipe do AD (Rodolfo) e Consultório de rua. Toda semana estão indo buscá-la. Aceitou ir no CAPS e foi uma vez, comeu e participou de atividade, mas recusou o banho. Em sua casa tem duas mulheres gestantes frequentando, gestante no 8o. mês (equipe X e Soraya (suspeita de estar gestante tb). Ilária aceita ir no CAPS mas quando elas tiverem junto.	
29.05.2013				
14.08.2013				
10.09.2013		UBS X;	08.01.2014- Tem melhorado, diminuído o uso, com auto-cuidado melhor. Solicitou limpeza na casa. O que foi discutido é a necessidade de entendimento da equipe sobre o caso, sempre resistente com expectativa de abstinência da Ilária. Melhora nem sempre significa abstinência, todo movimento positivo é importante.	
13.11.2013		Equipe: Y		
11.12.2013		ACS: Z.		
08.01.2014	Ilária.	Rua F.		AD: Rodolfo Apoio: Camila

Fonte: arquivos pessoais (2014).

Trouxe essa cena por dois motivos principais: o primeiro diz respeito à potência de práticas de saúde itinerantes que se fazem com as pessoas e a partir do território onde elas vivem e existem. Algo ali, ainda sem muita compreensão teórica, me dizia que o cuidado tinha que se reinventar para se fazer junto com as pessoas e não por elas.

A concepção de território é ampla. Além de possibilitar a construção de indicadores de saúde e a organização das intervenções, permite a avaliação dos impactos dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população, o que traz uma retroação das práticas, pois considera a complexidade das transformações nos territórios em que as pessoas vivem. Este aspecto é um desafio tanto na Atenção Básica, na Estratégia de Saúde da Família, quanto nas políticas de Saúde Mental, que trazem ações em saúde por meio do vínculo. Isso significa que para vincular, faz-se necessário acompanhar o sujeito, sua vivência sobre sua saúde e seus significados sociais sobre o processo de saúde-e-doença, a partir de diferentes formas de subjetividade.

Território, então, pode ser compreendido como um espaço geográfico transitório, determinado pelos distintos usos e funções, de modo que se faz impossível entendê-lo sem uma compreensão das relações políticas e econômicas que o constituem (MILTON SANTOS, 1998), ao passo que também pode ser compreendido como um campo existencial.

Território existencial é um espaço-temporal dado preexistente que, além, de sua forma presente, pressupõe expressão e criação. Ou seja: é um ambiente vivo, sujeito a constantes modificações e recriações pois se constitui sempre na relação com o outro, a partir de um plano

relacional (RIVALDO DE FARIA; ARLEUDE BORTOLOZZI, 2009). Para Gilles Deleuze e Felix Guattari (2012) território existencial é sempre uma construção provisória por meio de processos de desterritorialização e reterritorialização: há sempre linhas de desterritorialização que podem abrir para a configuração de outro território.

A imbricação entre esses dois planos a respeito do trabalho em saúde, conforme sinalizam Ruben Lemke e Roseane Silva (2013), tem sido o grande desafio: atuar no território com suas *nuances*, bem como produzir afetações de modo a produzir possibilidades de desterritorializações para reterritorializar outras constituições de modos de existir. Assim, não se faz possível homogeneizar o cuidado às pessoas que fazem uso de drogas. Nem propor uma linha de cuidado em saúde mental rígida. É preciso criar os contornos.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Redutores de Danos (RD) têm assumido o cuidado às pessoas com sofrimento psíquico no território por meio de um intenso investimento no vínculo enquanto estratégia terapêutica. Ambos permeiam o território físico (sobretudo os agentes comunitários que, inclusive, moram no bairro onde atuam), quanto no território existencial das pessoas ao tecerem redes, produzirem efeitos terapêuticos por meio do vínculo e se colocam em uma “posição estratégica de incidir nos processos de produção de subjetividade” (*Ibidem*, p 12). Em relação às ações de redução de danos, agrega-se a luta pela garantia dos direitos dos usuários de drogas, o pleno exercício de cidadania e de produção de autonomia em relação às suas escolhas.

Esse é um primeiro aspecto que o caso de Ilária me instigou a pensar: o cuidado em relação às pessoas que fazem uso de drogas permeia a construção de vínculo, se faz no lócus territorial e existencial, a partir da noção de autonomia.

Outro aspecto que me suscitou a história de Ilária é o cuidado que não pressupõe a abstinência do uso de drogas enquanto meta. Parece trivial, mas não o é, sobretudo em tempos que se tem travado uma guerra civil global por soberania que coloca a regulação dos modos de vida no centro da política (MICHAEL HARDT e ANTONIO NEGRI, 2012). Como contraponto é preciso que se produza enfrentamentos cotidianos que tem relação estrita com a noção de autonomia e que a redução de danos nos ensina: o investimento é no cuidado, não no controle da substância.

A denominada “Redução de Danos” (RD) se configurada como um conjunto de estratégias potentes para construção de novas propostas de atenção em saúde e podem ser compreendidas como uma política de drogas libertárias e emancipatórias, que coloca a cidadania do sujeito no centro da política, e não a droga, e valorizam as práticas que os usuários utilizam para construção de autonomia na sua relação com o uso de drogas.

Embora entendamos a RD como estratégia fundamental de cuidado que deixou de ser apenas política de governo em alguns municípios que produziram experiências com foco na autonomia e na garantia de direitos dos usuários – como é o caso de Santos sob gestão do médico sanitário David Capistrano de 1989 a 1992, ações pioneiras de Antônio Nery Filho em Salvador na década de 1990 e tantas outras que não estão inscritas na história – para se consolidar como política de Estado, precisamente após sua inclusão na PNAD (2002) ainda no governo de Fernando Henrique Cardoso e por meio da promulgação da Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, publicada em 2003, atualmente tem sido fortemente reprimida e desencorajada no governo federal atual, conforme iremos discutir com detalhes no primeiro capítulo da tese.

Acabar com a política de redução de danos tem sido meta da política proibicionista no Brasil, justamente pela sua dimensão libertária: aprisionar corpos por meio de práticas que só permitem um modelo de tratamento e colocá-los em instituições isoladas e desagregadoras, a desgarantia de direitos sociais e a reafirmação do lugar de preconceito para as pessoas que usam drogas, além de retroalimentar práticas iatrogênicas, se produzem por meio de dispositivos de segurança e de extermínio dessa população, sobretudo quando estas são pretas e pobres. A questão das drogas é o grande mote da atual necropolítica e, em tempos em que o fascismo se perpetua em todas as fissuras da nossa frágil democracia, o embate que se impõe diante de nós é o de produzir formas de vida: “no interior das formas de vida, as relações de desejo, de trabalho e de linguagem têm a mesma força de desestabilização e criação. Fascistas compreendem melhor isso, tanto que operam em todas as frentes desde o início” (CENTELHA, 2019) uma vez que, completam os autores, o fascismo é a reação a uma força revolucionária iminente.

É deste campo tensionado que estamos falando: a legislação não garante a implementação das ações de ampliação da vida e autonomia dos sujeitos, tampouco o modo como essas ações devam ser realizadas. Lembramos que o próprio termo “Redução de Danos” é passível de discussão e traz consigo uma gama de práticas heterogêneas, polissêmicas e controversas no cotidiano dos serviços de saúde e da assistência. Para Tadeu de Paula Souza (2013), Tadeu de Paula Souza e Sergio Rezende Carvalho (2012) e Eduardo Passos e Tadeu de Paula Souza (2011) a RD enquanto dispositivo de visibilidade aos usuários de drogas e de resistência à norma da abstinência só se realiza se a política pública assegurar, não apenas o sentido da universalidade presente nos princípios do SUS, mas também o que Michael Hardt e Antonio Negri (2012) chamam de produção do comum na forma de um fazer/agir coletivo que

inclua a heterogeneidade de interesses, desejos e diferentes modos de vida (RICARDO TEIXEIRA, 2015).

Ao optarmos pela tematização da autonomia, buscamos deslocar narrativas dominantes em relação ao cuidado do uso de drogas que associam autonomia a uma perspectiva individual de adequação à norma e como simples questão de escolha, responsabilizando integralmente o indivíduo por suas ações e desimplicando as equipes em contratualizarem ações de cuidado junto aos usuários e de uma análise mais minuciosa das relações afetivas e institucionais presentes no processo de cuidado. Ao questionarmos a própria noção de autonomia, tema central no campo técnico-científico em Saúde Mental, saímos de um campo antagonista e tensionado para construirmos interlocuções agonísticas, ou seja, sem a negação da contradição e com possibilidades afirmar a construção de novas possibilidades que partem da experiência de quem vive a construção diária de cuidar de si na relação com o uso de drogas em tempos tão contrafissurados.

Pretendemos contribuir com o debate sobre o cuidado de pessoas que fazem uso de drogas e seus direitos por meio da arguição da noção de autonomia e das experiências de produção de autonomia a partir do percurso de um grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM), realizada com usuários de um CAPS-AD em São Paulo.

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma estratégia no campo da saúde interessada em fomentar a corresponsabilidade no cuidado em saúde entre usuários, seus familiares e a equipe de saúde (ROSANA TERESA ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012; EDUARDO PASSOS *et al.* 2013). A aposta clínico-política desta estratégia é fomentar a cogestão em relação ao processo terapêutico e o uso da medicação psiquiátrica, por meio do acesso e do compartilhamento das experiências a partir da utilização do Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) desenvolvido nos anos 1990 no Canadá por associações de usuários de psicotrópicos e constituído por pequenos textos e perguntas acerca da experiência dos usuários. O guia é lido e discutido coletivamente, visando fomentar a partilha de experiência e a valorização do ponto de vista dos diferentes integrantes do grupo. Em síntese, objetiva-se a criação de espaços de fala e reflexão entre usuários e serviços de saúde, a partir deste dispositivo grupal, estruturado em torno da cogestão e autonomia.

Acompanhei, desde 2017, o uso da GAM em um serviço de saúde mental para usuários com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas⁶. Trata-se de um grupo

6 É importante mencionar que a discussão sobre a GAM no contexto das drogas proscritas é bastante recente no Brasil e vem sendo acompanhada no âmbito do *Observatório Internacional de Práticas de Gestão de Autônoma da Medicação* coordenado pela Profa. Luciana Togni Surjurs da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

formado por uma farmacêutica, uma terapeuta ocupacional, um psicólogo e uma redutora de danos e cerca de 20 usuários do serviço por dia de grupo⁷.

Nestes quase 3 anos de atividades da GAM, logramos acompanhar alguns efeitos: afirmação do processo de cogestão entre profissionais e usuários, validação de estratégias que os usuários fazem na sua relação singular com o uso de drogas, e desconstrução de estigmas em relação ao usuário de drogas (CAMILA AVARCA *et al.*, 2018). Ademais, a inseparabilidade da discussão sobre drogas prescritas e proscritas, deslocamento do discurso de verdade e espaço para narrativas que explicitam lógicas de cuidado de si.

Assim, nesta pesquisa, tratamos de visibilizar/enunciar tais efeitos de produção de autonomia, delineando as linhas de análise e de problematização que tais efeitos abrem. Ou seja, discutiremos a noção de autonomia pela vida que lhe é dada, entendendo que não é a função principal de um conceito guiar a representação ou a ação, mas “catalisar os universos de referência que configuram um campo pragmático” (FELIX GUATTARI, 1992, p. 201). Deste modo, nos propomos a evidenciar este plano de variação e de usos da autonomia no agir inventivo em saúde e no cuidado de si, no contexto do dispositivo GAM com pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

No percurso desta pesquisa, buscamos ainda: identificar elementos conceituais relativos à autonomia que sejam capazes de ampliar as ferramentas para outro olhar e outra prática em relação às pessoas que fazem uso de drogas no sentido da afirmação plural de suas subjetividades e de práticas de cuidado emancipatórias; discutir conceitual e metodologicamente o desenvolvimento de uma experiência com pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas em saúde coletiva que tenha como foco a autonomia, no uso do Guia GAM, de forma a trazer subsídios para o agir em saúde em consonância com os direitos dessas pessoas.

– Baixada e composto por pesquisadores da Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (URGS), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), (Universidade Federal de Alagoas (UFAL); Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Universidade Federal de Sergipe (UFS), Universidade Federal do Ceará (UFC) e também a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), com a participação do Núcleo de Lógicas Institucionais e Coletivas. Este projeto de tese integra o *Observatório Internacional de Práticas de Gestão de Autônoma da Medicação*, especialmente no campo de interesse relativo à pesquisa do observatório intitulada *Gestão Autônoma da Medicação: avaliação dos efeitos em contextos de uso de drogas prescritas e proscritas no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial*.

⁷ Cabe apontar que estratégia GAM no CAPS-AD é caracterizada pela rotatividade dos usuários no grupo e que, de acordo com os profissionais técnicos do serviço, é aspecto que se repete nos demais grupos. Apesar disso, alguns se mantêm desde o início, mas uma grande parte participa dos grupos a partir da periodicidade que dá conta, que faz bem ou faz sentido. Por isso o grupo não é fechado em sua prática.

Para atingir esses objetivos, realizamos as seguintes etapas sinalizadas em seus respectivos capítulos:

No capítulo 1 discutimos configuração do campo problemático e contrafissurado das drogas, a partir de uma análise acerca das mudanças nas políticas de drogas nas últimas décadas sinalizando, inclusive, a entrada tardia das drogas no campo da reforma psiquiátrica brasileira, apesar de grande parte das pessoas, ao longo da existência dos manicômios no Brasil, terem sido manicomializadas em decorrência do uso de substâncias (ROSIMEIRE APARECIDA SILVA, 2015). Alinhamos essa construção em diálogo transversal, ao longo da tese, com autores que trabalham desde posicionamentos antiproibicionistas, feministas e decoloniais, compreendendo que o racismo estrutural brasileiro é também base dessa política de morte.

No capítulo 2 produzimos uma discussão teórica e metodológica acerca da pesquisa-intervenção que realizamos com pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas no grupo GAM do CAPS-AD. O *lôcus* da pesquisa se deu na Zona Norte da cidade de São Paulo, território marcado por desigualdades e que, atualmente, é um dos mais afetados pela pandemia do COVID-19, evidenciando os efeitos do racismo estrutural na organização das cidades. Cabe sinalizar que, normalmente, as instituições participantes das pesquisas acadêmicas não são mencionadas no corpo do texto. Entretanto, fizemos a opção de trazer o território para o campo de discussão de modo a sinalizar as dimensões históricas, sociais e políticas como elementos importantes da análise da pesquisa-intervenção. Ademais, cabe ressaltar, como veremos abaixo, o contexto importante de parceria entre universidade e território, explicitando relações ético-políticas de produção de conhecimento compartilhado. Nesse sentido, por mais que tentemos não identificar o serviço em questão, os dados trazidos são passíveis de reconhecimento. Importante sinalizar, portanto, que as dimensões de análise que encontramos na pesquisa são extensivas e dizem respeito a um conjunto de acontecimentos que ocorrem no cotidiano dos diferentes CAPS pelo Brasil, conforme temos acompanhado em outras pesquisas do Observatório Internacional da Práticas GAM e que não se personificam no CAPS em questão.

Este território, na relação com a coordenadoria regional de saúde, tem história de longa parceria com a PUC-SP, sobretudo a partir do Convênio com o Ministério da Saúde (MS) por meio dos programas governamentais: PRÓ-Saúde e PET-Saúde. A experiência da universidade no referido território e sua responsabilidade sanitária em relação a ele, ao longo de sete anos, possibilitou, em 2017, a construção de uma estratégia de apoio institucional que se caracterizou pelo planejamento, formação da equipe e acompanhamento da experiência em saúde a partir da inserção de alguns grupos GAM, com foco na relação com a substância psicoativa, onde essa pesquisa se localiza desde o início. A construção da experiência GAM exige atenção processual

e trabalho coletivo, sempre na forma cogestionária de reflexão e tomada de decisões, envolvendo todos os participantes. Trata-se de uma pesquisa que incorpora a própria experiência de construção da GAM, como um campo vivo de reflexão sobre autonomia na relação com o cuidado de si.

No capítulo 3, produzimos uma revisão de literatura sobre o conceito de autonomia a partir da produção acadêmica sobre a Gestão Autônoma da Medicação, articulada com a o campo acadêmicos da Saúde Mental Coletiva e da Reforma Psiquiátrica. Foi realizada reticulação bibliográfica (DOLORES GALINDO, 2003) de todos os artigos científicos selecionados para trazer os interlocutores que sustentam diferentes noções de autonomia para a composição dos eixos analisados a partir do que estamos chamando de cenas-enunciativas, descrita no capítulo 4. Tal revisão possibilitou abertura a campos emblemáticos e problemáticos de discussão que adensam, tensionam, infletem e produzem movimentos conceituais singulares em relação à noção. É o caso, por exemplo, da noção de autonomia na Reforma Psiquiátrica Brasileira, que é central para a prática de reabilitação psicossocial e que tem desdobramentos conceituais importantes como o trabalho de Roberto Tykanori Kinoshita (2016), que se vale do diálogo com Maturana e Varela quanto à produção da vida biológica de maneira autônoma, autorreferente e autopoietica para pensar a autonomia como resultante da ampliação da rede de relações e de vínculos, ao contrário do sentido de independência ou autossuficiência. É o caso também da noção de autonomia na Análise Institucional (que tem, por sua vez, relação com os movimentos políticos autonomistas) e sua interface com estudos de Gilles Deleuze e Felix Guattari (2012) a partir da noção de criação que pode existir sem que haja uma instância criadora instituída: trata-se da ontologia da imanência.

Por isso, no capítulo 4, adensamos a discussão teórica-metodológica sobre autonomia, analisando-a desde as práticas, ou seja, pelos muitos elementos heterogêneos presentes nas experiências que, no jogo relacional e de afetação, produzem e protagonizam autonomias/heteronomias, a partir das narrativas dos participantes sobre seus cotidianos e os diferentes modos de vida.

Esse processo se deu a partir do acompanhamento da pesquisadora na experiência GAM no CAPS-AD, como já dissemos, mas também pelas participações nos fóruns de território para discutir a Estratégia GAM, chamado de “GAMZÃO”. Também foram incluídas outras cenas a partir da experiência da pesquisadora no campo-tema, sobretudo pela possibilidade de ter vivenciado e dialogado com outros projetos que trabalham com a produção de autonomia enquanto proposta, em diferentes contextos, nas cidades de Barcelona, na Espanha, em Gaia e Lisboa, em Portugal. Esta vivência foi viabilizada pelo edital de incentivo aos Núcleos de

Pesquisa da PUC-SP e foi parte importante da pesquisa, pelos deslocamentos teóricos e práticos que conseguimos produzir quando estamos fora do nosso cotidiano.

Para a produção dos eixos analíticos, construímos três cenas-enunciativas a partir das narrativas presenciadas nos grupos, pelos fragmentos colhidos em dias e momentos diferentes do percurso e transcritos em diário de campo. Destacam-se as cenas e situações de heteronomia/autonomia, bem como eventos críticos, analisadores, que demarcam tensões/deslocamentos, quando se racham as palavras e as coisas, tomando a GAM como dispositivo que faz ver e faz falar, a partir do aporte teórico-metodológico de Gilles Deleuze (1996).

No capítulo 5 construímos três grandes eixos de análise, a partir das tensões e deslocamentos enunciados nas cenas-enunciativas em interlocução com o campo tema: o primeiro dá visibilidade às práticas de medicamentação das pessoas que fazem uso de drogas na rede de saúde, a partir dos efeitos iatrogênicos na vida das pessoas consumidoras de drogas em suas relações de cuidado. Para adensar e ampliar a discussão, entrevistamos três profissionais médicos que atuam/atuaram na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e analisamos, a partir desse diálogo, diferentes sentidos para a prescrição no campo AD, apesar da baixa efetividade das medicações no tratamento para uso de drogas, de acordo com estudos de revisão sistemática. Em contrapartida, apontamos relações agonísticas possíveis em relação às drogas, prescritas ou não, com vistas à ampliação da qualidade de vida e de cuidado centrado na pessoa e não no consumo. Nessa discussão, ressaltamos a inseparabilidade da discussão sobre drogas prescritas e proscritas, na produção de deslocamento do discurso de verdade e espaço para narrativas que explicitam lógicas de cuidado de si.

O segundo eixo trouxe o tema da patologização do usuário de droga e a necessidade de propostas de cuidado que invertam a lógica meritocrática do cuidado no campo da saúde mental com vista à ampliação de direitos sociais. Destacamos, nesse eixo, a importância de políticas públicas pautadas pela descriminalização do uso de drogas. Assim, vislumbramos, no último eixo, a importância das práticas de autonomia que se produzem em meio aos dissensos e a partir dos diferentes modos de vida, com vistas à produção do comum (em-comum), em um mundo sem estrangeiros, e com as drogas.

2. O CAMPO PROBLEMÁTICO E CONTRAFISSURADO DAS DROGAS NO BRASIL

“Minhas brisas, depois de usar minhas drogas, são quase sempre ruins. Eu acho que estão me perseguindo, fico escondido, olho debaixo da cama. Ou penso que a polícia está vindo atrás de mim pra me pegar, pra me prender ou me bater”. Ilton, homem negro, participante da GAM no CAPS-AD.

“Este fenômeno de desespero, de fissura por resolver imediatamente, se manifesta na prática de internações forçadas muitas vezes de adolescentes que tiveram seu primeiro contato com alguma droga ilegal. A esse afã por resolver imediatamente e de modo simplificado problemas de tamanha complexidade chamamos **contrafissura**” Antonio Lancetti (2015).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 por meio da Constituição Federal Brasileira após mobilização de diferentes movimentos sociais, com o objetivo de construir uma ampla rede de saúde gratuita e de qualidade, pautada pelo acesso universal e integral. Ao longo desses mais de 30 anos de existência, avanços podem ser observados em relação a ações de prevenção e promoção da saúde, sobretudo a partir da expansão da atenção primária, com impactos diretos em indicadores de saúde e na organização das redes de atenção⁸. Por outro lado, há desafios para a construção de uma perspectiva de saúde integral compreendida como direito social e amparada em valores democráticos, frente a governos neoliberais que operam sob a lógica do Estado mínimo, cuja principal estratégia econômica é reduzir investimentos em políticas sociais. Privilegiam-se ações governamentais no âmbito da garantia da ordem e segurança pública (FÁBIO WANDERLEY REIS, 2015).

O impacto do neoliberalismo no âmbito das políticas públicas de saúde, – que, no caso do Brasil, contam com um histórico de subfinanciamento⁹ ao longo de toda sua trajetória – pode ser sentido no agravamento das desigualdades sociais, na piora do quadro geral da saúde da população empobrecida, conforme constatado por Fabiola Sulpino Vieira (2016), a partir de uma pesquisa que analisou as políticas de saúde nos últimos dez anos em diferentes países que foram impactados com a crise econômica e por medidas de austeridade fiscal. Este estudo foi publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) para fornecer subsídios técnicos para o debate sobre a Proposta de Emenda Constitucional (a PEC-55)¹⁰ que congelou

8 Os principais indicadores de saúde podem ser visualizados no Sistema de informação do Ministério da Saúde em série histórica disponível no site: <http://tabnet.datasus.gov.br> (acesso em 16.10.16)

9 De acordo com Mendes (2013), em 2012, o gasto do governo brasileiro com a saúde foi de 3,9% do PIB, enquanto a média dos países europeus com sistemas universais foi de 8,3% do PIB.

10 Disponível em: <http://legis.senado.leg.br/legislacao/DetalhaSigen.action?id=540698>. Acesso em 13/01/2018.

os gastos públicos na saúde por 20 anos, no momento em que ela estava para ser aprovada pelo Senado (medida que se efetivou em dezembro de 2016).

Nesse acirramento político-econômico, o campo da Saúde Mental também sofreu impactos. Para exemplificar, cabe desenhar aqui a linha de raciocínio da construção do projeto dessa tese, desde 2016, a partir do golpe sofrido pela presidenta eleita Dilma Rousseff por meio de um processo de impeachment ilegítimo. Contextualizar esse momento histórico nos ajuda a dimensionar os efeitos desse processo nas políticas públicas, sobretudo nas de saúde, cujo foco é acelerar as privatizações. Vejamos.

Quando começamos a escrever o projeto de pesquisa, o texto versava sobre, dentre outras coisas, críticas em relação à entrada das comunidades terapêuticas (CT) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ainda no governo de Dilma Rousseff. Problematicamos o programa que se chamava "Crack é possível vencer", discutindo a produção de práticas equivocadas ao focalizar o crack como inimigo nacional. Tal programa se desenhou como uma resposta às narrativas que afirmavam a existência de uma epidemia do uso de crack nos últimos 30 anos, que eram enfatizadas tanto pelo discurso midiático quanto endossadas por parte da comunidade acadêmica, apesar de duas pesquisas realizadas com jovens brasileiros nas principais cidades brasileiras, nos anos de 2003 e 2010, demonstrarem que o padrão de uso do *crack* não se modificou significativamente em 7 anos (SOLANGE NAPPO; ZILA SANCHEZ & LUCIANA RIBEIRO, 2012). Na pesquisa de 2010, por exemplo, enquanto 0,6% dos 50.890 estudantes entrevistados já haviam consumido crack em algum momento da vida, 60% referiam já ter experimentado o álcool (JOSÉ CARLOS GALDURÓZ et al, 2010).

Atrair o consumo do crack ao conceito de epidemia, embora não se sustente do ponto de vista da análise epidemiológica (EDWARD MAC RAE, 2013), tem servido, como aponta Antônio Lancetti (2015), para fomentar práticas iatrogênicas, pautadas por políticas e programas de saúde cujo foco é simplesmente o combate ao uso de drogas e não o interesse pela saúde das pessoas. Desde 2015, nesse sentido, tem-se observado o financiamento público de comunidades terapêuticas (CT) por meio da Resolução 1/2015 do CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, apesar de tal medida não ter sido aprovada em instâncias de participação popular e controle social, como a 14ª Conferência Nacional de Saúde e IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial¹¹. Além da alocação indevida recursos de públicos em instituições privadas, as CT operam na lógica da internação (inclusive compulsória) e do isolamento social, em sua grande maioria, o que também é grave, estas

11 Conforme nota da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas. Disponível em: <http://www.abrasme.org.br>. Acesso em: 15/10/2016

organizações acumulam inúmeras denúncias de violações de direitos humanos e humilhações apontadas em inspeções realizadas pelo Ministério Público Federal (MPF), Conselho Federal de Psicologia (CFP) e outras entidades que defendem os Direitos Humanos (CFP, 2011; 2018). Em síntese, trata-se da manutenção da lógica manicomial e contrafissurada, fortalecidas pelo reconhecimento e financiamento do Estado.

Meses depois, reescrevemos o projeto para conseguir bolsa para fomento da pesquisa. Neste contexto, já com Michel Temer, vice-presidente de Dilma Rousseff, no governo pós-golpe, foi preciso revisar o conteúdo e lançar críticas ao congelamento da verba da saúde por 20 anos, conforme mencionado no início do texto. Nesse momento cabia articular a ideia de que, em governos neoliberais, o foco seria o congelamento dos gastos públicos e a ampliação das privatizações: e era o que se desenhava a seguir.

Pouco mais de um ano depois, acrescentamos as mudanças na Lei da Reforma Psiquiátrica em seu aspecto nevrálgico: foram incluídos os Hospitais Psiquiátricos Especializados na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e fomentado o fortalecimento de parcerias público-privadas com as chamadas Comunidades Terapêuticas (CT) no tratamento às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas¹². Leo Pinho e Monica Ribeiro (2018) nos alertam para o jogo antidemocrático na composição dessa medida: instituiu-se tal mudança a partir de uma resolução pactuada apenas pela chamada Comissão Tripartite, sem que houvesse diálogo com os Conselhos Nacionais de Saúde e de Direitos Humanos, entidades garantidas na lei 8042, de 1990, para exercerem o controle social no Sistema Único de Saúde (embora os conselhos não tenham participação e direito a voto na comissão tripartite).

Chama a atenção a data da promulgação da resolução: dias depois do Encontro de Bauru: 30 anos de luta por uma sociedade sem manicômios, evento que teve a participação de mais de 2 mil pessoas para lembrar os 30 anos da chamada Carta de Bauru que aconteceu em 1987, com a participação de mais de 350 trabalhadores de hospitais psiquiátricos que reivindicavam mudanças na política de saúde mental e garantia de direitos dos usuários.

A promulgação dessa resolução em 2017 produziu uma oposição direta do governo federal a um modelo de atenção pautado pela necessidade de ampliação de direitos como pressuposto para avanços na política antimanicomial. Foi então, partir de uma canetada (LEO PINHO; MONICA RIBEIRO, 2018), sem qualquer constrangimento em silenciar vozes da sociedade civil, que os novos tempos políticos se anunciavam.

¹² Para acessar a resolução completa:

http://www.lex.com.br/legis_27593248_RESOLUCAO_N_32_DE_14_DE_DEZE

MBRO_DE_2017.aspx. Acesso em 13/12/18. Publicação no DOU em 22/12/2017 (nº 245, Seção 1, pág. 239)

Dia 01 de janeiro de 2019. Ganha as eleições presidenciais do Brasil, Jair Messias Bolsonaro, conhecido por seu posicionamento de extrema-direita e conservador, eleito a partir de uma campanha eleitoral em que pesam dúvidas sobre sua legitimidade. É nesta mesma data que também se anuncia a Medida Provisória nº. 870 de 1º. de janeiro de 2019, reorganizando as funções e atribuições ministeriais. Destaco algumas mudanças significativas, no que tange à nossa discussão, a questão das drogas: o fim do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) que passa a ser uma secretaria especial dentro do novo Ministério da Cidadania, junto com os também extintos ministérios da cultura e do esporte. Nesta pasta, dentre outras atribuições, fica alocada a Política sobre Drogas, juntamente com o Ministério da Justiça e da Segurança Pública. Na primeira fica a responsabilidade pela “articulação, coordenação, supervisão, integração e proposição das ações governamentais [...] nos aspectos relacionados com o tratamento, a recuperação e a reinserção social de usuários e dependentes e ao Plano Integrado de Enfrentamento ao **Crack** e outras Drogas” (BRASIL, 2019, art. XXIII). No que tange ao Ministério da Segurança Pública: “difusão de conhecimento sobre crimes, delitos e infrações relacionados às drogas lícitas e ilícitas”, bem como o combate ao tráfico de drogas.

Chama a atenção o foco na questão do uso de crack como o grande chamariz para justificativa de uma política austera no campo das drogas: por trás dessa narrativa, diferentes estudos, conforme supracitado, nos mostram justamente o contrário. Nesse sentido, e para corroborar com nossa tese, é importante mencionar um analisador importantíssimo que revela a falácia por trás da epidemia do crack que o atual governo faz questão de sustentar: é o 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a partir de edital público lançado, em 2014, pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD).

O estudo teve sua publicação temporariamente vetada pelo atual governo, com alguns trechos divulgados por meio de reportagens jornalísticas do The Intercept_Brasil¹³, Casa da Democracia¹⁴ e Estadão¹⁵. Entre outras informações relevantes que o governo de Bolsonaro pretendia ocultar – sob a falsa alegação de que o estudo não possui validade metodológica, já que se trata do mesmo procedimento utilizado pela PNAD do IBGE - é o fato de que 0,9% da população usou crack alguma vez na vida, 0,3% fez uso no último ano e apenas 0,1% nos últimos 30 dias. Os números são inexpressivos para serem caracterizados como uso epidêmico.

13 Disponível em: <https://theintercept.com/2019/03/31/estudo-drogas-censura/>. Acesso em: 04/07/2019.

14 Disponível em: <https://casadademocracia.org/a-pesquisa-sobre-drogas-que-o-governo-esconde/> Acesso em: 04/07/2019.

15 Disponível em: [3] <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,pesquisa-indica-3-5-milhoes-de-usuarios-de-drogas-ilicitas-governo-rejeita-dados,70002781461>. Acesso em: 04/07/2019

Ademais, o estudo apontou que menos de 10% da população fez uso de qualquer droga ilícita ao menos uma vez na vida, 3,2% no último ano e somente 1,7 nos últimos 30 dias.

Continuando a trilha proibicionista deste governo, temos duas recentes promulgações complementares, focalizando a questão das drogas como estratégia biopolítica de governo da vida e dos corpos: a nova Política de Drogas - PNAD e a Lei no. 13.840 de 5 de junho de 2019 que muitos apelidaram como a lei que “acaba com a Redução de Danos” no Brasil, que versa sobre alterações no Sistema Nacional sobre Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD. Esta é promulgada justamente no momento em que se comemora os 100 primeiros dias da gestão Bolsonaro – e isso é relevante, na medida em que o combate às drogas é a grande bandeira do governo. Foi publicado o decreto nº. 9761 de 2019 implementando a reformulação da Política Nacional sobre Drogas - PNAD¹⁶. A PNAD anterior, aprovada ainda no governo Fernando Henrique Cardoso – FHC em 2002, havia incluído a Redução de Danos enquanto estratégia de cuidado na atenção às pessoas que fazem uso de drogas:

Art. 1º Fica instituída, na forma do Anexo a este Decreto, a Política Nacional Antidrogas, que estabelece objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas (PNAD, 2002).

Evidentemente, o foco é a redução da demanda – que incluem ações de prevenção e tratamento, com aumento no investimento de comunidades terapêuticas – e da oferta em relação ao consumo de drogas, que tem relação com a coerção ao tráfico de drogas.

Para fundamentar tais medidas, foi utilizada a pesquisa anterior da FIOCRUZ, de 2012, cuja abrangência, além de menor em relação à pesquisa que tentaram censurar de 2014, não traz informações contundentes que explicitam a importância dessa política ser prioritária.

Na resolução, afirma-se que:

o uso de crack, na vida, foi apontado por 1,3% dos adultos e 0,8% dos adolescentes. O uso nos últimos 12 meses foi verificado em 0,7% da população adulta e 0,1% dos adolescentes. É necessário compreender a limitação de tal pesquisa, por ser uma amostra domiciliar, que não considera a população em situação de rua, sendo que tal grupo possui suas especificidades, com uma tendência de maior de consumo de tais substâncias [grifos nossos].

Vejamos. Com a realização de um cálculo simples, podemos perceber que, ainda que fossem entrevistadas todas as pessoas em situação de rua para compor os dados da pesquisa, e,

16 Este decreto completo está disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9761.htm. Acesso em 06.09.2019

supondo, ainda, que todas elas usassem crack, o número ainda se manteria baixo e pouco expressivo: de acordo com o estudo realizado pelo IPEA (2020), há estimativa que existam cerca de 221.569¹⁷ pessoas vivendo em situação de rua, no Brasil, no ano de 2020. Este número não representa nem 0,1% da população brasileira.

Em São Paulo, de acordo com o resultado do Censo da População em Situação de Rua, realizado em 2019, realizado pela empresa “Qualitest Ciência e Tecnologia”, cerca de 25 mil pessoas estão em situação de rua: destas, quase 12 mil estão em centros de acolhida e 13 mil em logradouros públicos ou na rua. Estes dados, embora contestados por profissionais que participaram da pesquisa, por não terem sido abordadas pessoas que vivem em moradias transitórias – como pensões –, tendem a ser agravados, como efeito da pandemia do COVID-19.

[Um último e breve adendo tragicômico a respeito das mudanças na PNAD e SISNAD: foi instituída a Semana Nacional de Políticas sobre Drogas, comemorada anualmente, na quarta semana de junho. E foi exatamente nesta data, especificamente no dia 25 de julho, que foram apreendidas pela Polícia Civil Espanhola uma mala com 39 kg de cocaína junto a tripulação presidencial brasileira a caminho da cúpula do G20 no Japão]¹⁸.

Em 2019, decreta-se o fim da representatividade da sociedade civil por meio de peritos no assunto das drogas no Conselho Nacional sobre Drogas – CONAD¹⁹. Retirar pessoas de um espaço de controle social que contribuem com uma discussão qualificada e amparada em produções acadêmicas é estratégico na medida em que tais medidas não se sustentam ao produzirmos informações baseadas em evidências.

O CONAD foi criado em 2006 na gestão de Luiz Inácio Lula da Silva e tinha em sua composição 31 vagas: 17 reservadas para ministros ou indicações ministeriais, além de um integrante de conselho estadual sobre drogas. Os outros 13 faziam parte desses representantes especialistas da sociedade civil que foram completamente excluídos. Na nova composição do CONAD serão 14 integrantes: 12 ministros e 2 integrantes do conselho estadual sobre drogas.

17 De acordo com o IPEA (2020) “estima-se que houve um crescimento de 140% em relação a 2012. Entretanto, estas são apenas estimativas, pois o Brasil não possui uma contagem oficial a nível nacional. Esta ausência de dados traz desafios tanto para que políticas públicas federais com este enfoque sejam formuladas e implementadas, como também que seja possível traçar comparações entre as diferentes realidades do território brasileiro” – Informações do site: <https://www.justificando.com/2020/12/03/onde-estao-as-24-mil-vagas-em-centros-de-acolhida/> Acesso em 04/02/2020.

18 Para acessar a reportagem na íntegra: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/07/02/politica/1562091519_351309.html Acesso em 08/09/2019.

19 Para acessar o decreto: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/07/2019&jornal=515&pagina=2&totalArquivos=155>. Disponível em 28/07/2019.

Para fechar essa política de morte, é compreendermos os interesses econômicos e políticos que se enunciam reestruturação da política de drogas e que precisamos estar atentos enquanto trabalhadores da saúde: o novo foco, mais do que extinguir a política de redução de danos, é esfacelar toda a Rede de Atenção Psicossocial a partir de desfinanciamento aos equipamentos da RAPS e transferência de recursos para as comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos. Para ilustrar essa discussão, em 09 de fevereiro de 2021 foi publicado no Diário Oficial da União²⁰, referente ao edital de credenciamento público nº. 17/2019, a habilitação de 472 Comunidades Terapêuticas que serão pagas com recursos do Sistema Único de Saúde. Enquanto isso, a RAPS segue ameaçada, diante da notícia, de dezembro de 2020, que o governo Federal de Jair Bolsonaro quer revogar cerca de 100 portarias relacionadas à gestão dos serviços e programas do campo da saúde mental, editadas entre 1991 e 2014

Para fundamentar esse desmonte é preciso capturar a dimensão do uso de drogas como uma doença psiquiátrica, de alta periculosidade e atribuir, ao cérebro – e seus mecanismos de recompensa em relação ao uso de substância –, o foco das intervenções. Estamos reproduzindo as velhas lógicas de segregação e contenção dos corpos que, nesse momento, se intensifica com as contenções químicas, pelo excesso de medicações. Esse continua sendo o caminho destinado às pessoas que fazem uso de drogas. A Reforma Psiquiátrica brasileira incorporou tardiamente esse público dentro de seu escopo e precisamos entender os porquês para redesenharmos novos caminhos, assim que essa tempestade cessar.

2.1 A entrada tardia e estratégica das drogas na saúde mental

Vamos partir do *quente*²¹.

Ao longo da escrita desta tese, nos deparamos com uma questão de como tratar dos eventos críticos e tensionamento narrados nos grupos GAM, sobretudo em relação à perspectiva do cuidado no CAPS-AD, como dimensões enunciativas e não denunciativas. Em tempos de ataques contínuos à nossa Política Nacional de Saúde Mental, todo cuidado é necessário para que a construção argumentativa desta tese aponte para ampliações de estratégias de cuidado que permitam performances singulares de autonomia, validando os esforços contínuos de gestores, trabalhadores, usuários, familiares e pesquisadores na construção de alternativas aos

20 Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/aviso-n-1/2021-seds/senapred-edital-de-credenciamento-publico-n-17/2019-303001947>. Acesso em 27/02/2021

21 Nome dado pelos socioanalistas franceses, da década de 1960, a um determinado efeito de temperatura de momentos sociais com bastante efervescência política e cujo papel de analista institucional, contratado para realizações de intervenções a pedido, era quase nulo. (HELIANA DE BARROS CONDE RODRIGUES, 2006)

manicômios físicos, comunidades terapêuticas tipificadas como manicômios, os CAPS encapsulados (CHRISTINE WETZEL, 2011) e aos manicômios mentais (PETER PAL PELBERT, 1990).

No dia 04 de dezembro de 2020, foi noticiada a proposta do governo Federal de Jair Bolsonaro de revogar cerca de 100 portarias relacionadas à gestão dos serviços e programas do campo da saúde mental, editadas entre 1991 e 2014. Dentre os programas, destacam-se o Consultório na Rua (CnR), o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e mudanças no programa De volta para a casa. A proposta do chamado Revogação, parte de um documento intitulado Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil²², assinado por instituições majoritariamente médicas. Dentre elas, e com mais força, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). O intuito, em linhas gerais, é reformular a rede de assistência “psiquiátrica”, como menciona o próprio documento.

Chama a atenção, em relação aos serviços mencionados acima, o entendimento de que estes estejam vinculados à área da assistência social e não da saúde, com a justificativa, sobretudo no que tange ao SRT, de que este é destinado somente [grifos meus] às pessoas que se encontraram internadas em instituições psiquiátricas, deixando de fora pessoas em situação de rua que necessitam de moradia, além de demais usuários em situações de crise que precisem desse tipo de assistência²³. As SRT, entretanto, são equipamentos específicos para acolher pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, de acordo com as diretrizes descritas na Portaria nº- 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000. Trata-se de uma medida de reparação às pessoas que foram institucionalizadas e garantia de um lar, em liberdade, com tratamento adequado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)²⁴.

No que tange à questão do uso de drogas, nada diferente do que se tem acompanhado nos últimos três anos, tendo em vista a série de retrocessos nas políticas e saúde e da assistência, conforme discutimos no primeiro capítulo. O principal argumento utilizado é o de minimizar os efeitos dos problemas socioeconômicos nos agravos em relação ao uso de drogas e colocá-lo como uma desordem psiquiátrica. Retoma-se a resolução nº 1 de 2018, sobre a nova Política Nacional sobre Drogas, a partir da necessidade de práticas efetivas e amparadas pela

22 Documento disponível em: https://e0f08232-817d-4a27-b142-af438c0f6699.usrfiles.com/ugd/e0f082_988dca51176541ebaa8255349068a576.pdf

Acesso em 15/12/2020.

23 Cabe apontar que, no documento, há utilização de termos pejorativos, estigmatizadores e patologizantes, como “moradores de rua” e “doentes mentais” (ABP, 2020, p.14) que foram substituídos na escrita.

24 Para mais informações, acessar a portaria que institui os SRT, disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html Acesso em 21/02/2021

comunidade científica na estruturação de projetos e políticas. Leia-se, nas entrelinhas, o que se quer dizer com essa afirmação: estudos sobre redução de danos não são científicos, nem eficazes, porque não têm por objetivo comprovar a eficácia da abstinência das pessoas que fazem uso de drogas. Ressaltam: “é necessário firmar uma premissa que não tem sido suficientemente ressaltada: a DQ (dependência química) é uma doença que é crônica e grave e não somente um problema social ou psicológico” (ABP, 2020, p. 20) e que “não se pode oferecer à população exclusivamente uma política de redução de consumo, chamada de redução de danos, como se isso fosse o melhor para os pacientes” (*Ibidem*).

A questão das drogas é também uma disputa narrativa no campo científico. Como nos lembra Bruno Latour (2000), a ciência está inscrita na cultura e, como tal, é também uma produção social que se tece em uma rede de agenciamentos: quem financia, por que financia, quem será o leitor e quais os efeitos do que se produz para quem lê, os efeitos para quem financia, a materialidade que se produz, os autores citados e que sustentam as inscrições e a rede que se forma para tornar as enunciações em fatos científicos. Retificá-los como verdade, em uma tentativa de minimizar as controvérsias, tem como efeito, entre outros aspectos, o de ganhar força política para angariar investimentos públicos, por exemplo. E sabemos que há muitos interlocutores interessados em tornar a questão das drogas estabilizada como um problema psiquiátrico.

O documento, nessa tentativa, traz um estudo comparativo²⁵ para afirmar a efetividade do tratamento médico e medicamentoso na interrupção do uso de substâncias psicoativas, chamando-a de dependência química (DQ) (A. THOMAS MC LELLAN et al., 2000). Ao nomearem desse modo, apequenam o caráter socioeconômico da questão das drogas e enunciam a DQ como uma doença crônica que precisa de todos os cuidados médicos, assim como a hipertensão e diabetes²⁶. Depois, realizaram uma análise comparando 100 ensaios clínicos sobre tratamentos médicos para diferentes doenças crônicas, incluindo a dependência química, e tiveram, como resultado: diminuição do uso de substâncias, melhora na qualidade física e mental, **embora sem necessidade de curar a doença** [grifos nossos] (ABP, 2020, p.20).

25 Apesar de frisarem que os argumentos por analogia possam ser limitados: “We are aware that arguments by analogy are limited, and even marked similarities to other illnesses are not proof that drug dependence is a chronic illness” (A. THOMAS MC LELLAN et al., 2000, p. 04).

26 Mesmo as doenças crônicas precisam ser discutidas de maneira ampliada: existem muitos estudos no campo da saúde coletiva que discutem os determinantes e condicionantes sociais nos processos de saúde e doença. Para mais, ver: Paulo Marchiori Buss e Alberto Pellegrini filho (2007).

Na avaliação dos principais Programas de Redução de Danos no Brasil, a Open Society (2017)²⁷ chegou a conclusões objetivas muito parecidas, embora o intuito, aqui, não seja o de fazer comparações sem o devido rigor científico. Os beneficiários desses programas também relataram diminuição do uso, maior qualidade de vida e mais: a ampliação de direitos sociais, acesso a programas de moradia e renda, bem como estratégias de fortalecimento de vínculos sociais e familiares como pilares estratégicos. Aspectos não considerados na meta análise do estudo de A. Thomas MC Lellan et al. (2020) apesar de citarem que pobreza, falta de apoio familiar e comorbidades psiquiátricas foram os principais aspectos relacionados ao abandono de tratamento e de recaídas em todas as doenças crônicas analisadas.

Se pobreza, por exemplo, não pode ser considerada fundamental para pensarmos o cuidado em relação ao uso de drogas – afinal, é importante, para o estudo, afirmar a primazia do tratamento médico e medicamentoso²⁸ para a dependência química – por que ela aparece como um dos principais aspectos de seu fracasso? Temos aqui uma correlação importante, embora ignorada pelo estudo, a não ser pela afirmação da necessidade de apoio da rede social, depois de iniciado o tratamento.

Em nenhuma parte do texto, como era de se esperar, discutem a excessiva medicalização da população e possíveis estratégias de uso racional de medicamentos. O eixo em que citam medicamento, diz da necessidade de ampliação do acesso para sua distribuição, sobretudo em relação aos de alto custo. Seria o mesmo que problematizar a dimensão constitutiva de sua própria prática.

Diante de tal estratégia de desmonte, evidencia-se o desconhecimento estratégico em relação às políticas públicas, sobretudo em cada uma de suas atribuições e competências. Desconhecer, nesse caso, significa omitir as muitas produções técnico-científicas do campo da saúde mental, como estratégia de agenciamento científico, político e financeiro, atrelada às práticas de governança antidemocrática do governo neoliberal brasileiro, com propostas de corte nos investimentos públicos.

27 Documentos disponível em: <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/crack-reduzir-danos/pt>. Acesso em 19/12/2020

28 Esse é o argumento utilizado para colocar a questão do uso de Drogas como uma doença crônica. De acordo com os autores: “the effects of drug dependence on social systems has helped shape the generally held view that drug dependence is primarily a social problem, not a health problem. In turn, medical approaches to prevention and treatment are lacking. We examined evidence that drug (including alcohol) dependence is a chronic medical illness” (A. THOMAS MC LELLAN et al., 2000, p. 02).

Por fim, o caráter moralista e as práticas higienistas inscritas nesse documento – que enaltecem o retorno dos hospitais psiquiátricos e recomendam a eletroconvulsoterapia (ECT)²⁹ – se fortalecem frente à população por meio dos discursos da segurança pública. Trata-se da gestão securitária como estratégia de governo (MICHEL FOUCAULT, 2008).

Sandra Caponi (2009), ao discutir a persistência do poder psiquiátrico nos dias atuais, a partir das obras de Michel Foucault (2011, 2014), nos lembra dois aspectos fundamentais para compreender o momento atual: A psiquiatria, diferente das outras modalidades da medicina, não se caracteriza pela possibilidade de estabelecer diagnósticos diferenciais a partir de lesões no corpo ou por meio de quadros nosológicos construídos a partir de sintomas e patologias que se produzem e também se verificam no corpo. Para construção de diagnósticos, portanto, a psiquiatria se valeu, no início de sua constituição, do que a autora chamou de alongamento do corpo, ou seja: torna-se necessário atribuir uma gama de características relacionais ao corpo anatomopatológico, a partir da ausência dele, enquanto substrato orgânico para as doenças.

De acordo com Sandra Caponi (2009) “será necessário poder tornar explícito aquilo que se esconde, aquilo que se oculta não no interior do corpo, nos tecidos ou órgãos, mas no interior das condutas, dos hábitos, das ações” (p.99), por meio de técnicas disciplinares de interrogatório, uso de drogas e a hipnose: “três elementos com os quais, seja no espaço asilar, seja no espaço extra asilar, o poder psiquiátrico funciona até hoje” (*Ibidem*, p.100). É a partir do estatuto da anormalidade, produzido e também verificado no próprio ato do interrogatório, que se reconhece o doente como louco, ao passo em que se afirma o próprio saber psiquiátrico.

[Pinel em uma entrevista estudada por Foucault]: A terapêutica da loucura é a arte de subjugar e de dominar, por assim dizer, ao alienado, pondo-o em estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, está apto para exercer sobre ele um domínio irresistível e é capaz de trocar a cadeia viciosa de suas ideias (SANDRA CAPONI, 2009, p. 100).

Essa técnica, nos alerta a autora, não pode ser compreendida a não ser pela lógica das estratégias de poder: e é no interior desses mecanismos, reatualizados até hoje, que a psiquiatria encontra sua razão de ser. Nesse sentido, as razões pelas quais a lógica manicomial perdura até hoje, articulam duas questões sociais de uma única vez: produz o ideal de harmonia da ordem

29 Na parte da conclusão do documento, sem ao menos ter sido citado anteriormente, “recomenda-se a inclusão da eletroconvulsoterapia (ECT) nas listas de procedimentos do SUS considerando sua sólida base científica, eficácia e efetividade” (ABP, 2020, p.29).

social – e, nesse sentido, criam-se instituições totais para afastar os chamados indesejáveis³⁰ da sociedade - e constrói-se o imaginário de cura, a partir de uma suposta eficiência terapêutica do isolamento. É nesse segundo aspecto que a administração das drogas prescritas se incorpora como parte, não só fundamental, como intrínseca à condução terapêutica. Ordem, cura e moralidade: três aspectos igualmente fundamentais para nossa análise ao cruzarmos a discussão da patologização do uso de drogas.

A crítica a esse modelo de psiquiatria e o debate acerca da desinstitucionalização da loucura, tem maior repercussão na década de 1950, sobretudo na Europa, a partir de diferentes campos sociais: desde os movimentos de contracultura que questionaram os enquadramentos patológicos aos diferentes modos de vida que se produziram nesse tempo histórico (WILLIAM DE OLIVEIRA, 2011) e, aqui, é importante ressaltar a expansão das drogas psicodélicas e o fortalecimento do proibicionismo do uso de drogas (SANDRO RODRIGUES, 2014); críticas às instituições totais no campo científico, sobretudo a partir das obras de Robert Castel (1978) e Erving Goffmann (2005), além de estudos de trabalhadores do campo da saúde mental, baseados na experiência em hospitais psiquiátricos. O destaque é para psiquiatra Franco Basaglia, psiquiatra italiano, que fala do lugar da medicina, para criticá-la, sem usar disso como elemento de autoridade para legitimar seus argumentos (ANA MARTA LOBOSQUE, 2020)³¹.

Foi nesse período, especificamente na década de 1960, que apareceram formulações acerca do que se chamou de antipsiquiatria, psiquiatria alternativa ou psiquiatria democrática. Eclodiram discussões e propostas de desinstitucionalização da loucura na Inglaterra, Estados Unidos, na França, com destaque para os italianos ao proporem transformações não só nas práticas cotidianas de trabalho, como na aprovação de uma nova legislação que assegurasse outro modelo de assistência (CLAUDIA DE OLIVEIRA, 2019). A efervescência política da época de grandes movimentos de contestação política, culturais e sociais não se restringiu a seus territórios, repercutindo no Brasil. Cabe destacar que, nessa época, a Itália, bem como toda Europa, se agita com as lutas de 1968.

A reforma psiquiátrica brasileira se constitui a seu modo, a partir do tempo histórico-político e cultural próprio imbricada no movimento da reforma sanitária pela garantia do direito à saúde. Isso significa dizer que, embora estejamos criando nossos próprios dispositivos,

30 A esse respeito, indicamos da leitura do livro de Daniela Arbex (2013), intitulado *Holocausto Brasileiro*, fruto de seu trabalho jornalístico investigativo muito bem feito, sobre o cotidiano do manicômio da cidade de Barbacena, MG.

31 Na análise da autora, a força de seus argumentos está na contramão dos aspectos diagnósticos ou conceituais: parte-se da premissa, testada e provadas em sua experiência, que os doentes, antes de mais nada, são pessoas que tem necessidades que qualquer pessoa tem, além de criticar a noção de cura (ANA MARTA LOBOSQUE, 2020)

construindo estratégias próprias de pensar o cuidado, reestruturando a rede sem traços de imitações, colonialismo e colagem, há efeitos da experiência italiana no nosso modo de pensar a desinstitucionalização, sobretudo por terem mostrado ao mundo a viabilidade real do cuidado em liberdade às pessoas em sofrimento mental grave por meio de uma rede de serviços e um conjunto de ações que prescindiram do hospital psiquiátrico em algumas cidades da Itália (ANA MARTA LOBOSQUE, 2020). Ademais, a experiência de fechamento da Casa de Saúde Anchieta, em Santos, na década de 1990, culminou na criação de uma rede de serviços, os NAPS, aos moldes do que se produziu em Trieste, na Itália, a partir da experiência de Basaglia (MARIA FERNANDA NICÁCIO, 1989), embora a autora faça questão de frisar que não se pode naturalizar ou tomar a experiência de Trieste como universal, nem relação a própria experiência italiana.

Izabel Cristina Friche Passos (2009) em sua pesquisa de doutoramento, analisou tanto a reforma psiquiátrica francesa, quanto a italiana, para discutir a influência destas na experiência brasileira. Em relação à primeira, a autora ressalta a reverberação da dimensão teórico-clínica, a partir das práticas experimentadas em La Borde, criada por Jean Oury em 1953, com destaque à importância da psicoterapia institucional para a experiência brasileira. Em relação à reforma italiana, a autora enfatiza a orientação político-social para o desmantelamento do manicômio, a partir de sua revisão jurídico-normativa. Tal aspecto inspirou o projeto de lei de Paulo Delgado, aprovado em 1989 na Câmara Federal brasileira, mas sancionado somente em 2001 com muitas mudanças e alterações³² em relação a esse aspecto fundante da experiência italiana: eliminar o hospital psiquiátrico para destituir a própria psiquiatria (ERNESTO VENTURINI, 2016). Afinal, nas palavras de Rotelli (2019) “a instituição que colocamos [a experiência italiana] em questão nos últimos vinte anos não foi o manicômio, mas a loucura” (p.89).

Esse é um ponto fundamental em relação à análise de Izabel Cristina Friche Passos (2009) sobre os serviços substitutivos, aos moldes do que criamos no Brasil, inspirados pela experiência italiana: até que ponto a estrutura substitutiva rompe com a patologização dos problemas sociais, tendo como termômetro o imenso aumento do consumo de psicofármacos. Na mesma direção, Franco Rotelli (2019) questiona os teóricos que dividem o momento da reforma em dois momentos: o manicomial do atual, “não só por aquilo que obviamente é diferente (surplus de violência, papel da periculosidade social, totalização de pessoas), mas

32 E que sofreu novo ataque em 2017, com a reinserção dos Hospital Psiquiátricos na RAPS, conforme já mencionamos no capítulo primeiro.

também por aquilo que para nós não mudou: a própria essência da questão psiquiátrica” (FRANCO ROTELLI, 2019, p 89).

Nesse sentido, o caráter transformador da Reforma Psiquiátrica brasileira implica em ampliar a discussão sobre o campo problemático e tensionado do qual estamos falando. Nesse sentido, Ernesto Venturini (2016) nos alerta para a necessidade de desinstitucionalizar a desinstitucionalização, no sentido de que este processo não se finda pelo ato de fechar os manicômios, de modo que implementar serviços substitutivos é fundamental, mas não garante práticas de cuidado que visam à autonomia, como é o caso do estudo de Lima (2011) que aponta dificuldades na articulação da RAPS para construção de práticas contra hegemônicas em saúde que se contraponham à racionalidade médica biologizante e medicalizadora.

No caso do cuidado às pessoas que fazem uso de drogas, pode-se dizer que esta temática foi tardia no campo da Reforma Psiquiátrica brasileira, conforme demonstra a pesquisa de Rosimeire Aparecida Silva (2015), ao sinalizar que as internações de pessoas consumidoras de drogas em hospitais psiquiátricos sempre existiram no Brasil. Não se trata de um fenômeno recente, embora a entrada das drogas como uma das frentes da reforma psiquiátrica o seja.

Maurício Fiore (2007) relembra que as medidas de tratamento para pessoas que usam drogas surgiram dentro do sistema penal brasileiro, inspirado pela política antidrogas estadunidense, a partir da lógica da contenção. A entrada da medicina, alinhada ao direito penal, se justificou à medida em que o uso de drogas passou a ser tratado em instituições totais para a garantia da ordem social e não como estratégia de cuidado. A primeira medida de tratamento médico foi instituída em 1921, a partir do decreto no. 14.696, com a criação de um sanatório para toxicômanos, com direito à internação compulsória para a “embriaguez por hábito que acarretasse atos nocivos para si mesmo ou para outrem ou a ordem pública” (MAURICIO FIORE, 2007, p. 29). Tais medidas estreitaram, ainda mais, a relação entre segurança pública e saber médico na consolidação de dispositivos securitários, sobretudo em relação à população marginalizada da época: pessoas negras que viveram a história nefasta da escravidão.

É na virada do século, portanto, com o poder médico institucionalizado e a regulamentação estatal das drogas, que se criou a noção de que algumas substâncias propiciavam loucura, comportamentos anormais e se tornavam, enfim, vícios que impediam um desenvolvimento de uma vida social saudável e regrada” (MAURÍCIO FIORE, 2005, P. 262-263).

Luísa Saad (2018) acrescenta, nessa mesma direção, duas discussões fundamentais: o poder médico, nesta época, ao estarem fortalecidos em sua prática prescritiva de drogas, passaram a perseguir herbolários, erveiros e curandeiros que exerciam atividades terapêuticas

para legitimarem a prática médica no tratamento de doenças. Ademais, ao se consolidarem no campo da medicina, sobretudo em relação à medicina legal, buscaram legitimar estudos sobre a superioridade branca para a manutenção da hierarquia social. Aos negros, eram atribuídas características “geneticamente responsáveis pela personalidade infantil, animalesca, agressiva e mesmo transloucada” (LUISA SAAD, 2018, p. 21) e, assim, passaram a perseguir as práticas e os costumes negros, ainda presentes em uma sociedade que acabou de sair da escravidão, como os cultos religiosos, a capoeira e o uso de maconha, chamado de pito de pango.

Em 1932 efetivou-se a proibição do uso de maconha e é pelo lugar da medicina, na interseção com o proibicionismo e o racismo, que a associação entre maconha e loucura se produziu, gerando, entre outras sanções: a prisão e a internação em hospitais psiquiátricos da época (*ibidem*).

Clayton Ezequiel dos Santos (2017) relata que é na década de 1970³³ que a psiquiatria ganhou força, a partir da determinação da justiça ao instituir o hospital psiquiátrico como a principal forma de tratamento para as pessoas que usam drogas. A entrada dos serviços da rede pública hospitalar e extra-hospitalar nessa modalidade de tratamento se inicia em 1976, ainda em tempos de pré-SUS, momento em que o Ministério da Previdência e Assistência social era a responsável pelo atendimento em saúde, a partir do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Ainda na década de 1980, o Ministério da Saúde começou a visualizar a importância de programas para minimizar os problemas relacionados ao uso de álcool, expresso no aumento nos números de consultas com psiquiatras e consequentes internações de pessoas beneficiárias previdenciárias, que eram as que tinham direito de acessar serviços de saúde públicos (ANA REGINA MACHADO, 2006). É também nessa época, importante destacar, que experiências no campo da redução de danos, no Brasil e no mundo³⁴, começam a aparecer na tentativa de diminuir a contaminação pelo vírus HIV/AIDS entre pessoas que utilizavam drogas injetáveis.

No Brasil, as primeiras ações institucionalizadas³⁵ de redução de danos se deram na cidade de Santos, em 1989. Por se tratar de uma cidade de zona portuária e de intenso trânsito

33 Lei no. 5726 de 1971. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/15726.htm
Acesso em 02/01/2021

34 Uma das primeiras iniciativas que ganha expressão no âmbito da saúde pública de redução de danos é registrada em Amsterdam, na Holanda, em 1984, a partir de ações junto aos usuários de drogas injetáveis para contenção da epidemia de Hepatite B, num primeiro momento, e do HIV/AIDS, posteriormente, após se detectar a transmissão do vírus via corrente sanguínea. (RIBEIRO, 2013).

35 As pessoas sempre criaram estratégias de cuidado de si e do outro em relação ao uso de drogas, ao longo da história. Por isso, seria injusto e impreciso dizer que a primeira ação de redução de danos se deu em Santos, somente na década de 1980.

de drogas, apresentou grandes taxas de prevalência de HIV/AIDS no período³⁶, alertando ao poder público para este problema. A estratégia utilizada pelo então prefeito da cidade, David Capistrano, foi investir em ações de redução de danos a partir de trocas de seringas e orientações às pessoas consumidoras de drogas injetáveis. A repercussão dessas medidas provocou polêmicas e muitos tensionamentos, sob a alegação de que tais ações promoviam/facilitavam o uso de drogas, além de suscitar o debate sobre utilização indevida de recurso público. Tais ações acabaram se configurando como apologia ao uso de drogas pelo poder judiciário de Santos e tipificada penalmente a partir da lei 6.368 de 1976 (BRASIL, 1976; LETÍCIA VIER MACHADO e MARIA LUCIA BOARINI, 2013).

Foram necessários seis anos de embates e discussões intensas sobre essas estratégias de saúde, para que se pudesse implementar um programa efetivo de troca de seringas e acolhimento aos usuários, a partir de ações na cidade de Salvador, por meio do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), sob a coordenação de Antônio Nery Filho, em 1995. (MAURIDES DE MELO RIBEIRO, 2013; LETÍCIA VIER MACHADO e MARIA LUCIA BOARINI, 2013; EDUARDO PASSOS, TADEU DE PAULA SOUZA, 2011; ANTONIO LANCETTI, 2015). É também nesse período que o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN) aprova a redução de danos, a partir do Projeto Drogas, com apoio político e financeiro da Organização das Nações Unidas (ONU), como estratégia de governo a partir de duas premissas: a) como uma resposta imediata de ações de saúde à epidemia do HIV/AIDS e b) por meio da Constituição Federal de 1988 afirmando que é dever do Estado garantir ações que visem redução do risco de doença e outros agravos. Tal projeto possibilitou a capilarização de Programas de Redução de Danos (PRDs) em esferas municipais e estaduais em todo o Brasil, criando um jogo de articulações e tensões no interior da própria máquina estatal (EDUARDO PASSOS, TADEU DE PAULA SOUZA, 2011, p. 158).

Aqui temos dois acontecimentos que ajudam a compreender como a Redução de Danos tornou-se uma estratégia, deixando de ser apenas um conjunto de ações preventivas em saúde, embora compondo-a, e passassem a se tornar um dispositivo de visibilidade dos usuários de drogas sobre suas próprias demandas de cuidado, com base na perspectiva da autonomia. São elas: a) a criação da Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), em 1996, que mobilizou os redutores de danos e usuários de drogas a se organizarem politicamente para que pudessem gerir mais autonomamente as políticas de RD. Tal coletivo realizava intervenções

36 De acordo com Mesquita (1991) dados epidemiológicos mostraram que 51% dos casos de contaminação de HIV/AIDS em Santos estavam relacionados ao uso de drogas injetáveis, a partir de compartilhamento de seringas.

por meio de financiamento estatal, ao mesmo tempo em que se conjurava a política antidrogas repressiva e hegemônica do Estado (PASSOS e SOUZA, 2011) e b) a publicação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral à Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003), alinhada com os princípios de autonomia e liberdade da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001), quando a Redução de Danos deixa de ser exclusiva do Programa de DST/AIDS e passa a se tornar eixo norteador das Políticas de Saúde, embora não sem tensionamentos.

A convergência, portanto, da redução de danos enquanto dispositivo dentro da política da saúde, especificamente em saúde mental, se deu somente nos anos 2000, apesar da questão das drogas sempre terem adentrado os espaços manicomial. Essa é uma tensão analisada pelos estudos de Rosimeire Aparecida Silva (2015) em relação à passagem da redução de danos do programa da DST/AIDS para a Saúde Mental, dentro do Ministério da Saúde, a partir da centralidade no combate à chamada epidemia do crack e a toxicodependência como algo a ser tratado.

De acordo com a autora, em relação a esse deslocamento da redução de danos nas ações de controle do HIV/AIDS para a saúde mental, o que se destacou, no cuidado às pessoas que fazem uso de drogas, foi “o risco do contágio e o desenvolvimento posterior de um quadro de morbidade específico, no caso as hepatites B e C e a AIDS. Assim, ficavam encobertos, em alguma medida, o laço dos sujeitos com as drogas” (ROSIMEIRE APARECIDA SILVA, 2015, p. 121). Isso significa sinalizar o enorme desafio e preocupação, ainda atuais, inclusive, de não reduzir a estratégia da redução de danos a um mero conjunto de práticas e instrumentalização, esvaziando a potência política e a necessária luta pelos direitos associadas a ela (*ibidem*). Apesar desse desafio que se mantém atual, Taniele Rui (2014) sinaliza a importância desse deslocamento para a saúde mental que culminou, inclusive, na implementação dos CAPS-AD:

Os ideais da redução de danos foram deixando de estar restritos às políticas mais pragmáticas de combate a doenças específicas (como no caso da AIDS) e, saindo daí, passaram a ganhar e pleitear no debate público o estatuto e a fala oficial da política sanitária sobre drogas, bem como a compor, inclusive em termos institucionais, um conjunto de ações que, no atual momento, estão a cargo das pastas de saúde mental (TANIELE RUI, 2014, p. 88).

Regina Benevides e Eduardo Passos (2010) afinam essa análise ao discutirem a experiência do grupo de trabalho formado no Ministério da Saúde, de composição multissetorial, para pensar estratégia de implementação da Política de Atenção Integral de Álcool e Outras Drogas (2003). O nome da política já indica a necessidade de pensar a integralidade do cuidado com amplitude para abarcar a complexidade trazida pela questão das

drogas na contemporaneidade, em um momento histórico mundial ainda bastante conservador. Saímos de uma Política Nacional Antidrogas (1998), para a constituição de Política Nacional sobre Drogas (2005), ambas vinculadas ao Gabinete de Segurança Pública Institucional da Presidência da República, para tentar destituir a questão das drogas como algo fundamentalmente vinculado à pasta da segurança pública para a tornar um problema de saúde pública. “O contraste, portanto, se faz entre estas duas posições: algumas pregam um mundo sem drogas, tratamento farmacológico, internação, nenhuma discussão no campo da saúde pública, a não ser para reafirmar a tese da abstinência” (REGINA BENEVIDES; EDUARDO PASSOS, 2010, p. 68) em um mundo onde as políticas públicas e de governo são majoritariamente proibicionistas. Outros, e, no contexto brasileiro, amparado pelos princípios da reforma psiquiátrica, pensam em intervenções a partir de ações territoriais que articulam rede sociais, políticas intersetoriais e direitos humanos. Operar sob a perspectiva da redução de danos já desloca o debate das drogas para outro campo pois coloca em debate o tema pelo viés da ética da vida (REGINA BENEVIDES; EDUARDO PASSOS, 2010) e esse é um aspecto central.

A entrada das drogas, no campo da saúde pública, embora tardia, foi estratégica. Entretanto, encontra, nesse movimento, um desafio que parece novo, mas faz parte da própria constituição da droga enquanto um problema social, a partir de sua criminalização e medicalização (MAURICIO FIORE, 2007).

Ao analisarmos as Conferências Nacionais de Saúde, identificamos críticas em relação à criminalização do uso de drogas, na II CNSM (BRASIL, 1994), mas só há menção à importância de pensar estratégias de cuidado específicas para esse público na III CNSM (BRASIL, 2002a), ao trazerem dados de internações psiquiátricas em decorrência do uso de álcool.

Nesse sentido, chama a atenção o fato do Ministério da Saúde incluir o cuidado a essas pessoas neste mesmo ano³⁷, após terem percebido que é no Sistema Único de Saúde (SUS) que grande parte dos efeitos econômico e social que tem recaído, “seja por seus custos diretos, seja pela impossibilidade de resposta de outras pastas governamentais voltadas para um efeito positivo sobre a redução do consumo de drogas” (BRASIL, 2003, p.07). Ademais, a constatação de que o uso de substância é uma demanda de saúde pública no Brasil tem

37 O Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas” foi criado em 2002 (BRASIL, 2002) e a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas em 2003 (BRASIL, 2003).

ressonâncias em diferentes segmentos sociais a partir da associação entre consumo e problemas sociais intensificados por este. (BRASIL, 2005b):

o enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial: de acordo com a Organização Mundial de Saúde, pelo menos 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem de modo prejudicial substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Salvo variações sem repercussão epidemiológica significativa, esta realidade encontra equivalência em território brasileiro (p. 41).

Rosimeire Aparecida Silva (2015) aponta que a Reforma Psiquiátrica brasileira encontrou a questão das drogas em meio a uma guerra e questiona essa omissão histórica ao trazer diferentes estudos que apontam para a internação de pessoas que faziam uso de drogas, sobretudo do álcool, em hospitais psiquiátricos desde a década de 1990.

Destacam Domingos Sávio Nascimento Alves et al. (1994) que a chamada psicose alcoólica e a síndrome de dependência do álcool foram a 2ª e a 4ª causas de internação psiquiátrica da rede pública de 1992. Em relação aos dados do sistema de AIH o número de internações por transtornos mentais em relação ao uso de álcool foi de 35,6% no mesmo ano.

Estudo mais recente de Vivian Andrade Araújo Coelho *et al.* (2014) analisa o perfil de atendimento em dois hospitais psiquiátricos públicos no período de 2002 a 2011, indicando que os transtornos ligados ao abuso e dependência de substâncias ultrapassaram o número de atendimentos por transtornos psicóticos no ano de 2011. Tal fenômeno pode estar associado, segundo a autora, à dificuldade de acesso ao tratamento especializado para este público na região estudada, a de Belo Horizonte e cidades próximas. De acordo com os autores, nesta mesma época, existiam somente dois CAPS-AD na cidade³⁸.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Maria Selma Nogueira Oliveira *et al.* (2011) acerca do perfil sociodemográfico e fatores clínicos de pacientes que foram internados, voluntariamente ou não, em hospitais psiquiátricos de Fortaleza (CE), conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), de janeiro a dezembro de 2007. Das 393 internações do período, quase 30% tinham por justificativa clínica, o uso de álcool e outras drogas, seguido de sofrimento psíquico, correspondendo a 26,9% dos pacientes³⁹.

Em Barbacena, Minas Gerais, município que ficou conhecido como cidade dos loucos, na segunda metade do século XX, pelos maus tratos, violência e pela morte de mais de 60 mil

38 Em relação ao Estado de Minas Gerais, os autores acrescentam que, no mesmo ano, possuía somente 21 CAPS-AD, em contraste com 130 CAPS e mais 10 CAPS 24 horas destinados a pacientes em sofrimento psíquico ou em crise, no caso dos CAPS III, com exceção das causadas pelo uso de álcool ou outras drogas.

39 Não compreendi com exatidão como os autores construíram o que estão chamando de justificativa clínica, que separa uso de drogas de sofrimento psíquico, como se um não pudesse associar ao outro. De acordo com a metodologia da pesquisa, utilizou-se um formulário semiestruturado sobre os principais sintomas ou justificativa que levou a internação, a partir do entendimento do paciente e não dos prontuários.

peessoas dentro do hospital psiquiátrico de Colônia, contou com número elevado de internações de pessoas que fazem uso de drogas, antes de sua reestruturação a partir da implementação de modelos substitutivos (VANESSA BARRETO FASSHEVER, 2009). Relata a autora que antes de 2001, momento em que houve processo de reestruturação com os princípios da reforma psiquiátrica na cidade, Barbacena ainda mantinha cerca de 1300 leitos disponíveis, em 5 hospitais psiquiátricos: um público e os demais em regime de parceria público-privada. Neste período, aconteciam cerca de 130 internações por mês no município, sendo que 40 destas eram em decorrência do uso de álcool e outras drogas. De acordo com a autora, com a implementação de um hospital-dia específico para AD, com leito de retaguarda e reorganização do cuidado em saúde mental, desde a atenção primária e reordenamento dos casos de urgência, para os Pronto Atendimentos, a internação por uso de álcool e outras drogas caiu 80% (*ibidem*).

Aqui temos uma discussão importante: quando a rede de saúde se articula na produção do cuidado às pessoas que fazem uso de drogas, há sustentação para que se evite internações e o cuidado seja territorializado. Essa também foi a experiência em que vivi enquanto trabalhadora da rede de Saúde Mental de São Bernardo do Campo, embora não sem dificuldades no cotidiano do trabalho. Isso significa dizer que garantir que o cuidado seja em liberdade é uma premissa ética fundamental que temos construído no movimento de reforma psiquiátrica brasileira, polissêmica e não homogênea, faz-se necessário sinalizar. Depende de uma série de articulações legislativas, executivas, judiciárias, bem como de construções micropolíticas cotidianas de cuidado, de organização da sociedade civil e de órgão representativos. Com as recentes revogações de portarias da política de saúde mental e, com essa tentativa de revogação, estamos compreendendo, a duras penas, que a luta pela manutenção dos direitos é constante, implementando-os como política de Estado e, não, somente de governo: aos moldes do que gostaria de sinalizar, rapidamente, ao trazer a política que Portugal vem implementando às pessoas que fazem uso de drogas no capítulo 5.

2.2 Há vidas selecionadas para serem expostas à morte

Eu estava na Paulista de domingo quando vi um monte de gente fumando maconha em plena luz do dia, todos brancos. Com policiais passando e fingindo que não veem. Agora vou eu, negro, aqui da periferia, acender um lá pra você ver. É enquadre na hora.

Ciro, participante da GAM no CAPS-AD

Diante de todo esse investimento em acirrar a política proibicionista, cabe perguntar: qual o interesse em sustentar a existência de uma epidemia para intensificar práticas proibicionistas? A quem interessa a Guerra às Drogas?

Carl Hart (2014; 2015), neurocientista negro, professor na Universidade de Columbia, nos relembra que o combate às drogas, sobretudo com foco no uso do crack nos Estados Unidos da década de 1980, se manteve alimentado por narrativas racistas, com o uso do crack associado aos negros e/ou pobres e patologizantes, pela errática noção de que o crack causa mais “dependência” que outras drogas.

Problemas em relação ao uso de drogas passaram a ser descritos como prevalentes em bairros empobrecidos, tentando fazer crer que se tratava de um problema moral: pobres não tem bons costumes e não seguem princípios e valores adequados a uma sociedade virtuosa. Associou-se o uso de drogas ilícitas, como o crack, à periculosidade, fomentada pela crença de que a extinção do uso de drogas acabaria com a criminalidade, ainda que se mantivesse a pobreza. Tal discurso que circulou em todo o mundo ocidental, redundou no encarceramento em massa da população negra: [nos Estados Unidos, na década de 1980] “85% dos condenados por delitos relacionados ao crack eram negros, embora a maioria dos usuários da droga fossem e são brancos” (CARL HART, 2015, p.02).

No Brasil, de acordo com o IFOPEN (2017a) – o dado oficial mais atualizado que temos até o momento, aspecto esse que merece nossa atenção pela ausência de quase três anos de informações oficiais - a taxa de aprisionamento, entre 2000 e 2016, aumentou em 157% no Brasil. Em 2016, 55% da população carcerária é de jovens de 18 até 29 anos. Da população total encarcerada, 64% é declarada negra. Em relação aos crimes que correspondem ao tráfico de drogas, temos 28% das incidências penais aos homens que já foram condenados ou aguardam julgamento, em 2016. No caso de mulheres, esse número atinge os 62%.

Em reportagem de abril de 2019 do portal do G1⁴⁰ averiguamos dados mais atualizados, produzidos a partir da Lei de Acesso à Informação, a respeito do encarceramento no Brasil, por meio de um Monitor de Violência que funciona desde 2014 em parceria com o Núcleo de Estudos da Violência (NEV) da USP e com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

De acordo com a reportagem – que não traz o recorte de gênero e raça em relação aos números divulgados – em 2016 existiam 689,5 mil presos no sistema penitenciário, e outros 37 mil em delegacias. Em 2019 já há 704.395 pessoas presas para uma capacidade total de 415.960 vagas. Se

40 Reportagem completa disponível em: <https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2019/04/26/superlotacao-aumenta-e-numero-de-presos-provisorios-volta-a-crescer-no-brasil.ghtml> Acesso em 05.07.2019

levarmos em consideração os presos em regime aberto e os que estão em carceragens provisórias da Polícia Civil, o número já ultrapassa os 750 mil. Há aumento de mais de 60 mil presos em 3 anos.

Em relação às informações sobre os homicídios no Brasil, temos a informação de que nos últimos quinze anos o Brasil registrou números de homicídio que ultrapassam oito países sul-americanos juntos a respeito da mesma tipificação criminal. Quase 56% do total de das pessoas assassinadas no Brasil tem até 29 anos, sendo que 71% são negras⁴¹ (NATHÁLIA OLIVEIRA; EDUARDO RIBEIRO, 2018).

Há uma série de tantas outras tantas informações que não conseguimos mensurar na política de extermínio, como “os impactos desastrosos na vida das famílias e pessoas afetadas” (*Ibidem*, p.38), isso sem levar em consideração outros elementos que a articulam com as desassistências sociais cotidianas das pessoas negras - herança de uma sociedade escravocrata – ou a não integralidade do cuidado por meio de racismo institucional nos equipamentos de saúde (JUREMA WERNECK, 2016) e articular, por exemplo, com dados a respeito de maior incidência de violência obstétrica em mulheres negras (SUZANA KALCKMANN *et al.*, 2007) ou com a discussão sobre determinantes sociais em saúde e racismo na produção de adoecimento e morte precoce de mulheres e homens negros (JUREMA WERNECK, 2016).

Com esses dados postos, pensamos ser possível produzir duas discussões importantes que se constituem conjuntamente, mas se diferem no modo com as analisamos: uma primeira é o caminho macropolítico que temos percorrido neste capítulo para evidenciar que a política proibicionista produz efeitos de sequestro⁴² na vida das pessoas, sobretudo as negras e periféricas, a partir dos dados de homicídios e encarceramento em massa.

É factível dizer que as políticas de drogas, nesse cenário, têm sido uma estratégia de poder em que se articulam lógica mercantil – fonte de grandes lucros – e por isso mantê-la na ilegalidade garante maior rentabilidade; política de extermínio e encarceramento por meio de narrativas e práticas racistas. Nathália Oliveira e Eduardo Ribeiro (2018) nos alertam que “não é a guerra às drogas que inventa o racismo no Brasil, no entanto, sua ideologia organiza ações estatais de grande impacto com um amplo consentimento social que permite que as vidas negras sigam

41 Para Nathalia Oliveira e Eduardo Ribeiro (2018) é preciso que, somado a esses dados, pensemos sobre a imprecisão da produção de informação sobretudo em relação às circunstâncias dessas mortes, como a questão do ocultamento de mortes como homicídio e, sobretudo, pela ausência da informação se se trata de morte por ação direta ou indireta da polícia. Sem contar os inúmeros casos em que as mortes são justificadas por meio do chamado “auto de resistência”.

42 Eduardo Zaffaroni (2001) usa o termo instituições de sequestro, a partir das obras de Michel Foucault, para se referir às instituições totais, como a prisão ou os manicômios. O autor também se apropria do termo - e esse é o uso que fazemos aqui -, para chamar de sequestro um exercício de poder que priva, que assume também governo político, que coloniza, tutela, subordina e oprime.

valendo tão pouco” (p.39) e afirmam que tal descompromisso social e político é “resultado de séculos de racismo que produziu a naturalização das diversas situações de violência sofridas sobretudo pelas pessoas negras” (*Ibidem*).

Uma segunda dimensão que também nos interessa analisar são os efeitos de sequestro na produção das subjetividades das pessoas que fazem uso de drogas, a partir de dispositivos necropolíticos que, de acordo com o filósofo camaronês, Achille Mbembe (2018), tem o objetivo de provocar a destruição máxima de pessoas, a partir de bases normativas para que o Estado tenha o direito de matar.

Para isso, começamos com alguns conceitos foucaultianos para avançar rumo ao necropoder.

Michel Foucault (2003) nos lembra que a prisão, aos moldes do que conhecemos hoje, foi adotada durante a formação das sociedades industriais, no início do século XIX, em pleno capitalismo industrial. Nesse contexto, a penalidade passa a ter um caráter de controle, de reforma psicológica e moral dos indivíduos, mais do que como defesa geral da sociedade. A punição passa a ter o controle como estratégia de contenção de corpos que fogem ao que se espera como normal dentro de uma estrutura social desigual e que tem como mote de funcionamento a exploração do trabalho e as relações assimétricas e poder. Assim, cria-se uma noção de periculosidade que, entre outras coisas, significa que “[...] o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades do comportamento que elas representam” (FOUCAULT, 2003, p.85).

O controle penal punitivo dos cidadãos passa a ser exercido não só pela justiça penal, mas por uma série de outras instituições – poderes à margem da justiça – como a polícia. O foco é a vigilância que, nesse momento, tem como suporte as “instituições psicológicas, psiquiátricas, criminológicas, médicas, [e] pedagógicas para a correção” (MICHEL FOUCAULT, 2003, p. 86). Trata-se do que o autor chamou, nesse primeiro momento, de sociedade disciplinar.

Paralelamente a essa nova racionalidade, Michel Foucault vai discutir, em meados da década de 1970, a formação de novos dispositivos de segurança – que não se configuram somente como estratégias de disciplinarizar corpos – cujo objetivo é a regulação da vida, a partir de estratégias de intervenção sobre a existência coletiva, como cálculos de morbidade e mortalidade, sobre as formas de conhecimento, regimes de autoridade e práticas de intervenção que são desejáveis, legítimas e eficazes. Trata-se, portanto, de uma gestão, calculada, sobre os fluxos da vida (RICARDO PIMENTEL MÉLLO, 2012), produzindo modos de subjetivação (PAUL RABINOW; NIKOLAS ROSE, 2006).

Michel Foucault (2005) se refere a uma série de práticas de supervisão e controle populacional por meio de diferentes instâncias, como educação, políticas de saúde, estudos epidemiológicos e arranjos públicos de conservação de uma gestão produtiva das populações: a biorregulamentação pelo Estado (MICHEL FOUCAULT, 2005, p. 298), em que se cruzam disciplina com a norma da regulamentação da vida, a partir da noção de raça.

A separação que se faz entre as vidas viventes e as vidas matáveis, nesse contexto, se define pela relação do poder com o campo biológico que controla, subdivide, classifica e cria subgrupos a partir de uma censura biológica, o que o próprio Foucault chamou de racismo (ACHILLE MBEMBE, 2018).

Achille Mbembe (2018), filósofo camaronês e professor na Universidade de Witwatersrand (África do Sul) e na Duke University (Estados Unidos) parte dessa discussão sobre poder soberano e seu direito de matar, característico em todos os Estados Modernos, para articulá-la com dois outros elementos conceituais: o estado de exceção e o estado de sítio. É a partir dessa articulação que o autor acredita que se construa uma base normativa em que o poder, não o estatal, necessariamente, destaca o autor, de matar se consolide, sempre a partir de um apelo à exceção, à emergência e a uma **noção ficcional de um inimigo [grifos nossos]**.

A percepção da existência do Outro como um atentado contra minha vida, como uma ameaça mortal ou perigo absoluto, cuja eliminação biofísica reforçaria meu potencial de vida e segurança, é este, penso eu, um dos muitos imaginários de soberania, característico tanto da primeira quanto da última modernidade (ACHILLE MBEMBE, 2018, p. 20)

Criar um inimigo comum ficcional, biologicamente selecionado a partir da noção de raça, e exercer o poder soberano de matar é o grande mote do que o autor chama de necropolítica e, nesse sentido, não há como discutir política de morte na modernidade sem tratarmos da questão da escravidão. É nesse momento histórico que temos as primeiras manifestações biopolíticas (ACHILLE MBEMBE, 2018), a partir do espaço denominado *plantation*⁴³: território em que se manifesta o estado de exceção – ou seja: onde é possível matar e punir – por meio da destituição da pessoa escravizada do direito ao seu próprio corpo e de seu estatuto político.

Conforme explica Peter Pal Palbert⁴⁴, acerca da obra de Achille Mbembe, o *plantation* é o primeiro laboratório biopolítico do planeta pois, diferente dos campos de concentração nazista, foi, dentro dessa destituição política, de pertença e do corpo, instituí-se uma tripla perda

43 Podemos definir o *plantation* do período colonial, sobretudo no Brasil, um modelo de organização social que tem por característica o latifúndio, a monocultura, a mão de obra escrava e produção voltada para a exportação.

44 Em entrevista para a revista Cult, sobre devir-negro no mundo: <https://revistacult.uol.com.br/home/o-devir-negro-do-mundo/> Acesso em 05/02/2021.

equivalente a uma dominação absoluta: “uma alienação de nascença e uma morte social”, nas palavras do autor.

Nesse sentido, basta que observemos outras experiências contemporâneas cuja fronteira, sobretudo nas regiões coloniais e neocoloniais, é “atravessada pela prática sistemática de execução sumária, da tortura e do desaparecimento. [...] governar é gerir mortos e tratar setores da população como mortos potenciais” (CENTELHA, 2019. p. 37).

De acordo com este coletivo anônimo, denominado centelha, há uma relação que não podemos deixar de produzir ao articular a necropolítica com os dispositivos de sequestros de vidas, sobretudo as negras: são as violências exercidas em períodos coloniais com as violências vividas atualmente nas áreas periféricas do capitalismo. Para isso, precisamos retomar nossa história de práticas de morte a partir do latifúndio escravagista. É preciso compreender os dispositivos de poder que se exercem sobre a vida partir da uma noção ampla, tal como nos oferta a discussão sobre biopolítica e necropolítica, mas também por meio de um funcionamento local, já que “toda região colonial desenvolve seus próprios dispositivos” (*Ibidem*, p. 40).

A formação colonial no Brasil centrado no que Mbembe (2018) chamou de *plantation*, produziu não só no país, como no mundo, um modo de unir a exploração do território, a extração de bens para o mercado estrangeiro, por meio de mão de obra escravagista: “a escala inaudita desse extrativismo revolucionou as sociedades europeias, possibilitando o desenvolvimento da indústria” (*Ibidem*). O custo desse processo se deu por meio do maior descolamento populacional da história da humanidade, que é a diáspora afro-atlântica. Nosso país está no centro e no cerne dessa violência, pois fomos a nação que mais recebeu negros escravizados durante todo o século XIX e também fomos um dos últimos a abolir a escravidão.

Parte de nossa história nefasta de extermínio de pessoas negras, dadas as proporções do que ela produziu e produz até hoje, é a “célula elementar da sociedade brasileira, o elemento que modula a totalidade de nossas relações sociais” (*ibidem*, p.41). Para este coletivo, esta lógica do latifúndio escravagista permanece até hoje por meio de diferentes dispositivos de desumanização, de extermínio, de apagamento e esquecimento.

Para corroborar com esse argumento, cabe retomar a pesquisa de Luísa Saad (2018) sobre a criminalização da maconha no período pós-abolição, em que ela vai detalhar como as narrativas de criminalização da maconha no Brasil, desprovidas de qualquer argumento científico, se consolidaram a partir da criminalização e da perseguição da população afrodescendente no Brasil e dos costumes que eram tradicionalmente praticados pelos negros. O uso da maconha era associado aos rituais de candomblé e relacionados, ambos, com práticas

que poderiam levar à loucura ou a prática de crimes, sendo uma das grandes ameaças ao desenvolvimento do país no início do século XX.

Com essa discussão fundamental, faz-se necessário apontar que não há como produzirmos uma discussão libertária sobre drogas sem sermos antirracistas, e também antiproibicionistas e feministas, como veremos a seguir: tratam-se de movimentos que precisam ser articulados.

Assumir esse posicionamento ético e epistemológico nos permite compreender a imbricação entre dispositivos de governamentalidade pela necropolítica, a lógica penal e sua relação com a política proibicionista de drogas.

A penalidade – a partir da figura da prisão – assume características que mesclam uma concepção econômica e produtiva do poder, a partir da gestão da pobreza pela prisão, age também nos espaços das instituições totais, podemos nos lembrar do retorno dos hospitais psiquiátricos na RAPS e das comunidades terapêuticas, e tem, no caso das políticas de drogas, um foco populacional regulador, normatizador e de extermínio: o corpo jovem e o corpo negro. As condições degradantes dessas relações se agravam caso o corpo da mulher seja negro.

2.3 Da necessidade de estudos interseccionais sobre drogas: mulheres negras estão na base da pirâmide da política de fazer morrer

De acordo com IFOPEN (2017b) – com informações específicas sobre o encarceramento de mulheres –, temos um montante de quase 43 mil em cadeias no Brasil no ano de 2016 para um sistema carcerário que comporta até 27 mil mulheres, isso significa também que muitas dessas se encontram em cadeias mistas – espaço masculino adaptado para receber mulheres –, mais expostas às violências de gênero e outras violências criadas pela ausência de garantia de direitos. 68% dessas mulheres são negras e pobres – 63% delas não recebiam remuneração ou viviam com menos de $\frac{3}{4}$ do salário-mínimo mensal – sendo que somente 3% acessa benefício social de auxílio-reclusão, muito provavelmente pelo critério de ausência de contribuição mínima ao FGTS, ou seja, a grande maioria dessas mulheres não trabalhava com carteira assinada – e jovens. 75% dessas mulheres têm filhos e foram encarceradas, em sua maioria, pela tipificação de tráfico de drogas (62%). Entre 2005 e 2013 o encarceramento de mulheres aumentou em 290% nesses anos (LUCIANA BOITEUX, 2016).

Juliana Borges (2018), feminista negra brasileira, nos explica que o aumento do encarceramento faz parte de uma estratégia punitiva de criminalização da mulher negra, cuja origem perpassa pelo histórico nefasto das inúmeras violências sexuais às quais as mulheres escravizadas eram submetidas como medida de punição: o foco era, então, adestrar moralmente

mulheres negras escravizadas pela violação da sexualidade feminina. Essa é a origem de uma conexão perversa entre criminalidade e sexualidade.

Para a autora, a diferença entre homens e mulheres em relação à punição se dá justamente pela noção de cidadania que era conferida aos homens e não às mulheres. Logo, a punição masculina se dava na esfera pública e esperava-se que estes fossem reintegrados socialmente após o cumprimento da pena. Às mulheres, por não estarem dentro do contrato social, resta a punição ao campo do controle dos corpos e da moral feminina e, para isso, cria-se uma série de narrativas patologizantes, de anormalidade e desequilíbrio emocional e instabilidade moral. Por isso, durante muitos anos, as instituições que controlavam a esfera punitiva de mulheres eram as ligadas às igrejas e aos manicômios (JULIANA BORGES, 2018).

Para a autora, atualmente, apesar de discursos de garantia de direitos das mulheres encarceradas, o Estado se limita a separar as mulheres dos presídios masculinos sob uma narrativa que está promovendo igualdade de gênero. Na prática, tais medidas não produziram melhoras significativas, uma vez que a mulher encarcerada se torna duplamente violentada: seja pelo juízo moral pelo qual são submetidas, seja pela falta de materiais de higiene básica, como absorventes ou papéis higiênicos em quantidade necessária (uma vez que se contabiliza a mesma quantidade para prisões femininas quanto para prisões masculinas, sabendo que as mulheres necessitam desse material muito mais do que os homens).

A discussão de gênero é fundamental para pensarmos a punição: lembrando que a tipificação criminal que mais encarcera as mulheres é o tráfico de drogas. Mas não só. São as mulheres negras que mais têm seus filhos assassinados pela máquina necropolítica do Estado, a partir da guerra às drogas. São também essas mulheres que, ao fazerem uso de drogas, menos frequentam os equipamentos de saúde (ÉRIKA BARBORA DE OLIVEIRA SILVA; ADRIANA LENHO DE FIGUEIREDO PEREIRA, 2015; CLAUDETE MONTEIRO *et al*, 2011; CLAYTON PEIXOTO *et al*, 2010), sobretudo pelo julgamento moral que recai sobre elas e pelas necessidades específicas ignoradas nas condutas terapêuticas (CARLA GREEN, 2006).

Luana Malheiros (2018), pesquisadora brasileira, feminista e antiproibicionista, em sua dissertação de mestrado, pesquisa mulheres que fazem uso de crack no centro histórico de Salvador. Sua discussão é importantíssima pois produz uma interlocução interseccional em relação às questões de gênero e uso de drogas.

Um primeiro deslocamento necessário apresentado no trabalho da autora é o de não colocarmos o ideal de mulher branca como parâmetro para discutir as questões de gênero, sobretudo em relação às mulheres que fazem uso de drogas. Para a pesquisadora, o imaginário social que se tem em relação à mulher que faz uso de drogas se dá na intersecção entre a loucura,

agressividade e desajuste, justamente por se produzir distorções em relação ao que se espera de mulheres em nossa sociedade patriarcal. Quando falamos de mulheres negras, as sanções sociais e as violências sofridas se intensificam, produzindo ainda mais barreiras nos modos de enfrentamento.

Um segundo ponto que chama atenção na pesquisa de Luana Malheiros é a história de vida das mulheres usuárias de crack participantes da pesquisa e as violências às quais elas são submetidas cotidianamente, marcadas pela desigualdade de gênero, pelo racismo, pelo extermínio da vida de seus filhos pelo Estado e pela precarização social em que vivem. De acordo com a pesquisa nacional sobre o consumo de crack e outras drogas (FRANCISCO INÁCIO P. M. BASTOS; NEILANE BERTONI, 2013):

As mulheres usuárias de crack e/ou similares encontram-se inseridas em contextos de maior vulnerabilidade e apresentam baixa escolaridade, experiência cotidiana de viver em situação de rua, histórico de violência sexual, uso concomitante e intenso de drogas lícitas e ilícitas, uso infrequente de preservativos, troca de sexo por dinheiro e/ou drogas, entre outros elementos de vulnerabilidade individual e social (p.88).

Resumindo: associa-se a noção de epidemia do crack às pessoas negras e pobres. Cria-se, com essa relação, a ideia de que negros e pobres são criminosos – já que o uso de drogas se dá na ilicitude e, nesse sentido, de acordo com Deborah Small em reportagem para O Globo⁴⁵: “quando as pessoas são classificadas como criminosas por usarem drogas, a sociedade não se sente mais na obrigação de lidar com as condições sociais ou econômicas por trás disso”. Mulheres, em sua maioria, chefes de família, diante de uma relação de pobreza e ausência de direitos sociais, se utilizam do tráfico de drogas como meio de sustento.

É importante mencionar que nos últimos 10 anos, de acordo com a última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD do IBGE de 2015, 40,5% dos lares no Brasil as mulheres eram referência econômica (IBGE, 2016).

Em relação ao indicador de pobreza, temos que as mulheres são as mais afetadas pela desigualdade socioeconômica: representamos quase 60% da população que se encontra entre situação de vulnerabilidade, pobreza e extrema pobreza. Ainda de acordo com o IBGE (2016), pessoas extremamente pobres possuem renda per capita mensal de até R\$ 77,00. Pobreza é caracterizada por renda maior que R\$77,00 e menor que R\$154,00. Pessoas em situação de vulnerabilidade vivem com renda maior que R\$154,00 até o valor do salário-mínimo da época,

45 Deborah Small é uma ativista importante do movimento negro americano, é formada em Direito e Políticas Públicas pela Universidade Harvard e atua em defesa dos direitos dos pobres e de presos. Reportagem completa em: <<https://www.geledes.org.br/deborah-small-guerra-as-drogas-facilita-criminalizacao-de-pobres-e-negros/>>. Acesso em 29/07/19.

fixado em R\$788,00. Mulheres negras estão na base dessa pirâmide, representando 71,2% de pessoas que estão entre indicadores de vulnerabilidade e extrema pobreza.

Diante do exposto, faz-se fundamental pensar a interseccionalidade em relação ao tema das drogas, entendendo a inseparabilidade entre racismo, capitalismo e patriarcado com suas relações de poder sobre a vida das mulheres, entendendo que, nessas relações, as mulheres negras são as mais expostas à opressão e às situações de vulnerabilidade decorrentes desse imbricamento.

Não há, portanto, como discutir a questão das drogas sem lançarmos mão da interseccionalidade como ferramenta analítica de modo a entrecruzar “desvantagens sociais ligadas a gênero, classe socioeconômica, raça e etnia, sexualidade, idade, capacidades físicas e mentais, ideais de masculinidade e feminilidade entre outras” (IDILVA M. P. GERMANO, REBECA A. F. G. MONTEIRO, MARIANA T. C. LIBERATO, 2018).

Teorias interseccionais têm origem nos estudos feministas de mulheres negras nos Estados Unidos, sobretudo a partir de denúncias de discriminação racial dentro do próprio movimento feminista branco, de classe média e heteronormativo (HELENA HIRATA, 2014) na década de 1970 (ANGELA DAVIS, 2016) e propõem evidenciar que “as experiências das mulheres negras não podem ser enquadradas separadamente nas categorias da discriminação racial ou da discriminação de gênero” (KIMBERLÉ W. CRENSHAW, 2004, p. 8). Este é o cerne dos estudos feministas negros, considerando que “minimizar uma forma de opressão, apesar de essencial, ainda pode deixá-las oprimidas de outras formas igualmente desumanizadoras” (PATRÍCIA HILL COLLINS, 2016, p. 107) quando se produz análises feministas, sem considerar as questões de raça. A importância nesse tipo de análise reside, sobretudo, pela aposta na interação entre esses múltiplos sistemas interligados de opressão como foco do estudo, ao invés de tentar transpor análises de gênero e de raça às teorias já consolidadas, como é o caso do marxismo (*apud*).

Helena Hirata (2014) traz um apontamento importante em relação ao tema, ao apontar que em muitos estudos interseccionais há primazia das dimensões gênero-raça nas análises, deixando outras dimensões com pouco delineamento teórico. Para a autora, trabalhar com o que ela chama de consubstancialidade ou de “interseccionalidade de geometria variável” implica incluir, além do gênero, raça e classe, outras variáveis como a de sexualidade, de idade e de religião, sendo este último aspecto privilegiado na discussão de drogas e que será trabalho no próximo subcapítulo.

Sirma Bilge (2009) produz uma síntese sobre interseccionalidade:

remete a uma teoria transdisciplinar que visa apreender a complexidade das identidades e das desigualdades sociais por intermédio de um enfoque integrado. Ela refuta o enclausuramento e a hierarquização dos grandes eixos da diferenciação social que são as categorias de sexo/gênero, classe, raça, etnicidade, idade, deficiência e orientação sexual. O enfoque interseccional vai além do simples reconhecimento da multiplicidade dos sistemas de opressão que opera a partir dessas categorias e postula sua interação na produção e na reprodução das desigualdades sociais (p. 70).

Nesse sentido, ao observarmos as informações supracitadas, observamos a articulação indissociável entre uma política de gestão da vida e da morte que articula a manutenção da pobreza, temática esta que se agudiza ao evidenciarmos as vulnerabilidades às quais as mulheres estão expostas ao relacionarmos com o tema das drogas, desde indicadores de violência à ausência de espaços de cuidado quando fazer uso de substâncias, e a questão da raça: a guerra às drogas faz parte de uma política de extermínio de vidas negras, de seus modos de vida e de existência, como é o caso da perseguição às religiões de matrizes africanas.

3. A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO: TERRITÓRIO E PERCURSO DA PESQUISA-INTERVENÇÃO

“As periferias da cidade de São Paulo seguem na liderança do ranking de distritos com mais mortes por Covid-19. O levantamento divulgado pela Prefeitura de São Paulo tem como base os dados registrados entre os dias 11 de março e 3 de agosto de 2020”⁴⁶.

“Quando fecham a ambiência para fazer reunião entre os funcionários eu não tenho pra onde ir. Aqui no bairro não tem nada pra fazer que não seja usar droga”.
Danielle, participante da GAM no CAPS-AD.

Iniciamos a discussão sobre o território, convergindo com a conversa do capítulo anterior: territórios precisam ser pensados desde sua dimensão sócioterritorial, condição social presente, herança do passado que se manifesta na vida material das pessoas, mas também subjetivamente, em relação ao modo como se organizam do espaço geográfico (MILTON SANTOS, 2002). Mais do que um compilado de dados acerca do território, colocaremos foco na questão racial como elemento analisador fundamental em relação às desigualdades sociais, econômicas, sanitárias e, também, em relação à produção de subjetividade e não, apenas, como um recorte analítico.

Nesse sentido, é importante afirmar que o racismo estrutural existe em decorrência da estrutura social brasileira, de modo que as relações econômicas, sociais, políticas e jurídicas se constituem a partir dele (SILVIO DE ALMEIDA, 2018) e interfere no modo como as cidades se organizam territorialmente de modo que não há como pensar a questão racial em relação à composição espacial separadamente (EMILIANO DE CAMARGO DAVID, 2020).

Por isso, vamos retomar a noção de *plantation*, trazida no capítulo anterior, a partir de sua lógica necropolítica que tem, como efeito, delimitar a circulação, cercear acessos e, inclusive, o direto soberano de matar. Achille Mbembe (2018) para formular seu pensamento, retoma a definição de biopoder formulada por Michel Foucault (2005), conforme expusemos no capítulo anterior, e faz interlocução com Giorgio Agamben (2004) a partir da noção de Estado de Exceção (PETER PÁL PELBERT, 2018). Esta, de acordo com o Agamben (2008), tem ocupado lugar central nas estratégias do Estado, mesmo dos ditos democráticos, com espaços de emergência permanentes, ainda que tácitos, em muitos momentos, e que não se inscrevem nas normas de uma espécie de um direito especial, mas na suspensão da própria ordem jurídica (GIORGIO AGAMBEN, 2008).

46 Reportagem disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/08/04/periferias-de-sao-paulo-seguem-na-lideranca-do-ranking-de-bairros-com-mais-mortes-por-covid-19.ghtml> Acesso em 05/02/2021.

Assim, o *plantation* atualizado a nossa época se manifesta por meio de um poder que se institui à margem, em espaços de exceção, onde é assegurada a função assassina do Estado (PETER PAL PELBART, 2018) e têm por objetivo “impossibilitar qualquer movimento e implementar a segregação à moda do Estado do *apartheid*” (ACHILLE MBEMBE, 2018, p. 43).

Essa divisão pode ser evidenciada em nosso cotidiano, direta ou indiretamente, em diferentes dimensões, a partir do modo pelo qual as relações interpessoais se estabelecem com as instituições, bem como pela “análise da situação socioeconômica, condições de vida, participação no mercado de trabalho, acesso aos bens e equipamentos sociais e de sua morbimortalidade” (FERNANDA LOPES, 2005, p. 1596).

O território em questão é um dos bairros com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixos da capital paulista, ocupando a 20ª posição em relação a 31 distritos (IPEA, 2017). Ao cruzamos esse indicador, com o quesito raça/cor – correspondente à 44% da população da área correspondente, autodeclarada negra, percebemos a organização racial da cidade, conforme discute Emiliano de Camargo David (2020).

Em sua dissertação de mestrado, o autor discute com amplitude distribuição populacional na cidade desde o recorte racial, sobretudo em relação a periferia da Zona Norte de São Paulo (EMILIANO DE CAMARGO DAVID, 2018) amparado nos estudos de Raquel Rolnik (1989).

A autora afirma que a população negra na cidade de São Paulo, no final do século XIX, era de um terço em relação ao número total de pessoas, cenário que mudou com a política nacional de embranquecimento, a partir da vinda de imigrantes europeus para terras paulistas. Com a migração de pretos e pardos das regiões nordeste do Brasil, de Minas Gerais e do interior de São Paulo para a capital, na década de 1980, a população negra no município cresceu e parte da periferia da zona norte ficou conhecida como a “África paulistana”, com quase 50% das pessoas negras e pardas. Essa segregação espacial racista concentrou a maior parte desta população nas periferias, sobretudo na região noroeste da cidade, em uma tentativa de afastar essas pessoas do centro, considerando a Praça da Sé, como marco zero. E, nesse sentido, não por acaso, trata-se de bairros com pouco investimento de políticas públicas, de todas as ordens (EMILIANO CAMARGO DAVID, 2018).

Atualmente, a pandemia do COVID-19 tem sido elemento analisador importante das iniquidades produzidas pelo racismo estrutural brasileiro, ao cruzarmos as dimensões raciais, espaciais e sanitárias: as periferias são os espaços em que mais se morre pela contaminação do vírus *SARS-CoV-2*. Concomitantemente, dados divulgados pela prefeitura de São Paulo

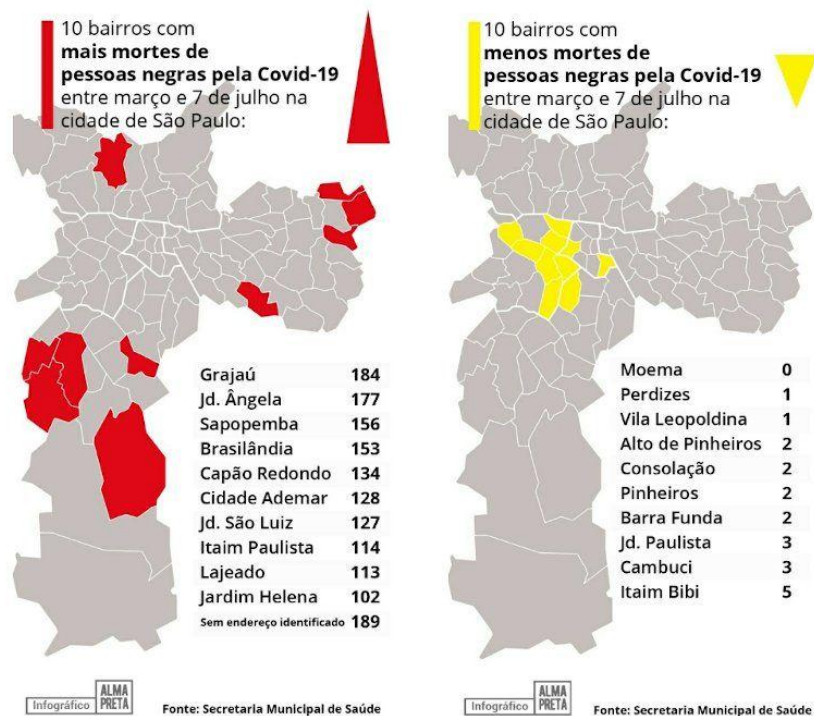
demonstram que a COVID-19 mata mais a população negra na cidade: as pessoas pretas têm mais chances de morrer por covid em mortes registradas até 17 de abril de 2020, início da pandemia, conforme dados abaixo:



Gráfico: G1 • Fonte: Observatório Covid-19

Fonte: G1⁴⁷

Figura 3: Mortes por Covid-19 nas periferias de São Paulo



47 Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/04/28/pretos-tem-62percent-mais-chance-de-morrer-por-covid-19-em-sao-paulo-do-que-brancos.ghtml>>. Acesso em 06/02/2021.

Fonte: SMS/SP apud Alma Preta jornalismo⁴⁸

Cabe-nos pensar o que sustenta esses dados, senão uma política de morte que atinge, majoritariamente, a população negra nas grandes capitais, mas também as humanidades subalternas, como denomina Peter Pal Pelbert (2020) se referindo a outros modos de existências que fogem à lógica da branquitude universal capitalística. Um exemplo disso é a morte de indígenas por COVID-19, conforme aponta relatório da OMS (2020) sobre a taxa de mortalidade estar acima da média em relação às pessoas não-indígenas⁴⁹.

A quarentena só foi possível para alguns na cidade. A vida das pessoas que não puderam parar de trabalhar em meio à crise sanitária foi exposta à morte, pela possibilidade de contágio através da circulação em transportes públicos lotados, que contaram com redução das frotas de ônibus pela diminuição de circulação de pessoas⁵⁰, fazendo com que a lotação dos transportes de mantivessem, de modo a priorizar o lucro das empresas de transporte; pelo contato direto com padrões contaminados que, no primeiro momento da pandemia, foram os que trouxeram o vírus a partir de viagens pela Europa e por meio de trabalhos precarizados em tempos de dura recessão econômica. A gestão dos efeitos da pandemia do COVID-19 se mostrou grande prática necropolítica do Estado: expondo parte das pessoas à morte e multiplicando os riscos para alguns, ao privilegiar a manutenção econômica em detrimento da vida.

Ainda assim, diante de tantos desafios durante o período da pandemia, o território estudado se organizou, junto aos moradores do bairro, organizações não-governamentais, universidade (PUC-SP), associação de bairro e equipamentos públicos de saúde, assistência e educação para compor um grupo cogestionário chamado Rede Brasilândia Solidária. Foram constituídos diferentes grupos de trabalho para promover ações de enfrentamento à crise sanitária posta pela pandemia, diante da ausência de ações mais efetivas do Estado. Tal movimento contou com diferentes ações de prevenção, com arrecadação para compra de insumos, como máscaras protetoras para a população, álcool em gel e sabonetes, além de mutirão de voluntários no trabalho de conscientização sobre o COVID e modos de prevenção, com informações constantes na rádio comunitária do bairro e ações no território com carro de som e suporte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em cerca de um mês, após sua

48 Disponível em: <<https://almapreta.com/editorias/realidade/dez-bairros-da-periferia-de-sao-paulo-concentram-mais-mortes-de-negros-por-covid-19>>. Acesso em 06/02/2021

49 Disponível em: <<https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-covid-19-pueblos-indigenas-americas-15-julio-2020>>. Acesso em 06/02/2021

50 Informação retirada de <<https://agora.folha.uol.com.br/sao-paulo/2020/07/justica-determina-que-sao-paulo-coloque-100-da-frota-de-onibus-em-circulacao.shtml>>. Acesso em 07/01/2020

constituição, a Rede Brasilândia solidária contou mais de 200 voluntários na construção de ações coletivizadas no bairro⁵¹.

Coletivização, livre circulação territorial e possibilidade de ampliação da rede de sustentação são aspectos que garantem promoção de saúde com vistas para autonomia (EMILIANO DE CARMARGO DAVID, 2020), apontando para o que Tadeu de Paula Souza, José Geraldo Domanico e Emiliano de Camargo David (2020) chamam de estratégias de produção de comum, ao destituir a lógica capitalística individualista e egoísta, constituída pelo paradigma da branquitude como universal, produzindo deslocamentos mais coletivizados e solidários, a partir de cosmovisões afrodiaspóricas.

Ao contrário das lutas europeias travadas para o capitalismo, para os povos da diáspora africana, em que as subjetividades foram dilaceradas, escravizadas e inseridas num projeto de branqueamento, a causa identitária aciona outros processos de subjetivação e luta. Para os povos da diáspora a ativação de lutas revolucionárias só será possível mediante a construção de territórios de luta e pertencimento, em que os processos de construção de subjetividade sejam coletivamente acionados na composição entre elementos mnêmicos e toda materialidade disponível para conjugar um plano comum de resistência (TADEU DE PAULA SOUZA, JOSÉ GERALDO DOMANICO E EMILIANO DE CAMARGO DAVID, 2020, p.09).

De acordo com os autores, a discussão sobre identidade, com vistas à produção do comum, tem como objetivo, além de se afirmar em suas bases étnico-raciais enquanto projeto político, demarcar a expressão das singularidades em relação à política identitária branca, além de produzir base material para sustentação da vida. Na Rede Brasilândia Solidária, podemos notar essas diferentes dimensões: produção de memória, tem relatos da vida dos moradores do bairro, aliada às ações de solidariedade, como doação de tecido, uma senhora costureira que faz máscara de pano para distribuir para a população, dona Lúcia e a doação de mantas costuradas à mão para as famílias mais necessitadas, indicadas pelos equipamentos da saúde. Vovó Tutu, mulher negra que mora no bairro há 69 anos, fabrica pães e alimenta cerca de 120 famílias diariamente. Luta por direitos e afeto.

Produção coletiva na manutenção das vidas, ética e esteticamente posicionada, em um dos bairros mais atingidos pela pandemia. É a esse comum, que tem na dimensão racial um dos seus vetores de construção, que os autores se referem: “sem esse processo não é possível

51 Para mais informações sobre a Rede Brasilândia Solidária, assistir a reportagem que passou em programa de veiculação em rede nacional: https://globoplay.globo.com/v/8751909/?fbclid=IwAR1_gMusDH8hJl3GIir-PVI7QIKq-zDveOcj9WjvBgCWx3wqmbEg95JiW5mw e por meio da página no facebook: <https://www.facebook.com/brasilandiasolidaria> Acesso em 06/02/2021.

estabelecer um plano de luta comum entre negros, muito menos entre negros e brancos” (TADEU DE PAULA SOUZA, JOSÉ GERALDO DOMANICO E EMILIANO DE CAMARGO DAVID, 2020, p.09).

Na rede Brasilândia Solidária, a PUC-SP tem tido papel importante, sobretudo no apoio às equipes de saúde das Unidades Básica de Saúde do bairro e equipamentos da rede psicossocial. Cabe enfatizar que essa parceria se constitui forte atualmente pela trajetória ético-política de responsabilidade sanitária que a universidade produz com o território por quase 40 anos.

Esse território, com o qual a PUC/SP estabeleceu parceria no âmbito do convênio com o Ministério da Saúde (MS), por meio dos programas governamentais Pró-Saúde e PET-Saúde, concentra uma população de aproximadamente 400 mil habitantes, considerando os dois distritos, e possui uma rede de saúde mental com todos os equipamentos preconizados pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁵² (ELISA ZANERATTO ROSA *et al.*, 2016). Esse território é marcado por um histórico de lutas sociais pela garantia do direito à saúde (DAYSE ANDRADE SILVA *et al.*, 2016).

Desde 2008, a PUC-SP, juntamente com a Supervisão Técnica da região, desenvolve o Pró-Saúde II no território, com o envolvimento de três cursos: Fonoaudiologia, Psicologia e Serviço Social. No primeiro quadriênio (2009-2013), a proposta de trabalho eleita foi a da territorialização “em sua concepção sociopolítica e entendida como metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes” (MARIA CECÍLIA TRENCH; MARIA CRISTINA G VICENTIN; ALTAIS CADROBBI PUPO, 2014, p. 824). Esse alinhamento entre universidade e território a partir da experimentação de ações interdisciplinares possibilitou a aprovação do edital do Pró-Pet-Saúde (2012-2018) para discussão da linha de cuidado para a pessoa com deficiência, com a inserção do curso de Fisioterapia na rede e com o desenvolvimento de ações no âmbito da RAPS e da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (RAPD). O projeto teve como meta consolidar a parceria entre universidade e território da Freguesia do Ó-Brasilândia, desenvolvendo pesquisas e ações no campo da atenção à Saúde Mental em sua interface com a Atenção Básica, abrangendo os problemas relacionados aos transtornos mentais, álcool e outras drogas que atendam às

52 A rede conta com 17 Unidades Básicas de Saúde, um CAPS Álcool e Drogas III (24 horas), um CAPS Adulto, um CAPS Infanto-juvenil, um Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), cinco ambulatorios médicos (AMA), um ambulatorio de especialidade (AME) e leitos de retaguarda do Hospital Geral da Vila Penteado (Silva *et al.*, 2016).

necessidades de saúde da população e a territorialização das ações, além de fortalecerem os princípios do SUS.

O desenvolvimento dessas experiências de pesquisa-ação (MARIA CRISTINA G VICENTIN; MARIA CECÍLIA TRENCH; ALTAIR CADROBBI PUPO, 2016) possibilitou a problematização dos modelos de atenção à saúde e ao reconhecimento das necessidades em saúde do território, apontou a importância do trabalho em rede como fonte de produção do conhecimento para planejar ações em saúde. Além disso, há indissociabilidade entre pesquisa-formação-assistência, e trabalhar com essa prerrogativa complexifica o cuidado e amplia a corresponsabilização.

A experiência da universidade no território e sua responsabilidade sanitária em relação ao território possibilitou a construção, em 2017, de uma estratégia de apoio institucional que se caracterizou pelo planejamento, formação da equipe e acompanhamento da experiência em Saúde Mental com foco na análise e intervenção nos processos de medicalização e desmedicalização, a partir da implementação da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) que é uma estratégia no campo da saúde interessada em fomentar a corresponsabilidade no cuidado em saúde entre usuários, seus familiares e a equipe de saúde (ROSANA ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013; EDUARDO PASSOS, ANALICE PALOMBINI, ROSANA ONOCKO-CAMPOS, 2013).

A inserção de grupos GAM no território ampliou a discussão da medicalização da vida e sua relação com o uso de substâncias psicoativas. A construção da experiência GAM exige atenção processual e trabalho coletivo, sempre na forma cogestiva de reflexão e tomada de decisões, envolvendo todos os participantes.

Neste sentido, para tornar a experiência de construção da GAM como um campo vivo de reflexão sobre a autonomia na relação com o cuidado, ao longo de seu processo, o grupo de professores responsáveis pela parceria com o território construiu duas estratégias de acompanhamento e formação dos grupos, aos moldes do que se preconiza em espaços de educação permanente em saúde (EPS)⁵³: constituíram um processo de apoio à implementação dos grupos GAM no território na forma de inserção de pesquisadores nos grupos, de reuniões dos docentes com as equipes e de contratação de pessoas para realização de oficinas e minicursos. Foi constituído espaço mensal entre todos os envolvidos no processo –

53 Educação Permanente em Saúde (EPS) é um conceito que se aplica no cotidiano dos serviços de saúde, bastante difundido pelo Ministério da Saúde, a partir de 2014. Trata-se de um eixo transversal nas políticas de saúde, a partir de estratégias que envolvem diferentes instâncias na condução de processos formativos e práticas pedagógicas, a partir do contexto do próprio processo de trabalho na rede SUS (BRASIL, 2014).

trabalhadores, gestores, apoiadores, pesquisadores, docentes e representantes da coordenadoria regional de saúde – para discussão dos processos de trabalho instituídos pelos grupos GAM, a partir do compartilhamento dos desafios de produzir cuidado no cotidiano dos serviços, tomando a medicalização como eixo central. Nos lembra Luís Cecílio (2007) que o trabalhador da saúde não pode ser tomado como um trabalhador moral, “desistorizado, desterritorializado e pronto a orientar, de forma automática, sua prática pelas diretrizes definidas pelos dirigentes das organizações” (p. 346), como se tivesse dado o trabalho no SUS. Por isso, a importância de processos formativos que partam da realidade e das vivências cotidianas de trabalhadores e usuários dos serviços: aprende-se na medida em que se reflete a própria experiência.

Chamamos esse encontro de GAMZÃO e não por acaso: a organização desse espaço formativo parte da demanda do território e se constitui a partir do manejo cogestivo (EDUADO PASSOS; SÍLVIA VASCONCELOS CARVALHO; PAULA MILWARD DE ANDRADE MAGGI, 2012) que pressupõe, de acordo com os autores, transversalização de eixos verticais de poder, como relações hierárquicas entre os diferentes envolvidos no processo e relações horizontais de poder, em relação à organização do trabalho em saúde. Trata-se de um movimento importante de transformar a lógica gerencial de processos de trabalho, abrindo a possibilidade de estreitar relações, produzir trocas entre as diferentes experiências em diferentes planos: sujeitos, grupos e instituições. Eduardo Caron (2019), Eduardo Caron e Laura Feuerwecker (2019) escreverem a respeito desse espaço, destacando a importância dos trabalhadores poderem discutir as experiências, os afetos e a implicação de cada um com em relação às diferentes compreensões sobre autonomia nos processos de saúde: “nas oficinas de apoio adentrava-se o campo da saúde mental pelo caminho do compartilhamento de experiências de vida” (*Ibidem*, p.19).

“É o jeito GAM de fazer grupo”, conta-nos a farmacêutica do CAPS-AD quando pediu à pessoa que cumpria a função apoio dos grupos GAM no território para ajudá-la a conduzir uma reunião de equipe bastante tensionada e cheia de dificuldades com processos de trabalho no serviço e dificuldades nas relações interpessoais. A experiência de realizar a reunião de equipe como grupo GAM, permitiu que os profissionais pudessem falar das dificuldades, dos desafios e colocarem em análise as diferentes perspectivas de modo coletivo, reativando a cogestão como o *ethos* do processo de trabalho em saúde.

3.1 A GAM no CAPS-AD

A aposta clínico-política dessa estratégia é fomentar a cogestão em relação ao processo terapêutico, ao uso da medicação psiquiátrica por meio do acesso e do compartilhamento das experiências a partir da utilização do Guia de Gestão Autônoma da Medicação. Esse guia foi desenvolvido nos anos 1990 no Canadá por associações de usuários de psicotrópicos, e é constituído por pequenos textos e perguntas acerca das experiências dos usuários. O guia é lido e discutido coletivamente, visando fomentar a partilha de experiências e a valorização do ponto de vista dos diferentes integrantes do grupo. Em síntese, objetiva-se a criação de espaços de fala e reflexão entre usuários e serviços de saúde a partir de dispositivos de cogestão e autonomia.

A metodologia GAM tem sido utilizada no Brasil como estratégia de cuidado no AD, focalizando a discussão da autonomia e sua relação com o uso de substâncias psicoativas e a substituição por psicotrópicos – ou composição – como parte do tratamento. Aborda o tema das drogas proscritas e prescritas no cotidiano da vida das pessoas, despolarizando a noção de que há drogas boas ou drogas ruins em si. Assim como a estratégia de redução de danos, parte da relação sempre singular de cada sujeito com uma substância (GUILHERME CORRÊA, 2010) e prioriza o saber dos usuários em relação as diferentes drogas (lícitas ou ilícitas) a partir da troca de experiências como ferramenta potente para a promoção de autonomia.

A proposta de iniciar o grupo GAM no CAPS AD III Brasilândia ocorreu em maio de 2017. Foram quase quatro meses de planejamento para construir o início do grupo entre os trabalhadores-pesquisadores, pesquisadores da PUC/SP e um apoiador-pesquisador contratado por meio de edital do PET-Saúde. Eram muitas as questões suscitadas pelo grupo de trabalhadores-pesquisadores que iriam começar a desenvolver a metodologia GAM no CAPS AD. Poder discuti-las foi essencial para possibilitar o alinhamento desse processo junto aos outros trabalhadores do CAPS e também com a gestão do equipamento. Afinal, ao estimular processos de cogestão nos serviços de saúde, o dispositivo da GAM, quando experimentado como coletivo e a partir de uma gestão distribuída e compartilhada entre os diferentes atores do processo (EDUARDO PASSOS, ANALICE PALOMBINI, ROSANA ONOCKO-CAMPOS, 2013), possibilita mudanças no cotidiano dos serviços.

Dessa forma, a primeira questão central seria como pensar a entrada dos usuários no grupo GAM: como seria realizado o convite? Como explicar aos usuários o que seria o grupo GAM? Em qual momento? Deixar o grupo aberto? Limitar a um número determinado de pessoas?

Essas questões produziram reflexões importantes nos trabalhadores-pesquisadores. Tornar o grupo aberto e irrestrito implica imprevisibilidade – em relação às pessoas que comporiam o grupo – e exige que os profissionais lidem com a heterogeneidade das circunstâncias que envolvem as vidas das pessoas. No caso das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, a diversidade também se expressa nas diferentes substâncias utilizadas e em suas diferentes composições, como o uso de drogas prescritas juntamente com as drogas proscritas ou lícitas – como é o caso do álcool -, por exemplo.

Sustentar as diferenças no grupo GAM é estratégia potente para, além de fomentar a cogestão pela possibilidade de manejar as controvérsias e acolher as diferenças no grupo (EDUARDO PASSOS, ANALICE PALOMBINI, ROSANA ONOCKO-CAMPOS, 2013), possibilita que o grupo troque informações e realize discussões que não seriam possíveis sem a heterogeneidade de pensamentos. Como nos lembra José Bleger (1998) sobre processos grupais, “pensar equivale a abandonar um marco de segurança e ver-se lançado numa corrente de possibilidades” (JOSÉ BLEGER, 1998, p. 65).

Nesse sentido, o grupo GAM em questão começou aberto ao porvir. O convite aos usuários foi realizado após apresentação na Assembleia Geral que acontece semanalmente nos serviços. Ressalte-se que o convite enfatizou a discussão da autonomia em relação à vida, e não às drogas. Essa inversão nos pareceu fundamental pois o que aproxima os usuários da GAM tem sido essa noção ampliada e a possibilidade de refletir sobre a gestão de suas próprias vidas. Um dos usuários, inclusive, sinalizou essa questão: “eu gosto desse grupo por que é um dos poucos que não fala só de drogas.”

Outro aspecto importante em relação à implementação da GAM foi a compreensão de que tal estratégia não pode ser tomada como um curso contínuo em que todos precisam seguir o Guia GAM do início ao fim. Diferentes estudos a respeito do uso desse guia em serviços de Saúde Mental apontam para seu caráter norteador (EDUARDO PASSOS, ANALICE PALOMBINI, ROSANA ONOCKO-CAMPOS, 201; ROSANA ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013), cuja participação se efetiva a partir da contratualidade cogestiva e da possibilidade de horizontalidade nas relações de poder entre profissionais e usuários em seu desenvolvimento: “a participação ganha força de negociação não apenas porque é proposta no texto do Guia, é também preciso experimentá-la enquanto prática concreta no grupo” (EDUARDO PASSOS, ANALICE PALOMBINI, ROSANA ONOCKO-CAMPOS, 2013).

Discutiu-se a importância de se ter ao menos um profissional de cada miniequipe do CAPS (ao todo são três: verde – Beira Rio; vermelha – Pé de Serra; azul – Alto da Serra, que demarcam dimensões territoriais - do centro, beira Rio ao mais periférico, o Alto da Serra) de

modo a articular diretamente com suas referências, a partir desse representante da miniequipe, possíveis demandas dos usuários que apareceriam nos grupos. Outro ponto importante para a consolidação do grupo é pensar inserção da gestão em todas as etapas desse processo, entendendo que o desenvolvimento do GAM no equipamento poderia também disparar processos de mudança na gestão do trabalho no equipamento.

Todos os encontros da GAM no CAPS AD Brasília contam com três momentos: o pré-GAM, o grupo GAM e o pós-GAM. Ou seja, os trabalhadores se reúnem antes de a GAM acontecer para prepararem o encontro e discutirem as demandas que apareceram nos grupos anteriores, bem como mediar conflitos existentes em relação à organização dos processos de trabalho. O grupo GAM é o desenvolvimento sempre a partir de turmas e discussões pactuadas coletivamente. O pós-GAM se caracteriza como uma discussão a respeito das circunstâncias/discussões/afetos que foram mobilizados pelo encontro GAM. É um momento importantíssimo para construir significação e sentidos sobre as questões que surgiram logo após o grupo se encerrar. A consolidação desses três momentos é fundamental para a organização desse espaço e para a construção de sentidos para experiências em curso.

Os grupos ocorrem às sextas-feiras e contam com quase 20 usuários semanalmente. Poucos usuários se mantêm no grupo desde o início: alguns participam uma ou duas vezes, outros em semanas alternadas.⁵⁴ Alguns iniciam ativamente sua participação, mas descontinuam a depender do uso que estão fazendo de drogas. Chama nossa atenção que o espaço da GAM no CAPS AD, independentemente da frequência que o usuário tem no grupo, tem sido um lugar de retorno. Alguns usuários, depois de longos períodos sem frequentar o CAPS pela condição de uso, encontram na GAM um espaço que os acolhe e não os julga. Esse é um ponto particularmente importante pois o grupo tem sido um espaço em que se acolhem as experiências e as adversidades, nos momentos de uso intenso de drogas ou em uma organização da vida cotidiana em relação ao uso. Ou seja, trata-se de um espaço que traduz o cuidado na linha da Redução de Danos.

Tem-se produzido nos grupos a ideia de que nenhum modo de estar no mundo precisa ser tomado como modelo para o outro. Nesse sentido, há muitos relatos de usuários que estão abstinentes no tratamento, enquanto outros não conseguem ou não desejam tal condição. Todas as possibilidades são escutadas e sustentadas no grupo. Percebemos que tal noção se mostra mais consolidada na medida em que o grupo conta com pessoas que o integram a mais tempo. Grupos que iniciam com usuários que estão participando pela primeira vez exigem maior

⁵⁴ Esse é um dado comum a vários outros espaços grupais do CAPS identificado pela equipe do equipamento. Trata-se de um elemento frequente na clínica de álcool e outras drogas.

esforço da equipe para firmar contratualizações importantes em relação à não estigmatização e a uma postura acolhedora frente às demandas do outro.

Outro aspecto interessante que consideramos como efeito da GAM no cotidiano do serviço é a possibilidade de experimentar as mudanças na forma como os profissionais se relacionam com os usuários a partir da escuta das experiências. Nas palavras da profissional farmacêutica:

Podemos observar mudança da nossa postura profissional, como o deslocamento do lugar de terapeuta, do saber absoluto que outrora, e por muitas vezes, fazia-nos sentir como detentores das respostas prontas. Houve ampliação dos horizontes éticos, quebra de estigmas e moralidade em relação ao uso de drogas. A nós fica incumbido o apoio ao grupo na produção de autonomia e na gestão compartilhada. No grupo, somos todos afetados.

Acreditamos que a GAM é uma ferramenta potente para que os usuários se insiram em um movimento coletivo e cogestivo, para que façam reflexões sobre diversos fatores da vida, munidos assim de novas informações, reflexões e esclarecimentos produzidos por essas trocas. Como apontamos, as discussões ultrapassam a questão das drogas, implicando a todos em pensar como viver em espaços coletivos, o que podemos fazer diante da solidão da cidade, como podemos criar modos de existência mais vivos em nosso mundo contemporâneo marcado pela exclusão, pelo trabalho excessivo e pelo esvaziamento das relações.

Nos capítulos que se seguem iremos adensar as diferentes noções de autonomia, a partir da literatura acadêmica da GAM e por meio de autores que sustentam argumentos acerca do tema, bem como pelos relatos de experiência da pesquisa-intervenção no grupo GAM do CAPS-AD da zona norte da cidade de São Paulo.

3.2 Percurso metodológico da pesquisa-intervenção

Conforme anunciamos na introdução, adotamos pressupostos ético-políticos de metodologias de pesquisa que não produzem cisões epistemológicas entre campo-pesquisa, pesquisador-pesquisado, indivíduo-sociedade, entre outras. Compreendemos que essas separações não comportam a gama de elementos heterogêneos que se produz quando incluímos diferentes planos de afetação e relacionais ao pesquisarmos junto, intervindo e interferindo no cotidiano, sobretudo nos serviços de saúde. Desse modo, dialogamos com os desafios do cuidado em saúde no plano das tecnologias leves (EMERSON MEHRY, 2002), que põem em jogo o trabalho relacional, cotidiano e que se realizam, portanto, no exercício de colocar lado a lado diferentes posições sobre as práticas de cuidado às pessoas que fazem uso de drogas, dando

visibilidade às controvérsias e às diferenças produzidas na construção de conhecimento. A esse processo, Ricardo Pimentel Mélo (2015) chama de metodologia “tensoativa”.

Balizados por esses parâmetros ético-políticos na produção de conhecimento, temos como referência teórico-metodológica os estudos em pesquisa-intervenção (MARISA LOPES DA ROCHA; KATIA FARIA DE AGUIAR, 2003; KATIA FARIA DE AGUIAR, 2003; MARISA LOPES DA ROCHA, 1996, 2001). Para as autoras, tal metodologia faz parte de um leque maior no campo metodológico em pesquisa qualitativa que é o da pesquisa-participante. O que caracteriza a pesquisa-intervenção, entretanto, é seu caráter interventivo, assim como as pesquisas-ação (MICHEL THIOLLENT, 2002), mas com enfoque analítico à luz do pensamento institucionalista (MARISA LOPES DA ROCHA; KATIA FARIA DE AGUIAR, 2003; KATIA FARIA DE AGUIAR, 2003; MARISA LOPES DA ROCHA, 1996, 2001).

Virginia Kastrup (2008), ao analisar pesquisas-intervenção institucionalista, enfatiza dimensões que convergem com nosso entendimento sobre este dispositivo metodológico: o campo de pesquisa é também espaço de intervenção, a partir de uma produção coletiva de conhecimento e de práticas heterogêneas, de modo que não há um conjunto de regras pré-determinadas no processo de pesquisa, como em investigações mais tradicionais. Há, entretanto, a construção com o campo de pesquisa, de modo que seja possível habitá-lo, com vistas a uma constante análise de implicação do pesquisador. Nesse sentido, o “conhecimento é assim produzido de maneira processual e singular, sustentando a complexidade, mapeando as forças presentes, analisando os efeitos dos encontros” (ROBERTA CARVALHO ROMAGNOLI, 2015, p. 132).

A pesquisa-intervenção, portanto, amplia as bases metodológicas das pesquisas participativas ao colocar como proposta a ação transformadora da realidade e, nesse sentido, radicaliza a noção de interferência na relação entre sujeito e objeto da pesquisa, aspecto evitado em parte dos estudos teórico-metodológicos. Na pesquisa-intervenção intervir e interferir é condição do próprio processo (MARISA LOPES DA ROCHA; KATIA FARIA DE AGUIAR, 2003).

Nessa direção, a construção da experiência GAM exige atenção processual e trabalho coletivo, sempre na forma cogestionária de reflexão e tomada de decisões, envolvendo todos os participantes. Trata-se de uma pesquisa que incorpora a própria experiência de construção da GAM como um campo vivo de reflexão sobre autonomia na relação com o cuidado de si.

A pesquisadora participou dos grupos GAM no CAPS-AD por quase três anos, com presença semanal nas três etapas do processo: pré-GAM, grupo GAM e pós-GAM, junto à equipe na sistematização dos encontros e organização dos próximos. Esteve em alguns dos

encontros de formação em educação permanente do GAMZÃO. Produziu diários e narrativas da experiência dos grupos, com foco nas ações e metodologia de trabalho e nos efeitos identificados, com vista à sistematização de informações que permitiram produzir eixos analíticos, a partir das cenas-enunciativa, discutida metodologicamente e descritas nos capítulos 4 e analisadas no capítulo 5 desta tese.

Participou de reuniões com demais pesquisadores da PUC-SP, vinculados ao programa do PET-Saúde e apoiou a organização de seminários de pesquisa (interno e com convidados).

Realizou algumas entrevistas individuais com profissionais psiquiatras, com foco na discussão sobre medicalização do uso de drogas, conforme capítulo 6.

O projeto de pesquisa conta com a aprovação da Supervisão Técnica de Saúde FÓ/Brasilândia e da Coordenadoria de Saúde Norte, responsável pelo território sanitário e serviços onde a experiência acontece. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo⁵⁵, por meio da Plataforma Brasil.

Os cuidados éticos aqui considerados baseiam-se na resolução nº. 510 de 2016⁵⁶ e também a CNS 466 de 2012⁵⁷ do Ministério da Saúde que regulamenta pesquisas com seres humanos. Foram trocados os nomes de todos os participantes citados, para manter em sigilo a identidade. Após a análise, discussão e conclusão da tese, apresentaremos devolutiva para os envolvidos na pesquisa, incluindo, se possível, atores estratégicos (como gestores dos serviços e representantes da gestão municipal).

55 Aprovação na Plataforma Brasil sob o número CAAE: 16427919.0.0000.5482

56 O documento pode ser consultado através do site: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em 13/09/16.

57 O documento pode ser consultado através do site: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 10/02/2021.

4. NOÇÕES DE AUTONOMIA NA PRODUÇÃO ACADÊMICA SOBRE A GAM

No Brasil, autonomia é um dos principais conceitos utilizados nas políticas de saúde, tanto na produção de estratégias de gestão, quanto no direcionamento das práticas de profissionais na atuação clínica e ações de saúde coletiva, sobretudo a partir do início dos anos 2000 (GASTÃO WAGNER CAMPOS, ROSANA ONOCKO-CAMPOS, 2006). Esse direcionamento conceitual, que ganha expressão após promulgação da Política Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2003) e também pelas portarias que regulamentam a Política Nacional de Saúde Mental, como a que institui a Rede de Atenção Psicossocial em 2011 (BRASIL, 2001), é um dos aspectos⁵⁸ que permitiu ao campo da saúde redimensionar o modelo de atenção que se atém ao foco em doenças por meio de práticas ambulatoriais, para caminhar em direção a ações preventivas e de promoção da saúde com centralidade no sujeito e sua singularidade. Passa a ser pautada a coconstrução de autonomia entre usuários e trabalhadores da saúde com aumento na capacidade de reflexão e de ação autônoma dos sujeitos envolvidos no cotidiano do cuidado (GASTÃO WAGNER CAMPOS, ROSANA ONOCKO-CAMPOS, 2006).

Conceitos não são estáticos e estão inseridos em uma rede dialógica de produção de práticas (MARY JANE SPINK, 1999; 2000; 2010). Assim, sinalizam Gastão Wagner Campos e Rosana Onocko-Campos (2006) que o conceito de autonomia se produz no campo histórico, político e se performa nas práticas de cuidado e não poder ser tomado por uma definição única e tratado em termos absolutos. Erotildes Leal (2001) nos alerta, na mesma direção, que o campo da saúde mental tem naturalizado alguns conceitos do cotidiano do trabalho do profissional da rede de atenção psicossocial, tratando-os de modo homogêneo, como se todo fazer profissional pudesse se valer dos mesmos processos, e harmônico, como se não houvesse tensionamentos entre o fazer cotidiano e o que se espera dentro das determinações de manuais técnicos.

Uma direção conceitual que tem ganhado consistência no campo das Reformas Sanitária e em Saúde Mental no Brasil é que autonomia não pode ser compreendida como uma instância absoluta (GASTÃO WAGNER CAMPOS, ROSANA ONOCKO-CAMPOS, 2006) e que, ainda, não pode ser tomada pelo imperativo da cura como objetivo final nas práticas de cuidado

⁵⁸ Seria pretensioso dizer que foram as políticas de Humanização em Saúde e a de Saúde Mental que produziram mudanças no modelo de atenção, quando, na verdade elas são efeito de um conjunto de estratégias: desde financiamento, implementação e expansão da Estratégia de Saúde da Família, reorganização da rede de atenção – sobretudo a atenção básica e suas ações de prevenção e atenção de base territorial-, além da formação em saúde e processos de educação permanente, nos governos de Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff.

em saúde mental (EROTILDES LEAL, 2001). A partir de um levantamento bibliográfico em produções acadêmicas e técnicas sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira dos anos de 1986 a 1998, Erotildes Leal (2001) encontrou 4 sentidos para autonomia no campo da saúde mental:

O primeiro aspecto como sinônimo de livre-arbítrio e autossuficiência, a partir da vontade sempre soberana do sujeito, com pouca ou nenhuma discussão entre a relação intrínseca entre indivíduo e sociedade. O sujeito aqui é abstrato, pois prescinde das relações sociais, políticas e econômicas para tomar suas decisões e modo autônomo; o segundo aspecto compreende autonomia de modo sempre limitado, a partir de uma compreensão cindida do próprio sujeito internamente: entre o eu e o outro de si, tomando a subjetividade como aspecto limitado à singularidade, com pouca reflexão sobre aspectos sociais; o terceiro, tal como o primeiro eixo, toma a autonomia também como livre-arbítrio e autossuficiência dos sujeitos, entretanto, limitada às condições do meio social (o ambiente constringendo a vontade de liberdade do indivíduo) e, por fim, autonomia é compreendida por meio da capacidade dos indivíduos em criarem possibilidades para suas próprias vidas, a partir da ampliação de suas relações sociais: aqui a subjetividade não é efeito somente das relações humanas com o meio social, como precisa ser considerada como algo mutável, por se dar na construção cotidiana das relações.

As considerações da autora acerca destas concepções são tecidas em torno de uma crítica necessária à ideia de autonomia mimetizada à individualidade, sem uma aposta na relação intrínseca entre indivíduo e sociedade e sem análise social, política e institucional sobre a produção de subjetividade contemporânea. Esses são aspectos que contribuem para a estagnação do conceito e para a produção de uma suposta clínica da reforma psiquiátrica, monolítica e uniforme. Afinal: quantas vezes percebemos, em nossas práticas nos serviços de saúde ou em conversas do cotidiano, a redução da ideia de autonomia de alguém que faz uso de drogas a manter trabalho e renda na relação com o uso de drogas ou àqueles que, em situação de uso, conseguem se manter abstinentes por um período.

Isso significa dizer que o modo como se criam processos de subjetivação acerca do uso de drogas tem efeitos em como as pessoas que fazem uso de drogas subjetivam seu consumo, nas práticas de cuidado e no cotidiano. Nesse sentido, precisamos considerar aspectos sociais, políticos e históricos da sociedade brasileira colonial, patriarcal e abolicionista, tal como vimos no primeiro capítulo da tese.

Neste capítulo pretendemos realizar uma revisão sistemática da produção acadêmica da GAM que tenha como foco de análise a discussão sobre autonomia. Para isso, elencamos todos os artigos publicados sobre a Gestão Autônoma da Medicação que colocaram o termo

autonomia, como uma de suas palavras-chaves. Para apoiar a construção e grades analíticas, realizamos o recurso da reticulação da bibliografia de todos os estudos elencados, ou seja: selecionamos todos os autores citados nos textos e agrupamos os que foram mais utilizados. Assim, conseguimos traçar a rede de autores que dão suporte aos argumentos presentes nos textos científicos, legitimando-os (DOLORES GALINDO, 2003). Ademais, a produção desse entrecruzamento de autores nos possibilitou fomentar e adensar a argumentação teórica desta pesquisa. O desenho metodológico desta revisão está descrito nos próximos tópicos.

4.1 As especificidades da gestão autônoma da medicação no Brasil

A problematização sobre prescrição médica de psicofármacos, os efeitos indesejados das medicações e a falta de autonomia na condução do tratamento foram os principais aspectos levantados pelos usuários de saúde mental de Québec, no Canadá, na década de 1990. Dentre as críticas ao modelo biomédico e às práticas de medicalização da vida, levantou-se a necessidade de compreender os diferentes significados que as medicações tinham na vida dos usuários, a singularização do cuidado e a qualidade de vida. Por meio de um processo coletivo entre usuárias(os), profissionais de redes comunitárias de serviços alternativos em saúde, que não eram oferecidos pelo governo do Canadá, pesquisadoras(es) e associações defensoras dos direitos dos(as) usuários(as), que se originou a GAM: Gestão Autônoma da Medicação (Onocko-Campos et al, 2014).

Em 2001, em Quebec, foi criado o *Gestion Autonome de la Médication de l'Alme - Mon Guide Personel* (Gestão Autônoma da Medicação da Alma - Meu Guia Pessoal), voltado a usuários e usuárias com diagnósticos de saúde mental, a fim de repensar o uso da medicação. Inicialmente o guia convida a pessoa a refletir sobre a própria vida, focalizando aspectos a serem melhorados. Independentemente de a medicação fazer parte de tais aspectos, o guia contém informações sobre indicações de uso da substância, efeitos colaterais, interações e doses terapêuticas. Em um segundo momento, o guia propõe um método de diminuição gradual do uso da medicação junto a um trabalho com médicos(as), para quem sente esta necessidade ou este desejo. Observa-se, portanto, que é partir do diálogo e da troca entre os próprios usuários, na realidade canadense, que se possibilita a autonomia destes, garantindo-lhes efetiva participação nas decisões relativas a seus tratamentos nos serviços de saúde (SANTOS, 2014). Cabe dizer, partindo de uma compreensão histórica da dimensão sociocultural da GAM no Canadá, que o lugar institucional da saúde mental se dá em serviços alternativos que funcionam à parte da máquina do Estado, diferente do contexto brasileiro em que a estratégia GAM se desenvolveu a partir de pesquisas-intervenções entre as Universidades e a rede pública de saúde.

Esse processo se deu por meio de dispositivos grupais indicando que a noção de autonomia na GAM brasileira pressupõe coletividade, compartilhamento e negociação das diferenças (PASSOS et al, 2013) entre usuários, trabalhadores e pesquisadores.

Há também iniciativas recentes da GAM na região da Catalunha, na Espanha. Foram disparadas a partir das experiências no Canadá e no Brasil, com início em 2017, por meio de um projeto de pesquisa participativo no campo da saúde mental coletiva chamado de *La gestión colaborativa de la medicación* - Gestão Colaborativa da Medicação” [tradução nossa]. A substituição do termo autonomia por colaboração foi realizada a fim de evitar mal-entendidos, relacionando autonomia com automedicação (ÁNGEL MARTÍNEZ-HERNÁEZ *et al.*, 2020)⁵⁹. No contexto catalão, a pesquisa de adaptação do guia à realidade local também envolveu universidades e programas de pesquisa, além de inserções nos serviços de saúde, gestados por instituições público-privadas, tal como algumas cidades brasileiras. Associações civis organizadas, como é caso da Rádio Nikosia⁶⁰, também tiveram inserção na pesquisa, com participação prioritária de usuários e familiares.

Há, portanto, características distintas em relação à implementação da GAM nos diferentes países em que ela tem sido difundida: no Canadá, ela surge como uma estratégia desenvolvida pelas pessoas com experiência de “sofrimento mental”, em associações civis organizadas, por meio de trocas afetivas e relatos de experiências singulares sobre tal sofrimento, instituindo relações de suporte mútuo, conhecimento e fortalecimento pessoal frente ao paradigma da medicalização da vida (LOURDES R. DEL BARRIO; CÉLINE CYR; LISA BENISTY; PIERRETE RICHARD, 2013).

No Canadá, a GAM se constitui como metodologia de *recovery*, que vem ganhando expressão, desde a década de 1980, por meio de abordagens em saúde mental que pressupõem a participação e integração comunitária das pessoas com experiência de sofrimento e/ou doença psíquica em seu processo de recuperação (TERESA DUARTE, 2007), a partir da percepção em

59 Nos artigos sobre o desenvolvimento do projeto da Gestão Colaborativa da Medicação na Catalunha (ÁNGEL MARTÍNEZ-HERNÁEZ *et al.*, 2020; MERCEDES SERRANO-MIGUEL; ÁNGEL MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2020) não há maiores explicações sobre a retirada do termo “autonomia”, embora se trate de um elemento analisador, na nossa concepção.

60 Esta pesquisa contou com financiamento da PUC-SP para realização de um intercâmbio acadêmico entre mim, representando a equipe de pesquisa GAM da PUC-SP e os pesquisadores espanhóis do Observatório Internacional das práticas GAM, na figura da professora Dra. Mercedes Serrano-Miguel. Durante o período de um mês, foi possível acompanhar as atividades da Rádio Nikosia e suas atividades autogestionárias e com foco na autonomia dos usuários e participar da construção de um artigo sobre as experiências. Na época, o Guia da Gestão Colaborativa da Medicação estava em fase de finalização e não foi possível acompanhar os grupos da GCM, especificamente. As experiências foram descritas em um modelo de diário de campo e publicado em um blog para ampliar o acesso. Para acessá-lo: pesquisandoautonomia.blogspot.com.br

primeira pessoa sobre noções de melhora (IVANA P. BACCARI; ROSANA ONOCKO-CAMPOS; SABRINA STEFANELLO, 2015).

Na Espanha, a pesquisa de adaptação da GAM à realidade Catalã é pioneira no continente europeu e surge em meio a outras experiências alternativas europeias em saúde mental, com foco na redução ou extinção do uso medicação psicotrópica, sobretudo quando estes são inseridos nos primeiros episódios de crise. Um exemplo dessas práticas inovadoras é chamado *Open Dialogue*, originário da Finlândia, especificamente na região da Lapônia (JAAKKO SEKKULA et al, 2006)⁶¹.

Assim como no Brasil, a experiência espanhola parte da universidade por meio de pesquisa participativa nos serviços de saúde mental comunitária, mas também se insere em associações cívicas de usuários e familiares (ÁNGEL MARTÍNEZ-HERNÁEZ et al., 2020).

No Brasil a inserção se dá, majoritariamente, por meio de projetos de pesquisa-intervenção das universidades e com atuação prioritária nos serviços públicos de saúde. Com isso, é importante ponderar que a estratégia GAM no Brasil, ao se firmar nas Universidades e nos Serviços de Saúde, aponta para dois caminhos de análise: o primeiro sinaliza as dificuldades de sustentação das associações civis no campo da Reforma, com a inserção de familiares e usuários (EDUARDO MOURÃO VASCONCELOS, 2003; 2013) e o segundo demonstra a importância da efetivação das políticas públicas de saúde e educação na garantia de direitos sociais: os efeitos de autonomia da estratégia GAM na vida das pessoas puderam acontecer pela convergência da política de saúde com foco em estratégias grupais de promoção e prevenção de saúde, equipes interdisciplinares e redirecionamento do modelos de atenção com o fomento do tripé ensino-pesquisa-extensão nas universidades, sobretudo, públicas.

Eduardo Mourão Vasconcelos (2013) explica que as características conjunturais forjadas nos países de tradição anglo-saxônica são diferentes dos de origem latina, como é o caso do Brasil. Em estudos anteriores, o autor observa que no caso dos países europeus do Norte, a cultura é marcada pelo protestantismo, com práticas mais individualistas, a partir da noção de autoajuda e superação de si, associada ao neoliberalismo. Poucas ações de coletivização, com ênfase na individuação das práticas sociais, a partir do entendimento que problemas precisam

61 A experiência do Open Dialogue tem sido replicada em diversos países, a partir da premissa fundamental de respeito às singularidades no tratamento de pessoas em crises psicóticas (foco da experiência), com o mínimo de intervenção medicamentosa, reuniões abertas nos hospitais (desde o princípio do tratamento as famílias também são convidadas para as reuniões, semelhantes ao que chamamos de “discussão de caso”, nos CAPS). Para os profissionais que trabalham e pesquisam o Open Dialogue, o tratamento ideal é o que garante ajuda imediata, com a inclusão da família e da rede social da pessoa em crise (ANA CAROLINA FLORENCE; SILVIO YASUI, 2019).

ser resolvidos individualmente. Ademais, há forte influência das instituições do terceiro setor nas políticas sociais. Nos países europeus mais próximos do mediterrâneo, de origem latina, como é o caso da Espanha, encontra-se influência direta do catolicismo, com uma cultura mais hierárquica, familiar e comunitária, além da valorização de políticas sociais estatais. Valora-se a vínculos, cultivados por meio dessas estruturas sociais (*Idem*, 2003; 2011; 2013).

No caso do Brasil, o autor avalia que os movimentos sociais, tanto da Reforma Sanitária quanto da Psiquiátrica, apresentam perfil parecido com os países do Sul da Europa: cultura patrimonialista e hierárquica e há preponderância de profissionais e agentes estatais no engajamento político. Ademais, as associações civis de defesa do direito à saúde, geralmente são mistas – usuários, familiares e profissionais – e com maior protagonismo executivo e de ativismo dos trabalhadores da rede que dos usuários.

É fundamental correlacionar a isso o abismo socioeconômico brasileiro e suas barreiras de acesso aos direitos sociais, somado ao desemprego, trabalho informal e precarização das relações trabalhistas que são aspectos nevrálgicos do projeto neoliberal brasileiro e têm efeitos diretos na produção material da vida das famílias e usuários.

Em relação à realidade da saúde, observam-se os diferentes modelos de atenção coexistindo e demarcando as diferenças sociais: a saúde privada e os planos de saúde utilizados pelas classes média e alta, cujos mecanismos de regulação resultam na fragmentação do cuidado, centrado na lógica dos contratos. E o Sistema Único de Saúde que, embora universal com foco na integralidade, é tido como um conjunto de serviços feitos para atender à população pobre. Tal característica, salienta o autor, é diferente da realidade de outros países que possuem programas de saúde universais, como é o caso da Inglaterra e Canadá. Um dos efeitos dessa segmentação é a baixa adesão de familiares e usuários com condições materiais e recursos socioeducacionais no ativismo de instituições de iniciativas mais autônomas e antimanicomiais. Nesse sentido, as lideranças das classes populares têm mais dificuldades, tanto na continuidade de seu próprio cuidado, quanto na falta de recursos para manutenção do ativismo.

Para Eduardo Mourão Vasconcelos (2013) “a combinação de todas essas características tende a dificultar a extensão massiva de estratégias de participação popular e de empoderamento no sistema das políticas sociais” (p. 2829), mas não a impede. O que muda, em relação aos outros países, é que a participação popular no Brasil ganha contornos próprios, atravessados pelas diferentes dinâmicas sociais e culturais. Trabalhos anteriores do autor (*Ibidem*, 2003; 2008) demonstram que no Brasil e nos países latino-americanos próximos, há um solo teórico,

político e epistemológico que contribuem para estratégias de empoderamento e movimentos populares⁶².

A GAM, para o autor, é uma das abordagens em saúde mental no Brasil que trabalha com o protagonismo dos usuários com vistas para práticas autonomistas, na relação com os serviços públicos de saúde e fortalece a participação popular na política de saúde. É importante mencionar que, desde sua origem, o projeto de pesquisa participativa de adaptação do Guia GAM à realidade brasileira, contou com o dispositivo de participação popular, chamado Comitê Cidadão: contou com a atuação ativa de usuários e familiares em todas as etapas da pesquisa, desde a inserção nos grupos GAM, participação nas reuniões multicêntricas, além das viagens para conhecer as diferentes experiências, incluindo o intercâmbio com membros da ARUCI-SMC canadense (EDUARDO PASSOS et al, 2013). Participação social, cidadania, a partir de uma produção de projetos comuns, e protagonismo foram efeitos observados nesse processo, ao tomar a cogestão como eixo fundamental na construção da GAM (*Ibidem*).

62 Para Eduardo Mourão Vasconcelos (2013), são eles: a tradição do cristianismo relacionando a Teologia da Libertação; as tradições de educação popular a partir, principalmente, das contribuições de Paulo Freire; estratégias de controle social incorporadas à política pública de saúde a partir da participação paritária da sociedade social na gestão do SUS, nos três entes federativos; teatro popular e teatro do oprimido; aporte teórico-metodológico da psicologia social brasileira e latino-americana e do movimento institucionalista e grupalista francês (com difusão direta no Brasil e na Argentina); movimento da economia solidária e os movimentos antimanicomiais, atrelados com o da reforma sanitária.

4.2 Metodologia da revisão integrativa sobre autonomia nos artigos sobre a GAM

Para compreender os diferentes significados em relação a noção de autonomia nas práticas GAM no Brasil, realizamos uma revisão integrativa da literatura, método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis acerca do tema estudado. O objetivo final é produzir o estado contemporâneo do conhecimento sobre a temática analisada, a implementação de intervenções, além da identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas (KARINA MENDES; RENATA SILVEIRA; CRISTINA GALVÃO, 2008). Para nosso estudo, tal metodologia será fundamental na identificação das diferentes noções de autonomia que circulam na produção acadêmica brasileira sobre a GAM.

Para a elaboração e condução dessa revisão, buscou-se na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-MS) artigos sobre a Gestão Autônoma da Medicação que necessariamente tivessem o termo autonomia como uma das palavras-chave. Foram incluídos todos os artigos encontrados, independente do ano de publicação, que tratassem da experiência brasileira da GAM. Não foram excluídos artigos escritos em outros idiomas. Foram selecionados somente artigos indexados, sendo excluídas, nesse momento, teses e dissertações.

Ao total foram encontrados 50 artigos sobre a Estratégia GAM no Brasil com publicações desde 2011 a 2020. Desses, 18 corresponderam aos critérios de inclusão preestabelecidos e constituem o estudo, conforme tabela a seguir:

Tabela 1: Artigos selecionados sobre a GAM com autonomia na palavra-chave.

TÍTULO	ANO	AUTORES
1a. Geração		
1 Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação / Multicenter adaptation of the guide for autonomous management of medication / Adaptación multi-céntrica del guía para la gestión autónoma de la medicación	2012	Campos, Rosana Teresa Onocko; Palombini, Analice de Lima; Silva, André do Eirado; Passos, Eduardo; Leal, Erotildes Maria; Serpa Júnior, Octávio Domont de; Marques, Cecília de Castro e; Gonçalves, Laura Lamas Martins; Santos, Deivisson Vianna Dantas dos; Surjus, Luciana Togni de Lima e Silva; Arantes, Ricardo Lugon; Emerich, Bruno Ferrari; Otanari, Thais Mikie de Carvalho; Stefanello, Sabrina.
2 Experiência de Autonomia Compartilhada na Saúde Mental: O “Manejo Cogestivo” na Gestão Autônoma da Medicação	2012	Eduardo Passos ¹ Sílvia Vasconcelos Carvalho ² Paula Milward de Andrade Maggi ³
3 O Comitê Cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental	2013	Passos, Eduardo; Otanari, Thais Mikie de Carvalho; Emerich, Bruno Ferrari; Guerini, Lorena.
4 A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental	2013	Rosana Teresa Onocko-Campos ^I ; Eduardo Passos ^{II} ; Analice de Lima Palombini ^{III} ; Deivisson Vianna Dantas dos Santos ^I ; Sabrina Stefanello ^I ; Laura Lamas Martins Gonçalves ^I ; Paula Milward de Andrada ^{II} ; Luana Ribeiro Borges ^I
5 Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira.	2013	VASCONCELOS, Eduardo Mourão
6 Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM) / Autonomy and co-management in mental health practice: the autonomous medication management device (AMM)	2013	Passos, Eduardo; Palombini, Analice de Lima; Campos, Rosana Onocko; Rodrigues, Sandro Eduardo; Melo, Jorge; Maggi, Paula Milward; Marques, Cecília de Castro e; Zanchet, Livia; Cervo, Michele da Rocha; Emerich, Bruno.
7 Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	2014	EMERICH, BF; ONOCKO CAMPOS R, PASSOS E.
2a. Geração		
8 EMPODERAMENTO E AUTONOMIA EM SAÚDE MENTAL: O GUIA GAM COMO FERRAMENTA DE CUIDADO	2016	Ana Carolina Machado Freitas ¹ , Juliana Beatriz Reckziegel ¹ , Rita de Cássia Barcellos ²
9 Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação	2017	Gonçalves, Laura Lamas Martins; Campos, Rosana Teresa Onocko.
10 Autonomias errantes: processos de autonomização em saúde mental	2017	ZAMBILLO, Marciana; Analice de Lima Palombini
11 Da prescrição à escuta: efeitos da gestão autônoma da medicação em trabalhadores da saúde / From prescription to listening: effects of gaining autonomy and medication on health workers	2019	Santos, Deivisson Vianna Dantas dos; Onocko-Campos, Rosana; Basegio, Daniele; Stefanello, Sabrina.
12 Gestão Autônoma da Medicação: saberes e visibilidades de usuários de saúde mental em universidades no interior do RS	2019	Leonardo Lima de Senna Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil Marcos Adegas de Azambuja Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil
13 Grupo de gestão autônoma da medicação num centro de atenção psicossocial: experiência de usuários	2019	Caroline Poletto Favero , Jeferson Rodrigues Ingrid Pires Silva, Deivisson Vianna Dantas dos Santos Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso, Sarah Soares Barbosa Sabrina Stefanello

14	Gestão autônoma de medicamentos: participação do usuário da saúde mental na construção do seu tratamento/	2019	Thais Mendes Gomes, Renata Valerio
3a. Geração			
15	Produção de grupalidade e exercícios de autonomia na GAM: a experiência do Rio Grande do Sul	2020	Analice de Lima Palombini; Douglas Casarotto de Oliveira; Júlia Arbhold Rombaldi; Vera Lúcia Pasini
16	GAM, Apoio e Cuidado em CAPS AD	2020	Eduardo Caron; Laura Carmargo Macruz Feuerwecker; Eduardo Passos
17	Articulações GAM em Santos e a partir de Santos	2020	Luciana Togni de Lima Surjurs; Roberta Regina Castellano Linhares, Erika Marinheiro Pereira; Beatriz César Lauria, Ana Maria Thomé.
18	Uma Composição Experimental do Guia GAM: favorecendo vidas pulsantes	2020	Ricardo Pimentel Mélo, Julaiam Sampaio, Tércila Silva de Lima e Carlina Castro veras.

Fonte: Camila Aleixo de Campos Avarca

Agrupamos os artigos em três tempos históricos distintos, a partir de características comuns: que estamos chamando de artigos da primeira geração foram publicados entre os anos de 2012 e 2014 e têm em comum tratarem da adaptação do Guia GAM a realidade brasileira e os primeiros estudos sobre a aplicabilidade da metodologia nos serviços de saúde, sobretudo nos serviços especializados de saúde mental de adultos. Os artigos contam, sobretudo, das experiências nas cidades de Campinas (SP), Rio de Janeiro (RJ) e em Novo Hamburgo (RS), locais onde a pesquisa se iniciou entre os anos de 2009 a 2011, com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Nos artigos da primeira geração, o tema da cogestão é central e a GAM aparece, sobretudo, como um dispositivo promissor no fortalecimento da reforma psiquiátrica brasileira.

Os artigos da segunda geração, publicados entre 2016 e 2019, ampliam a discussão sobre a metodologia GAM, a partir de análises que buscam compreender tanto a perspectiva dos usuários em relação à GAM, quanto os efeitos nas práticas dos profissionais de saúde e mudanças na lógica dos serviços. A GAM passa a ser utilizada como uma estratégia de cuidado em saúde mental, a partir das diferentes experiências, com expansão para outras regiões do país. A discussão sobre cogestão produzida pela GAM continua central na produção de práticas autonomistas e o protagonismo dos usuários e sua corresponsabilização pelo seu tratamento, com enfoque na desestabilização das relações de poder entre eles e os profissionais de saúde como um de seus efeitos

A terceira geração de estudos sobre a GAM, como efeito da criação do Observatório Internacional das Práticas GAM em 2017 e da compilação das principais experiências brasileiras que compõem o Dossiê da revista Polis e Psiquê, sobre os 10 anos da GAM no Brasil, amplia os estudos sobre a experiência GAM em diferentes cidades do Brasil. O destaque desse conjunto de artigos é a diversidade de contextos e de serviços da rede de atenção à saúde em que a GAM vem se inserindo: os equipamentos de saúde mental adulto deixam de ter centralidade e

observa-se a capilarização da experiência nos diferentes pontos da rede de atenção. Há grupos na atenção básica, nos CAPS infanto-juvenis, debatendo as tensões da discussão de autonomia no campo da infância e juventude e, por fim, destacamos a inserção da GAM nos CAPS-AD: as drogas passam a ser tratadas desde sua inseparabilidade entre as prescritas, proscritas e lícitas (ELISA ZANERATTO ROSA et. al, 2020) e radicaliza a discussão sobre os modos de vida precarizados, marcadores sociais e as dimensões interseccionais presentes nessa relação. A GAM, nestes cenários, como veremos nesta pesquisa, se depara com os desafios atuais no campo da reforma psiquiátrica e sanitária: a necessária desmoralização do uso de drogas, o entendimento sobre os efeitos do proibicionismo no cuidado às pessoas que usam drogas – entre eles, o racismo estrutural, violência de Estado e relações de gênero –, e a complexidade da garantia do cuidado em rede diante de situações de violência e miséria.

Por fim, realizamos a reticulação bibliográfica desses 18 artigos selecionados. Tal técnica consiste em tecer uma “rede de recursos de legitimação de argumentos presentes em um texto científico” (DOLORES GALINDO, 2003, p. 06). Em outras palavras, com a sistematização dessas referências bibliográficas, selecionamos os autores que mais se repetem, bem como suas obras mais citadas, a fim de identificar outras vozes presentes na discussão sobre noção de autonomia, nos diferentes campos do saber e que não, necessariamente, tem relação com as práticas GAM. Foram destacados na tabela somente os artigos que tiveram mais de duas citações.

Quadro 1: Resultado da reticulação bibliográfica

Paulo Amarante	Obras citadas	Quantidade
6 citações	Amarante P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: Amarante P, organizador. Archivos de saúde men- tal e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Nau; 2003. p. 45-66.	1
	Amarante P. <i>Loucos pela vida: a trajetória da refor- ma psiquiátrica brasileira</i> . Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.	3
	Amarante P. Saúde mental e atenção psicos- social. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. (Coleção Temas em Saúde).	2
Gastão Wagner Souza Campos	Obras citadas	Quantidade
22 citações	Campos GWS, organizador. <i>Saúde Paidéia</i> . São Paulo: Hucitec; 2003.	1
	Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. <i>Cienc Saude Colet</i> . 2010; 15(5): 2337-44.	2
	Campos GWS. Um método para a análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições : o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.	7
	Campos, G. W. S. (2001). <i>Apoio Paidéia</i> . Recuperado de http://www.redehumanizaus.net/site/s/default/files/apoio_paideia_-_gastao_1.pdf	1
	Campos, G. W. S. (2006). Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. <i>Trabalho, Educação e Saúde</i> , 4(1), 19-31.	1
	Campos, G. W. S. (2012). Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In M. C. S.	1
	CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. <i>Saúde Paidéia</i> . São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-67. [Links]	1
	CAMPOS, G. W. S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3033-3040, 2011. [Links]	1
	Campos, G.W.S. (1994). A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde. Em Campos, G.W.S. <i>A saúde pública e a defesa da vida</i> . São Paulo: Hucitec. [Links]	1
	Campos, G.W.S. (2007). O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. <i>Ciência e saúde coletiva</i> , 12(10), 1865-1874. [Links]	1
	Campos, G.W.S. & Onocko Campos, R. (2005). Coconstrução de autonomia: o sujeito em questão. In Campos, G. W. S. et al (Eds). <i>Tratado de Saúde pública</i> (pp. 86-107). São Paulo: Hucitec. [Links]	5

Fonte: Camila Aleixo de Campos Avarca

Quadro 2: Resultado da reticulação bibliográfica

Rosana Onocko-Campos	Obras citadas	Quantidade
49 citações	Campos, O. R. T., Palombini, A. L. Silva, A. E. Passos, E. Leal, E. Serpa, O. Marques, C. Gonçalves, L. L. Santos, D. Surjus, L. T. Arantes, R. L. Emerich, B. Otanari, T. M. C. Stefanello, S. et al. <i>Adaptação multicêntrica de um Guia para a Gestão Autônoma da medicação</i> . Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v. 16, n. 43, p. 967-980, out/dez/2012.	9
	Campos, O. R. T., Passos, E., & Palombini, A. (2014). <i>Gestão autônoma da medicação – Guia de Apoio a Moderadores</i> . DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS: Disponível em: http://www.fcm.unicamp.br/fcm/labo_ratorio-saude-coletiva-e-saude_mental-interfaces .	9
	CAMPOS, Rosana Onocko et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , vol. 18, no 10, p. 2889- 2898, out 2013.	5
	Onocko Campos R, Furtado JP, Miranda L, Ferrer AL, Passos E, Gama CAP. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. <i>Rev Saude Publica</i> . 2009; 43(1):16-22.	2
	Onocko Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevi- des R, organizadores. <i>Pesquisa avaliativa em saúde mental</i> : desenho participativo e efeitos de narrati- vidade. São Paulo: Hucitec; 2008.	2
	Onocko Campos R, Furtado JP. A participação de diferentes grupos de interesse na geração de conhecimentos sobre a rede de serviços avalia- da. In: Onocko Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. <i>Pesquisa ava- liativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade</i> . São Paulo: Editora Hucitec; 2008. p. 231-48.	1
	Onocko Campos R, Gama CA, Ferrer AL, dos San- tos DVD, Stefanello S, Trape TL, Porto K. Mental health in primary care: An evaluative study in a large brazilian city. <i>Cien Saude Colet</i> 2011; 16(12): 4643-4652.	4
	Onocko Campos R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos GWS, organizador. <i>Saúde Paidéia</i> . São Paulo: Hucitec; 2003. p. 122-49.	1
	Onocko Campos R. Fale com eles! O traba- lho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. <i>Physis</i> (Rio J.) 2011; 21:1269-86.	1
	Onocko Campos R. Metodologia de pesquisa em políticas de planejamento e gestão em Saúde Coletiva. In: Barros NF, Cecatti JG, Turato ER, organizadores. <i>Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares</i> . Campinas: Unicamp; 2005. p. 261-71.	1
	Onocko Campos RT, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. <i>Rev Saúde Pública</i> 2008; 42:1090-6.	2
	Pesquisa ava- liativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 278-99.	2
	ONOCKO CAMPOS, R. T. Pesquisa qualitativa em políticas, planejamento e gestão em saúde coletiva. In: BARROS, N. F.; CECATTI, J. G.; TURATO, E. R. (Org.). <i>Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares</i> . São Paulo: Editora Unicamp, 2005. p. 261-271. [Links]	1
	Onocko Campos, R. T., Passos, E., Leal, E., Palombini, A. L., Serpa, O., Marques, C. C., ... Zanchet, L. (2008). <i>Pesquisa avaliativa de saúde mental: Instru- mentos para a utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos</i> . Campinas, Brasil: Universidade Estadual de Campinas.	1
	ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In: ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. (Org.). <i>Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade</i> . São Paulo: Hucitec, 2008. p. 321-334. [Links]	1
	Onocko Campos, R., Furtado, J. P., Passos, E., & Benevides, R. (Orgs.). (2008). <i>Pesquisa avaliativa em saúde mental. Desenho participativo e efeitos da narratividade</i> . Campinas, SP: Hucitec.	2
	ONOCKO CAMPOS, R.T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. <i>Rev. Saude Publica</i> , v.46, n.1, p.43-50, 2012.	1
	Onocko-Campos, R. & Furtado, J. P. (2008). Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In R. T. Onocko-Campos, J. P. Furtado, E. Passos, & R. Benevides (Orgs.). <i>Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade</i> (pp. 321 - 334). São Paulo: Hucitec.	2
	Onocko, C. R. (2001). <i>Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental</i> . Saúde em debate, Rio de Janeiro, V. 25, n. 58, p. 98-111.	1
	Onocko, R. (2003). A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. Em Campos, G.W.S. <i>Saúde Paidéia</i> (p.122-149). São Paulo: Hucitec. [Links]	1
Gilles Deleuze	Obras citadas	Quantidade
6 citações	Deleuze G. (2016). O que é um dispositivo? In G. Deleuze. <i>Dois Regimes de Loucos</i> (pp. 359 - 369) São Paulo, SP: Editora 34.	1
	Deleuze, G. (1974). <i>Lógica do sentido</i> . São Paulo: Perspectiva. [Links]	1
	Deleuze, G. (1988). <i>Diferença e repetição</i> . Rio de Janeiro: Graal. [Links]	2
	Deleuze, G. (2005). <i>Foucault</i> . Tradução Claudia Sant'Anna Martins; revisão da tradução Renato Ribeiro. São Paulo, SP. Brasiliense.	1
	Deleuze, G., & Guattari, F. (1997) Acerca do ritornelo. In G. Deleuze & F. Guattari. <i>Mil Platôs : capitalismo e esquizofrenia</i> (Vol. 4, pp. 100-149). São Paulo: Editora 34. [Links]	1
Michel Foucault	Obras citadas	Quantidade
15 citações	Foucault, M. (1972). <i>História da Loucura na Idade Clássica</i> . São Paulo, SP: Editora Perspectiva.	1
	Foucault, M. (1978). A governamentalidade. Em <i>Microfísica do poder</i> (pp. 163-172). Rio de Janeiro: Graal. [Links]	1
	Foucault, M. (1979). <i>Microfísica do poder</i> . Rio de Janeiro, RJ: Graal	1
	Foucault, M. (1984). <i>História da sexualidade 3: o cuidado de si</i> . Rio de Janeiro: Graal. [Links]	1
	Foucault, M. (1988). <i>História da sexualidade 1: a vontade de saber</i> . Rio de Janeiro: Graal. [Links]	2
	Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. In RABINOW, P & DREYFUS, H. <i>Michel Foucault – uma trajetória filosófica</i> (p. 231-249). Rio de Janeiro: Forense Universitária.	2
	Foucault, M. (1999). <i>Em defesa da Sociedade</i> . São Paulo, SP: Martins Fontes.	1
	Foucault, M. (2000 a). <i>Doença Mental e Psicologia</i> . Rio de Janeiro, RJ: Tempo Brasileiro.	1
	Foucault, M. (2000 b). <i>As palavras e as coisas</i> . São Paulo: Martins Fontes.	2
	Foucault, M. (2006). <i>A hermenêutica do sujeito</i> (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. [Links]	1
	Foucault, M. (2014). <i>A Ordem do discurso</i> . São Paulo, SP: Edições Loyola.	2

Fonte: Camila Aleixo de Campos Avarca

Quadro 3: Resultado da reticulação bibliográfica

Roberto Tykanori Kinoshita	Obras citadas	Quantidade
7 citações	Kinoshita R. T. (2001). <i>O outro da reforma: contribuições da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas</i> (Tese de doutorado. PPG em Saúde Coletiva, Unicamp, Campinas, SP).	4
	Kinoshita, R. L. T. (2009). Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. <i>Cadernos Brasileiro de Saúde Mental</i> , 1(1), 223 - 231. Recuperado de https://periodicos.ufsc.br/index.php/cb_sm/article/view/68443/0	1
	Kinoshita, R. T. (1996). Contraturalidade e reabilitação psicossocial. Em Pitta A (Ed.), <i>Reabilitação psicossocial no Brasil</i> (p. 55-59). São Paulo: Hucitec. [Links]	2
Eduardo Passos	Obras citadas	Quantidade
25 citações	Passos E, Barros RB. A cartografia como método da pesquisa-intervenção. In: Kastrup V, Escóssia L, organizadores. <i>Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade</i> . Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 17-31.	3
	Passos E, Benevides R. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. <i>Psicol. clín</i> 2001; 13(1):89-	1
	Passos E, Otanari TMC, Emerich BF, Guerini L. O Comitê Cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. <i>Cienc Saude Colet</i> . 2013; 18(10): 2919-28.	1
	Passos E, Palombini AL, Onocko Campos R. Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. <i>ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjetividade</i> 2013; 3:4-17.	3
	Passos E, Palombini, AL, Onocko Campos R, Rodrigues SE, Melo J, Maggi PM, et al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). <i>Aletheia</i> 2013; (41):24-38.	8
	saúde mental: a experiência da gestão autônoma da medicação (GAM) [relatório final FAPERJ Programa APQ1 2009/1]. Rio de Janeiro; 2011.	1
	Passos, E., & Barros, R. B. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. <i>Psicologia: Teoria e Pesquisa</i> , 16 (1), 71-79. doi:10.1590/S0102-3772200000100010 [Links]	1
	Passos, E., & Benevides, R. (2001). Clínica e Política na Experiência do Contemporâneo. <i>Psicologia Clínica</i> , 13 (1): 89-100.	1
	Passos, E., & Benevides, R. (2009). A cartografia como método de intervenção. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Orgs.), <i>Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade</i> (pp. 17-31). Porto Alegre: Sulina.	1
	Passos, E., & do Eirado, A. (2009). Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Orgs.), <i>Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade</i> (pp. 110-131). Porto Alegre: Sulina.	3
	Passos, E., Otanari, T. M., Emerich, B., & Guerini, L. (2013). O comitê cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , 18(10), 2919-2928. doi:10.1590/S1413-81232013001000016	1
	Passos, E.; Carvalho, S. V.; & Maggi, P. M. de A. Experiência de autonomia compartilhada na saúde mental: o “manejo cogestivo” na Gestão Autônoma da Medicação	1
Lourdes Rodríguez del Barrio	Obras citadas	Quantidade
10 citações	Rodriguez del Barrio L, Corin E, Poirel M-L, Drolet M. Limites du rôle de la médication psychiatrique dans le processus de réhabilitation du point de vue des usagers, Pharmacologie et santé mentale. Montréal: Équilibre, Association Canadienne de Santé Mentale; 2006.	1
	Rodriguez Del Barrio L, Perron N, Ouellette JN. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: Onocko Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R. <i>organoza- dores. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade</i> . São Paulo: Editora Hucitec; 2008. p. 125-51.	4
	La Gestion autonome des médicaments de l'âme. <i>Nouvelles pratiques sociales</i> , 19(2), 111–127. Recuperado de https://www.erudit.org/en/journals/nps/1900-v1-n1-nps1724/016054ar/	2
	Rodriguez del Barrio, L., Cyr, C., Benisty, L. & Richard, P. (2013). Gestão Autônoma da Medicação: novas perspectivas sobre bem-estar, qualidade de vida e medicação psiquiátrica. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , 18(10), 2879 - 2887. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001000012&script=sci_abstr&act&tlng=pt	1
	Rodriguez L. Nouveaux paramètres pour l'élaboration des pratiques de soutien communautaire: Contribution des organismes communautaires et alternatifs au Québec. <i>Santé Mentale Au Québec</i> 2011; 36(1):35-56.	1
	RODRIGUEZ, L. et al. Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie: une voix ignorée. <i>Rev. Québécoise Psychol.</i> , v.22, n.2, p.1-23, 2001. [Links]	1
Eduardo Mourão Vasconcelos	Obras citadas	Quantidade
20 citações	Vasconcelos EM, organizador. <i>Abordagens psicossociais</i> . Volume II: Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec; 2008.	2
	Vasconcelos EM, Rodrigues J. Organização de usuários e familiares em saúde mental no Brasil. In: Vasconcelos EM, organizador. <i>Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira</i> . São Paulo: Hucitec; 2010. p. 141-162.	2
	Vasconcelos EM, Weingarten R, Leme CCCP, No-vaes PR, organizadores. <i>Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o trans-torno mental</i> . São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, EncantArte; 2006.	1
	Vasconcelos EM. <i>Abordagens psicossociais</i> . Volume I: história, teoria e prática no campo. São Paulo: Hucitec; 2008.	1
	Vasconcelos EM. Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de Pesquisa. <i>J Bras Psi-quiatria</i> 1995; 44(4):169-197.	1
	Vasconcelos EM. <i>Complexidade e pesquisa interdisciplinar</i> : epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes; 2002.	1
	Vasconcelos EM. Derechos y empoderamiento de usuarios y familiares en el terreno de la salud mental. <i>Atopos salud mental, comunidad y cultura</i> 2011; 11:23-44.	1
	Vasconcelos EM. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. <i>Revista Vivência</i> 2007; (32):173-206.	2
	Vasconcelos EM. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. <i>Ciênc Saúde Coletiva</i> 2013; 18:2825-35.	1
	Vasconcelos EM. <i>Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental</i> . Rio de Janeiro, Brasília: Escola de Serviço Social da UFRJ, Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde; 2013. No prelo.	1
	Vasconcelos EM. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus; 2003.	4
	Vasconcelos EM. Reinvenção da cidadania no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: Santos LC, Pereira ICG, Bisneto JA, Vasconcelos EM, organizadores. <i>Saúde mental e serviço social – o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade</i> . São Paulo: Cortez Editora; 2008. p. 69-95.	1
	Vasconcelos EM. Structural issues underpinning mental health care and psychosocial approaches in developing countries: the Brazilian case. In: Ramon S, Williams JE, editors. <i>Mental health at the crossroads: the promise of psychosocial approach</i> . Hants: Ashgate Publishing Limited; 2005. p. 95-107.	1
	VASCONCELOS, E. M. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. <i>Vivência, Natal</i> , v. 32, p. 173-206, 2007. [Links]	1

Fonte: Camila Aleixo de Campos Avarca

Em relação aos resultados da tabela, notam-se 5 eixos de discussão que mais se repetem e que, por isso, sustentam parte das discussões sobre autonomia na GAM:

a) a construções histórica e metodológica da estratégia GAM, sobretudo a partir da discussão da trajetória no Brasil, a partir do projeto de adaptação multicêntrica, quanto pela discussão conceitual sobre cogestão. Nesse cenário, tanto Rosana Onocko-Campos, quanto Eduardo Passos, com seus respectivos colaboradores de pesquisa, são autores mais citados. A respeito da discussão sobre *cogestão*, conforme veremos a seguir na articulação dos artigos, Gastão Wagner Souza Campos, sanitarista brasileiro, é um dos autores mais citados. Destaca-se a importância de modos mais cogestionários de pensar o trabalho em saúde, a partir da metodologia Paideia; entre outros sanitaristas;

b) Paulo Amarante e Roberto Tykanori Kinoshita representam, ambos, autores que vão sinalizar a importância da Reforma Psiquiátrica brasileira para a constituição das práticas GAM no Brasil, além de trazer o conceito de *autopoiéses*, no caso de Kinoshita, amparado nas discussões de Maturana e Varela, o seja: autonomia como uma noção que se produz a partir da possibilidade de criação;

c) Lourdes Rodrigues Del Bairro é bastante citada quando discutirmos a importância do enfrentamento ao paradigma de medicação da vida e o quanto, a GAM, é dispositivo de enfrentamento a essas práticas;

d) As obras de Michel Foucault e de Gilles Deleuze são utilizadas a partir de discussões variadas. De Foucault, destacam-se as que tratam da noção de biopolítica como estratégia de regulação da vida que, no caso das experiências GAM, se articula com a medicalização da vida enquanto prática social amparada pela emergência da noção de risco e configuração de ideais de vida saudável cujo alcance só se faz possível por meio de biotecnologias. Entre elas, a medicação. Nas obras de Deleuze, destacam-se os principais eixos da filosofia da diferença, marcada pela multiplicidade e alteridade na constituição de si, demarcando os perigos da homogeneização das políticas indenitárias. Nas discussões sobre a GAM, essa discussão se articula com a possibilidade de partilha das diferenças, a partir das enunciações dos diferentes modos de vida.

e) Por fim, Eduardo Mourão Vasconcelos introduz uma discussão sensível e necessária nas práticas GAM que é a da participação social. O autor, em seus estudos, analisa em diferentes partes do mundo aspectos histórico-políticos e sociais que influenciam na participação popular nos movimentos sociais, sobretudo os ligados ao eixo da Reforma Psiquiátrica. Embora o autor trabalhe com a noção de empoderamento que, para nós, trata-se de um termo difuso, e que é

facilmente capturado pela noção de autossuficiência, o autor sinaliza os desafios de práticas em saúde que partam das demandas dos usuários, a partir da voz destes.

A GAM se configura como um dispositivo importante de participação popular, a partir das práticas de cogestão. Por esse motivo, essa discussão se torna central em praticamente todas as publicações analisadas.

4.3 Cogestão como *ethos* do cuidado na produção de autonomia

O termo cogestão ganhou expressão a partir dos estudos de Gastão Wagner de Souza Campos (2000)⁶³ como elemento de transformação dos processos de trabalho em saúde e depois utilizado como um dos eixos centrais da Política Nacional de Humanização (PNH) como possibilidade de horizontalizar as relações de trabalho em saúde entre trabalhadores, gestores e usuários, possibilitando a construção coletiva do fazer em saúde, centrado no trabalho em equipe.

A dimensão do trabalho é eixo central na discussão sobre cogestão e parte de uma discussão adensada do autor sobre as racionalidades que operam no universo do trabalho e produzem diferentes modos de subjetivação no trabalhador. Para Campos (2007) o método científico da administração clássica taylorista ainda coexiste com outros modelos de gestão do trabalho, embora muitos discutam sua superação no que tange ao controle da produtividade por meio de controle das tarefas repetitivas e desconectadas do processo produtivo fabril, características do capitalismo industrial. De fato, afirma o autor, existiram mudanças radicais nesse sentido, ao incluir alguma flexibilidade na gestão das atividades laborais pelo trabalhador, interdisciplinaridade, contratos por terceirização e a inclusão dos aspectos emocionais no desenvolvimento organizacional, além da chamada gestão por competência, como nas teorias de administração do trabalho contemporâneas. Entretanto, o modo como se produziu a difusão hegemônica dos princípios de administração clássica taylorista instituiu a disciplina e controle como eixo central nos métodos de gestão: a docilização dos corpos dos trabalhadores (MICHEL FOUCAULT, 2009) e a renúncia dos desejos ainda é um projeto ativo que se completa com a compra da força de trabalho e institui práticas de centralização do poder, limitando a autonomia do trabalhador.

Assim, temos naturalizado os modos de fazer gestão de pessoas por meio da dominação e do controle, reduzindo o trabalhador à condição de coisa em tempos de empregos

63 Outros pesquisadores do campo da saúde coletiva, como Emerson Merhy, Luís Cecílio, entre outros, também compuseram o quadro de autores que estavam pensando a discussão sobre cogestão e modos de democratizar a gestão do SUS.

precarizados, aumento da terceirização e diminuição dos direitos trabalhistas, projeto do capitalismo neoliberal.

Um caminho micropolítico possível para construção de processos que instituem aos trabalhadores o lugar de sujeitos singulares, combinando compromisso social com liberdade, é a criação de espaços coletivos no modo de fazer gestão: o que Gastão Wagner de Souza Campos (2000) chamou de método da roda⁶⁴ ou de saúde Paideia, termo grego que significa desenvolvimento integral do ser humano (*ibidem*, 2003), quando relacionado com as práticas de trabalho em saúde.

A função Paideia, portanto, deve ser compreendida como uma dimensão da gestão que tem por objetivo produzir relações de processos de trabalho compartilhadas que levem em consideração a análise crítica da política e seus modos de operar poder, o conhecimento e o afeto: “a novidade estaria por conta de integrar-se estas três dimensões: a liberdade, ou a cidadania, ou saúde, tudo depende da capacidade de lidar com afetos, saberes e com o poder” (*Ibidem*, s/a)⁶⁵.

Na discussão sobre saúde Paideia, Gastão Wagner S. Campos (2003) apresenta a noção de clínica ampliada a partir de duas definições: a de campo – que seria a inserção profissional ampla e irrestrita no campo da saúde coletiva, onde todos os profissionais da saúde, com seus respectivos núcleos de saberes, operam e devem se responsabilizar – e de núcleo de saberes e suas responsabilidades: intervenções que competem especificamente ao médico, ao enfermeiro, aos psicólogos. A produção do que o autor chama de clínica ampliada pressupõe intersecção e deslocamentos coletivos da equipe na produção de projetos terapêuticos que levem em consideração a singularidades dos sujeitos e o comum das dimensões territoriais onde as pessoas vivem. O método Paideia, portanto, inclui diferentes arranjos nos processos de trabalho dos profissionais da saúde que produzem efeitos de coletivização, grupalidade, práticas de saúde mais democráticas. Ademais, parte da corresponsabilidade entre trabalhador e usuário, na construção e acompanhamento de projetos terapêuticos, por meio do que se conceituou por cogestão.

Essa é a base teórica e metodológica da Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2003) que se consolidou junto a diferentes sanitaristas brasileiros que, desde a

64 Tal metodologia foi inspirada nas experiências de nos importantes da reforma psiquiátrica, como é o caso de Bion, Tosquelles e Basaglia, em relação ao caráter terapêutico da inclusão dos doentes mentais nas decisões e gestão cotidiana (EDUARDO PASSOS *et. al.*, 2013b)

65 Texto disponível no site do autor, disponível em: <https://www.gastaowagner.com.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=20&id=111&Itemid=1000000000000>. Acesso em 06/08/2020.

década de 1990, se propuseram a produzir mudanças teórico-metodológicas no modelo tecnoassistencial das políticas de saúde (EDUARDO PASSOS et al, 2013b). Conforme observamos na tabela supracitada, essa discussão dialoga com os artigos sobre a GAM cujo eixo de discussão é autonomia e não por acaso: cogestão é diretriz éticopolítica, tanto da Política Nacional de Humanização – PNH, quanto das práticas GAM, pelo desejo de democratizar o poder em suas diferentes dimensões, com vistas para a autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos. Ademais, pressupõe instâncias de participação social que não se limitam aos conselhos gestores instituídos na lei 8042 de 1990. É no fazer coletivo no cotidiano das unidades de saúde que a cogestão opera a partir de propostas colegiadas que garantam o “que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente” (BRASIL, 2009a, p 09).

Nesse sentido, iniciar as pesquisas GAM no Brasil com esse solo institucionalizado para dentro da política pública de saúde, permitiu ao coletivo de pesquisadores tomar a cogestão como eixo estruturante das pesquisas-intervenções, produzindo um duplo movimento que “ao democratizar as relações, [permitiu a ativação] do processo de construção do direito à saúde e à cidadania” (EDUARDO PASSOS *et al*, 2013, p. 2921), ou seja, ao qualificar processos cogestivos de trabalho no SUS, produziu cuidado apostando no protagonismo dos usuários (*Ibidem*).

Essa entrada foi fundamental à medida em que imbricou o processo da construção das pesquisas GAM em meio ao caráter democrático da Reforma Psiquiátrica brasileira, com a possibilidade de construir espaços nos serviços de saúde permeados – ainda que, em um primeiro momento, pelas letras da Política Nacional de Humanização – pelo fazer cogestivo. Ou seja, tratou-se de um tempo histórico de sintonia entre a Reforma Sanitária com a Reforma Psiquiátrica (EDUARDO PASSOS; SILVIA CARVALHO; PAULA MAGGI, 2012).

Outro aspecto é que a relação entre Universidade e Serviços de Saúde Mental, por meio de pesquisas-ação/pesquisa-intervenção, em sua premissa ética, parte da inseparabilidade entre pesquisa e intervenção com foco na mudança social: não se pesquisa sobre outro, pesquisa-se com ele. Essa perspectiva metodológica em si é apontada como aspecto relevante na produção de autonomia a partir da GAM (EDUARDO PASSOS; SILVIA CARVALHO; PAULA MAGGI, 2012).

O caráter cogestivo da GAM é apontado por diferentes autores (*IBIDEM*; EDUARDO PASSOS et al, 2013; MARCIANA ZAMBILLO; ANALICE PALOMBINI, 2017; ROSANA ONOCKO-CAMPOS et al, 2012) como um dos principais eixos para que a haja efeitos de autonomia tanto na vida dos usuários, quanto na qualificação dos profissionais. Foram

observados no conjunto das experiências selecionadas, aumento na capacidade dos usuários dialogarem e contratualizarem seus projetos terapêuticos com as equipes, aumento na relação de conhecimento em relação ao uso das medicações e, com isso, maior possibilidade de cuidado de si e dos outros (DEIVISSON SANTOS et al, 2019), bem como a multiplicação de possibilidades de conexão com o mundo, além dos efeitos de corresponsabilização (ANALICE L. PALOMBINI et al, 2020).

Para isso, entretanto, o caráter grupal da GAM precisa estar permeado pela possibilidade de se constituir em meio às diferenças e heterogeneidades (EDUARDO CARON, 2019) para que novos modos de subjetivação possam emergir a partir do conceito de Félix Guattari (1985) de transversalidade. O plano de transversalidade que se opera na GAM para que haja produção de autonomia, se dá a partir dos questionamentos de heteronomias da dimensão vertical de grupos – pelas hierarquias e relações de poder – e pela desestabilização dos processos grupais marcados pela excessiva homogeneização que produz estabilidade indenitárias (EDUARDO SIMONINI; ROBERTA ROMAGNOLI, 2018), produzidas por uma da dimensão horizontal de dinâmicas grupais (FELIX GUATTARI, 1985).

4.4 Efeitos do manejo cogestivo na produção de autonomia

Autonomia, tanto quanto a heteronomia, caminham e coexistem na diversidade das experiências GAM no Brasil e se produzem na medida em que os grupos GAM conseguem ser cogestivos, conforme anunciamos acima, sendo esse aspecto elemento central no *ethos* do cuidado nas experiências GAM.

Adotamos a expressão manejo cogestivo, cunhada por Eduardo Passos et al., 2013, que significa, de acordo com os autores, uma atividade que não se limita à moderação do grupo GAM e visa a criar condições de contração de grupalidade. É pelo acolhimento às diferenças e possibilidade de compartilhamento das atividades de gestão que o grupo exerce protagonismo, tanto nas relações micropolíticas, quanto macropolíticas ao pautarem os direitos e processos de trabalho no SUS. Nesse sentido, fala-se em manejo cogestivo porque: “1) é um manejo que visa a cogestão, isto é, que visa uma gestão distribuída e compartilhada, no grupo, do grupo; 2) é um manejo que se realiza cogestivamente, isto é, constrói-se na experiência GAM a partir da descentralização da função do moderador” (*Ibidem*, p. 32)

Na mesma direção dos autores supracitados, o manejo cogestivo possibilita que apareçam as contradições e tensionamentos do cotidiano do trabalho, muitas vezes silenciados pelas hierarquias institucionalizadas e manutenção das relações de poder nos serviços de saúde.

Por isso, iremos falar dos efeitos do manejo cogestivo nos grupos GAM, elencando os aspectos que tiveram mudanças/repercussões nos serviços a partir dos artigos selecionados.

a) Desestabilização das relações de poder nos serviços de saúde

Um dos aspectos mais citados nos artigos, como efeito no manejo cogestivo, é a desestabilização de poder, a partir do protagonismo dos participantes da GAM, ao se afirmarem como sujeitos de direitos e, assim, pela possibilidade de elencarem dimensões heterônimas dos processos de trabalho na saúde.

O artigo de Deivisson Vianna Dantas dos Santos et al. (2019), assim como o da Analice de Lima Palombini et al. (2020) relataram, por exemplo, as tensões existentes nos grupos a partir das dificuldades de profissionais da equipe de saúde em compartilharem conhecimento sobre medicações aos demais participantes do grupo. Outro exemplo de intervenção heterônima relatada pelos autores, está na não aceitação da tomada de decisão do usuário do serviço, por parte dos profissionais, quando ele se recusa a dar continuidade no uso de medicações. A lógica do controle, conforme aponta Bruno F. Emerich, Rosana Onocko-Campos e Eduardo Passos (2014), muitas vezes se traveste pela roupagem de proteção, oscilando entre o cuidado com desejo de gerenciamento da vida do usuário (ROSANA ONOCKO-CAMPOS et al, 2013). Bancar a desmedicalização⁶⁶ não se mostra tarefa simples, no conjunto dos artigos e é, inclusive, pouco citada como efeito das práticas GAM nos relatos de experiência.

Diante da rigidez das práticas médicas, nesse campo biopolítico mencionado, identificamos nos artigos selecionados, como efeito do manejo cogestivo, uma noção de autonomia que se performa por meio da possibilidade dos usuários de saúde mental tomarem decisões frente ao seu processo terapêutico, por meio da desestabilização das relações verticais de poder entre médico e “paciente” (ROSANA ONOCKO-CAMPOS et al., 2013; SANTOS et al, 2019; SENNA; AZAMBUJA, 2019; FAVERO et al. 2019). Como bem colocou Bruno Ferrari Emerich, Rosana Onocko-Campos e Eduardo Passos (2014): a pesquisa GAM trouxe barulho a um silêncio que é “o poder sobre a medicação, frequentemente concentrado nos

66 No Guia GAM canadense, em seu quinto eixo, é encorajada a desmedicalização, aspecto que não foi adaptado no Guia GAM brasileiro. Em conversa com colegas do Observatório Internacional de Práticas GAM, escuta-se que, no momento em que o Gui foi adaptado, sentiu-se a necessidade de composição com os trabalhadores do SUS acerca da discussão sobre a medicação. Propor a retirada de medicações seria demasiadamente ousado para o momento, com chances de pouca adesão. Nas últimas reuniões que participei presencialmente com os integrantes do Observatório, considerava-se a proposta de encaminhar para as agências de fomento, duas propostas de pesquisa: a de ampliação do Guia de modo a pensar as demandas do campo AD e acrescentar a quinta parte do Guia Canadense, a partir da realidade brasileira.

profissionais, e a exclusão da voz dos usuários no processo de escolha e negociação dos psicofármacos” (p. 686).

Essa corresponsabilização do usuário em seu cuidado se produz, sobretudo pelo compartilhamento de experiências na dimensão grupal, solidariedade, ajuda mútua e conhecimento em relação às medicações, além de colocar em pauta direitos dos usuários (ROSANA ONOCKO-CAMPOS et al., 2013). Isso porque o guia GAM inclui ferramentas de autocuidado com perguntas que versam sobre singularidades da vida de quem o utiliza, possibilitando com que as pessoas se reconheçam como sujeitos de direitos, em contraposição à objetificação produzida pelo diagnóstico psiquiátrico: “eu sou uma pessoa, não sou uma doença”, sinaliza o Guia GAM, em sua primeira parte. Permite também identificar possíveis rede de apoio das pessoas e produz conhecimento sobre os psicofármacos: ambos aspectos importantes para a restituição do poder decisório (ROSANA ONOCKO-CAMPOS et al, 2012). De acordo com Rosana Onocko-Campos et al. (2013) esse é um dos aspectos que foram intensificados na adaptação brasileira do Guia em relação ao material canadense: não se manteve a discussão acerca da retirada de medicação, “mas reforçou a tomada de decisões compartilhadas entre usuários e profissional de saúde” (p. 2891).

A GAM, portanto, pode ser identificada como estratégia de alteração de relações de poder (ROSANA ONOCKO-CAMPOS et al, 2013), pela desestabilização de lugares comuns da psiquiatria e pela possibilidade de enunciações sobre as experiências e dificuldades vividas, muitas delas não consensuais, necessariamente (ELISA ZANERATTO ROSA ET AL, 2020, INDIANARA FERREIRA; CARLOS EDUARDO SILVA FEITOSA; ANA KARENINA DE MELO A. AMORIM, 2020; RICARDO PIMENTÉL MÉLLO, 2020; LAURA FEUERWECKER; EDUARDO PASSOS, 2020; EDUARDO CARON, 2020). Poder decisório, negociação e contratualidade, além de produzirem outras relações de cuidado mais vinculares e integrais, restitui ao usuário dimensões de participação social e cidadania (EDUARDO PASSOS et al, 2013), inclusive de militância política, conforme sinalizam Laura Lamas M. Gonçalves e Rosana Onocko-Campos (2017).

b) aumento do poder contratual das pessoas em relação ao seu processo de cuidado e garantia de direitos

Autonomia e aquisição de direitos sociais são duas dimensões articuladas. Para Gastão Wagner Campos e Rosana Onocko-Campos (2006), precisamos discorrer sobre autonomia como um processo que favorece a ampliação da capacidade dos sujeitos em compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre as redes relacionais em que vivem, a partir de critérios próprios

estabelecidos, ou seja: entende-se que o sujeito é sempre corresponsável pelo seu modo de estar no mundo em singulares redes relacionais, como o funcionamento da economia, a existência e acesso às políticas públicas e os valores e normas que circulam em instituições e organizações sociais. Desse modo, entende-se que a política, a partir da gestão dos viventes como população (FOUCAULT, 2005). A resistência criativa a ela, é o que impele os sujeitos a terem mais autonomia.

Essa formulação se apoia nos estudos de Foucault e de Cornelius Castoriadis (1987; 2002) sobre a formação de sociedades participativas, cuja origem se dá na modernidade, com o deslocamento do poder soberano ou divino das decisões políticas. A principal característica desse sistema, geralmente nominado como democrático, é o questionamento da heteronomia das leis, que implicam tensões, conflitos e disputas produzidas por esse processo. Nesse sentido, sujeitos mais autônomos – e cuja autonomia se faz no coletivo –, produzem resistência e constroem ferramentas de destituição de posições arbitrárias do poder. Estes que estariam à frente da contestação das heteronomias, de acordo com Castoriadis (1987), são os que se conduzem pela crítica, pela reflexão e por valores democráticos.

Diversos autores deste campo problematizam a noção de ser humano como fim em si mesmo e apontam para ideia de que não há possibilidades de se pensar autonomia sem trazer à frente a noção de dignidade humana (THADEU WEBER, 2013). Dignidade da pessoa humana como princípio ético e fundamento constitucional exige do Estado, de acordo com autor, não só respeito e proteção, mas garantia de efetivação dos direitos dela decorrentes (THADEU WEBER, 2013, p.209) e, nessa perspectiva é preciso que se garanta o que John Rawls (2005) cita como a satisfação das necessidades básicas das pessoas como elemento constitucional fundamental pois garante cidadania, a partir do Estado Democrático de Direito.

Temos muitas ponderações aqui: a primeira é que temos vivenciado no Brasil, sobretudo pelo *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, um verdadeiro esfacelamento do Estado de Direito, demonstrando o quão frágil é nossa democracia participativa. Em segundo, é que esse mesmo Estado que precisa prover políticas que garantam a existência é o que nos vigia, nos mata – sobretudo quando falamos de pessoas negras –, desrespeitando a autonomia que ainda nos resta. Todavia, sabemos que há um grande esforço do campo da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica para que os usuários tenham acesso aos seus direitos, como aspectos determinantes e condicionantes em saúde.

Quando falamos em protagonismo do usuário, portanto, o que muitas vezes nos remete a uma dimensão individualista, falamos em coletivização e, nesse eixo, potencializa demandas de participação popular e reivindicação e direitos. Rosana Onocko-Campos et al (2012), Bruno

Ferrari Emerich, Rosana Onocko-Campos, Eduardo Passos (2014), Leonardo Lima de Senna e Marcos Adegas de Azambuja (2019) corroboram com essa noção, apresentando uma segunda definição de autonomia que se repete no conjunto de artigos GAM: autônomo é alguém capaz de estabelecer maior número de relações em rede pela possibilidade de contratualizar diferentes demandas de cuidado, frente às práticas de controle, chamadas de “práticas totais”, por Bruno Ferrari Emerich, Rosana Onocko-Campos, Eduardo Passos (2014).

Eduardo Passos et al (2013), nessa direção, discute a importância do caráter democrático das reformas brasileiras, tanto sanitária, quanto psiquiátrica, a partir da participação democrática da sociedade civil nas políticas e pela democratização participativa. A GAM, nesse sentido, em consonância com esses princípios possibilita pensarmos, como um dos efeitos do manejo cogestivo, a ampliação da cidadania das pessoas envolvidas a partir do protagonismo dos usuários como gestores de suas próprias vidas e demandantes de uma política pública de saúde com qualidade. Autonomia, nessa relação, abre espaço para pensarmos. Deivisson Vianna Dantas Santos et al. (2019), corroborando com a discussão dos autores supracitados, acrescentam que esse entendimento sobre autonomia ter relação com ampliação das redes de apoio dos usuários, é bastante citada pelos trabalhadores do serviço, como um aspecto que dificulta as relações de cuidado com vistas à autonomia.

c) produção de relações transversais, singularidade e autopoíeses.

O trabalho da Analice de Lima Palombini et al (2020), ao avaliar as práticas GAM em diferentes regiões do Rio Grande do Sul, também afirma que o manejo cogestivo da GAM propicia ao grupo acessar experiências singulares em relação ao uso de medicação, de modo a questionar verdades historicamente instituídas, trazendo à tona tensões e controvérsias em relação ao cuidado em saúde mental. Esse movimento de desestabilização é fundamental, pois nos permite observar a função estratégica da GAM transitando entre a autonomia e a tutela, em linhas muito tênues.

Isso significa dizer que o termo autonomia pode ser facilmente capturado quando não transversalizado – na produção do comum pelas diferenças – ou quando não ocorre lateralidade no compartilhamento das experiências (*Ibidem*). Nesse sentido, Analice de Lima Palombini et al. (2020) destaca algumas narrativas e práticas de tutela que coexistem junto às práticas de autonomia nos grupos GAM. São elas: momentos em que os trabalhadores consideraram o usuário autônomo somente quando este obedece à prescrição médica sem precisar de ajuda nessa mediação, autonomia, aqui, compreendida como alguém dotado de capacidade crítica em

oposição à desrazão da loucura. Há tutela quando o grupo de trabalhadores cria critérios técnicos para que os usuários participem ou não dos grupos GAM. Outro aspecto levantado pelos autores está em considerar que o usuário está em crise somente pelo critério de estar sem uso de medicação psicotrópica, ou a estar tomando irregularmente. Foram percebidas intenções tutelares quando os guias GAM não foram entregues aos usuários, por não confiar na possibilidade de armazenamento/cuidado em relação ao material.

No trabalho de Eduardo Caron e Laura Feuerwecker (2019) também foram analisadas ações de ampliação da autonomia pela dimensão da multiplicidade, a partir das relações estabelecidas pela grupalidade, na GAM. De acordo com os autores, a noção de autonomia também ultrapassa a instância individual, embora a constitua, e se constitui pela possibilidade de ampliar a rede de relações e conexões, permeadas pelas diferenças.

A dimensão da coletividade é central para os autores, e, por isso, trabalham com a noção de transversalidade (FELIX GUATTARI, 1985) já sinalizada neste capítulo: é pelo deslocamento e desestabilizações dos modos de organização do grupo – que não se dá nem pela verticalidade e nem pela homogeneização das relações horizontais – que emergem, nas palavras dos autores, “novas possibilidades existenciais” (EDUARDO CARON, LAURA FEUERWECKER, 2019, p. 21).

Na experiência dos autores, também no CAPS-AD em questão, fazendo com nossa interlocução seja importante, a dimensão da transversalidade do grupo GAM, somada a ampliação das relações, produziu-se uma rede que permitiu redução de danos e ampliação de autonomia em relação ao uso de substâncias psicoativas e também na composição entre as prescritas com as não prescritas.

A tensão entre individualização e coletivização, independência e interdependência têm sido adotadas na experiência da saúde mental brasileira por meio da formulação que melhor vemos no trabalho do Roberto Tykanori Kinoshita (1998, 2016) – citado nos artigos analisados (ROSANA ONOCKO-CAMPOS et al, 2012; EDUARDO PASSOS et al, 2013; LEONARDO LIMA DE SENNA; MARCOS ADEGAS DE AZAMBUJA, 2019) – em torno da noção de autonomia como ampliação da contratualidade, além do conceito de autopoíeses, no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira. Este como a possibilidade “de ampliar novos domínios de ação e de criar novos mundos” (ROBERTO TYKANORI KONISHITA, 2016, p. 283).

O conceito de autopoíeses parte dos estudos de Humberto Maturana e Francisco Varela (1995, 1997) que, em linhas bem gerais, trata da capacidade dos seres vivos de produzirem a si mesmos, a partir de uma teoria de organização celular bastante difundida a partir da década de 1980. Essa noção nos parece fundamental na medida em que ela retira os seres vivos de uma

posição passiva em relação ao determinismo biológico, a partir de uma concepção dominante a-histórica da biologia da época, em que os corpos biológicos são regidos por leis naturais ou por mecanismos cuja regra de funcionamento determina o próprio ser.

Para os autores (*Ibidem*) todo ser vivo está em constante produção de si mesmo e essa é a chave para compreender que a única característica comum entre todos os seres vivos é sua própria autonomia (ROBERTO TYKANORI KINOSHITA, 2006) ou seja: não há como definir o que há de comum em todos os seres vivos – desde uma molécula a um organismo mais complexo – que se esgote em uma única definição ou por meio de um caminho classificatório que chegue a um ponto em comum. É a radicalidade da singularização humana.

De acordo com Virgínia Kastrup (1995) o aspecto que chama atenção na construção de Maturana e Varela é o fato deles conceberem um processo de transformação do ser vivo mais radicalmente que a perspectiva evolucionista: “isto porque a teoria da evolução é teoria da evolução das espécies, operada através de seus representantes, os organismos concretos” (s/n). Há, portanto, uma restauração do criacionismo, mas, desta vez, em sua versão ateia, ou seja, sem nenhuma instância criadora, mas a partir da autocriação enquanto caminho teórico para pensar a característica fundante dos seres vivos, a chamada autopoíeses.

A autora (1995) levanta uma questão importante na construção do próprio conceito, no sentido de que a transposição de uma construção no campo da ciência, dura, para sua dimensão filosófica: a noção de autopoíeses em Maturana e Valera opera na insociabilidade entre a criação e noção de sobrevivência dos organismos. Uma possível aproximação que pode ser realizada entre o conceito autopoíeses com uma dimensão filosófica e, neste caso, à luz de Gilles Deleuze e Félix Guattari, é a partir da perspectiva da criação a parte de qualquer instância criadora instituída. Constitui-se aqui uma ideia de subjetividade autopoietica que se performa pela inseparabilidade entre causa e efeito, produto e produção, sujeito e objeto, e sobretudo pela ontologia da imanência “que não se fecha num sentido, mas vale pelo máximo de variações que permite” (VIRGÍNIA KASTRUP, 1995, s/n). É nesse plano que se faz possível a criação, ainda que a produção de subjetividades esteja atravessa por diferentes aspectos heterogêneos, como instituições, objetos técnicos, técnicas de poder-saber e etc. (*Ibidem*).

Ademais, veremos nas cenas que se seguem que se por um lado as instâncias máquinicas do capitalismo nos direciona para a solidão de nossas ações, por outro temos a produção de autonomia cuja instância criadora se faz na construção coletiva: nunca foi tão necessário falar em comum.

Apostamos nesta tese que é pela via do encontro com o outro que podemos criar diferentes modos de vida e distintos arranjos sobre o processo de nossas vidas, sobretudo em

relação com as drogas lícitas, proscritas e prescritas, quando falamos na GAM. É também pelo coletivo que ganhamos força na contestação das heteronomias. É na e pela coletividade, marcada pela transversalidade (FÉLIX GUATTARI, 1985) que autonomia se produz. As dimensões singulares, a transversalidade grupal, inclusão dos diferentes modos de vida no cuidado em saúde. Essa é a principal questão da GAM: sustentar as singularidades, conforme veremos nas cenas enunciativas.

4.5 A inseparabilidade da linha divisória entre drogas lícitas e ilícitas e a GAM no contexto AD

Embora a discussão acadêmica sobre uso de drogas proscritas na GAM tenha se intensificado nos últimos dois anos, como efeito da ampliação das pesquisas em diferentes realidades dos serviços de saúde, e, também pelas trocas produzidas entre as universidades signatárias do Observatório Internacional das práticas GAM, as experimentações nesse campo se dão desde o início das pesquisas GAM no Brasil.

Em relação aos artigos científicos, encontramos publicação de um relato de experiência de grupos GAM no CAPS adulto e no CAPS-AD da cidade de Maracanaú, interior do Ceará (JORGE et al, 2012). Neste texto, destaca-se a importância da construção de rede social para um cuidado integral às pessoas que fazem uso de drogas proscritas, sobretudo no que concerne à busca por trabalho e renda, diferente das demandas trazidas pelos usuários no CAPS Adulto. Neste, o efeito de autonomia da GAM se deu, sobretudo, pela ampliação do diálogo com a equipe sobre medicação e ações de redução do medicamento, respeitando a singularidade dos usuários. O foco é a discussão sobre as drogas prescritas em ambos os contextos.

Nos dois anos seguintes, foram finalizadas duas pesquisas que tratam mais especificamente sobre a questão das drogas proscritas, ambas desde uma perspectiva antiproibicionista e balizadas pela dimensão ética da redução de danos, a partir de grupos GAM nos CAPS-AD. São elas a dissertação de mestrado de Rafael Gil Medeiros (2013) no contexto do Rio grande do Sul e a tese de doutorado de Sandro Eduardo Rodrigues (2014), no Rio de Janeiro. Há muitas convergências entre as duas pesquisas. Mas, para nós, o que chama a atenção é o fato de que ambas sinalizam que o tema das drogas proscritas e do consumo do álcool fazem parte do cotidiano dos grupos GAM, destacando, ao nosso entendimento, a necessidade em fazer emergir essa discussão nas pesquisas multicêntricas em andamento, após adaptação do GUIA GAM.

Neste momento histórico, como já pontuamos no início do capítulo, foram publicados os primeiros artigos científicos sobre a GAM no Brasil, focados em debater, principalmente, as

questões metodológicas das pesquisa-intervenção, a partir da cogestão. Nenhum deles destacou essa especificidade entre proscritos e prescritos. Conforme sinalizou Analice Palombini, em uma carta endereçada à Sandro Rodrigues (2014), publicada em sua tese: “trazer o proscrito e o ilícito para a GAM é levar a GAM ao seu limite, à sua radicalidade máxima. É uma tomada de posição ético-política de que não podemos retroceder...” (p.24).

A droga proscrita, para o autor, é elemento intercessor na GAM, porque desestabiliza relações de domínios de saber. Ela é também analisadora de um processo divisório nos CAPS-AD que classifica o uso de substâncias, sejam elas quais forem, entre boas ou ruins – geralmente, as prescritas e as proscritas, respectivamente –, ignorando a experiência, a dimensão subjetiva e os contextos de uso.

Ao enunciar essa cisão nos grupos GAM, percebe-se uma brecha importante no cuidado em saúde dentro dos CAPS, marcado pela moralidade em relação ao uso de drogas. Ademais, Sandro Rodrigues (2014) considera sua pesquisa “fora-do-eixo”, ou seja: a questão das drogas emerge nas bordas dos grupos GAM e, com isso, explicita a ausência desse debate nas pesquisas da própria GAM (DANIEL LOMANACO; ALTIERES FREI, 2019).

Ainda assim, diante da emergência e da pertinência dessa discussão, vemos somente em 2019⁶⁷ artigos e pesquisas que pretendem redimensionar o lugar do álcool e de outras drogas proscritas nas pesquisas GAM e redefinir as margens que as separam das drogas prescritas, se é que existem. Afinal, concordamos com Altieres Frei e Daniel Lomanaco (2019) que sustentar essa divisão implica em fazer a manutenção da separação entre as chamadas substâncias boas das ruins. Vejamos.

Para adensar essa discussão, elencamos todos os artigos sobre a GAM e, nesse caso, também as dissertações e teses, que discutam essa intercessão apontada por Sandro Rodrigues em 2014, entre as drogas proscritas, prescritas e lícitas na metodologia GAM. Não foram excluídos os artigos que não apresentassem autonomia nas palavras-chave para ampliar o escopo de discussão, a partir da inserção das drogas proscritas. Os artigos foram buscados na plataforma da BVS, Scielo e Google Acadêmico, além das publicações, bem como teses e dissertações, que se encontram no Repositório do Observatório Internacional das Práticas GAM.

67 Em 2017 há uma publicação do Sandro Rodrigues, fruto de sua pesquisa de doutorado de 2014, já mencionado no texto.

Tabela 2: Artigos da GAM com inserção dos CAPS-AD

Artigos da GAM com inserção dos CAPS-AD

1	Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial	2012	Maria Salete Bessa Jorge; Rosana Onocko Campos; Antonio Germane Alves Pinto; Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos	Physis: Revista de Saúde Coletiva
2	A linguagem do fora: a interface entre drogas lícitas e ilícitas em saúde mental	2017	RODRIGUES, Sandro; PASSOS, Eduardo.	Estudos da Língua(gem),
3	A METODOLOGIA DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO RADICALIZADA ÀS DROGAS PROSCRITAS: PROPOSIÇÕES ÉTICAS E BIOPOTÊNCIAS.	2019	Daniel Fernando Fischer Lomonaco, Altieres Edemar Frei	Revista Crítica de Humanidades
4	Gestão Autônoma da Medicação: estratégia territorial de cogestão no cuidado	2020	Elisa Zaneratto Rosa, Maria Cristina Gonçalves Vicentin, Camila Aleixo de Campos Avarca, Deborah Sereno	Polis e Psiquê
5	Produção de grupalidade e exercícios de autonomia na GAM: a experiência do Rio Grande do Sul	2020	Analice de Lima Palombini; Douglas Casarotto de Oliveira; Júlia Arbold Rombaldi; Vera Lúcia Pasini	Polis e Psiquê
6	GAM, Apoio e Cuidado em CAPS AD	2020	Eduardo Caron, Laura Feuerwerker, Eduardo Passos	Polis e Psiquê
7	Articulações GAM em Santos e a partir de Santos	2020	Luciana Surjurs, Roberta Linhares, Erika Pereira, Beatriz Lauria, Ana Tomé	Polis e Psiquê
8	Uma Composição Experimental do Guia GAM: favorecendo vidas pulsantes	2020	Ricardo Pimentel Mello, Juliana Vieira Sampaio, Natalia Barros, Tarcila Lima e Carolina Castro e Veras	Polis e Psiquê
9	Gestão Autônoma de Medicação (GAM) como dispositivo grupal: uma experiência de pesquisa-intervenção	2020	Indianara Maria Fernandes Ferreira, Carlos Eduardo Silva Feitosa, Ana Karenina de Melo Arraes Amorim	Polis e Psiquê
Teses e Dissertações				
1	O bem e o mal-estar das drogas na atualidade: pesquisa, experiência e gestão autônoma	2013	Rafael Gil Medeiros Dissertação de Mestrado Orientadora: Analice de Lima Palombini	URGS
2	Modulações de sentidos na experiência psicotrópica	2014	Sandro Eduardo Rodrigues Tese de doutorado Orientador: Eduardo Passos	UFF
3	Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e redução de danos no contexto potiguar: uma composição possível?	2019	Indianara Maria Fernandes Ferreira Dissertação de Mestrado Orientadora: Ana Kareninna Arraes	UFRN
4	Direitos, Autonomia e Liberdade: o que faz a gestão autônoma da medicação quando entra no CAPSAD?	2019	Ana Maria Thomé de Oliveira Dissertação de Mestrado Orientadora: Luciana Togni de Lima e Silva Surjurs	UNICAMP
5	Experimentações intensivas: psicofármacos e produção de si no contemporâneo.	2019	Eduardo Caron Tese de doutorado Orientadora: Laura Feuerwerker	USP
6	“EU NÃO SOU UMA DROGA”: Um diálogo hermenêutico sobre a GAM no CAPS AD	2020	Beatriz César Lauria Dissertação de mestrado Orientadora: Luciana Togni de Lima e Silva Surjurs	UNIFESP

Fonte: Camila Aleixo de Campos Avarca

O Observatório Internacional das práticas GAM que passa a operar em 2017, sob coordenação da pesquisadora proponente, a Dra. Luciana Togni de Lima e Silva Surjurs, da UNIFESP de Santos, teve suma importância em reunir pesquisadores de diferentes universidades do Brasil em parceria com pesquisadores do Canadá e da Espanha, para debater as experiências em andamento. Nesse momento de trocas, produzidos sobretudo nos encontros da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (ABRAMD) em 2017 e 2017, bem como nos encontros da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) em 2018 e, também, no Evento Internacional da GAM em Santa Maria (RS) em 2018, notou-se a efervescência da discussão sobre as drogas proscritas na GAM, principalmente pelo aumento de pesquisas que estavam inseridas em grupos nos CAPS-AD.

Nesse momento, realizavam pesquisas nessa direção: A PUC-SP, a partir da pesquisa desta tese, junto às produções de professores e alunos vinculados ao PET-Saúde, trabalhadores do CAPS-AD da Brasilândia e, também, por meio da função apoiador do pesquisador Eduardo Caron, à época doutorando pela USP e que fora contratado pelo PET-Saúde da PUC-SP para acompanhar os grupos GAM no território; pesquisadores da UNIFESP, campus da baixada santista; pesquisadores em Santa Maria (RS), em Natal (RN), vinculados à UFRN e em Fortaleza pelo Núcleo de Estudos sobre Drogas (NUCED) da UFC.

Tal movimentação levantou a discussão sobre a necessidade de adaptação do GUIA-GAM, gerando dúvidas ao coletivo quanto à finalidade deste processo. Havia discussões sobre a necessidade de adaptá-lo ao contexto do CAPS-AD, a partir das especificidades do campo, ou se era necessário trazer a discussão radical sobre as drogas proscritas na relação com as medicações psicotrópicas a todos os equipamentos da rede de saúde. Falamos em GAM-AD ou ampliamos o AD para toda a GAM? Aqui, apostamos na segunda perspectiva, conforme explicaremos nos parágrafos que se seguem.

Nesse momento, a discussão sobre as especificidades regionais também foi levantada entre diferentes pesquisadores, sobretudo os da região nordeste do país. Muitas dessas pesquisas em andamento trouxeram dificuldades em relação ao excesso de produção textual do guia GAM, sobretudo em relação às pessoas com pouco recurso para acompanhar a escrita e a leitura formal. Na experiência dos pesquisadores vinculados a UFRN e UFPB, na região de Campina Grande, os grupos GAM, sobretudo os realizados na Atenção Básica, gerou a necessidade de

adaptações mais imagéticas e de pertencimento cultural⁶⁸. Uma expressão desse diálogo é a produção adaptada do Guia pelo Núcleo de Estudos sobre Drogas (NUCED), vinculado a UFC, chamado de GAM@. Para Ricardo Mélo et al (2020) a construção coletiva do GAM@ em um CAPS-AD da cidade de Fortaleza, demandou mudanças estéticas, com figuras de cordel, remontando à cultura local, alteração de alguns tópicos, redução de páginas e ampliação sobre discussões acerca de autonomia, liberdade e cuidado.

Em setembro de 2018, momento já marcado pelo desfinanciamento das pesquisas científicas, em pleno Governo golpista de Michel Temer, foi enviado um projeto do Observatório Internacional de Práticas GAM ao CNPq para impulsionar pesquisas de adaptação do GUIA-GAM à discussão das drogas proscritas e, também, ampliação da discussão sobre desmedicalização, conforme o formato original do guia canadense. O projeto não foi contemplado, após retorno da agência de fomento alguns meses depois. Nem por isso, as pesquisas locais foram interrompidas.

Ao observarmos os artigos científicos publicados na tabela acima, com mais publicações a partir de 2019, identificamos o de Daniel Lomanaco e Altieres Edmar Frei (2019), inspirado pela discussão iniciada por Sandro Rodrigues (2014), e as demais produções que foram todas publicadas pelo Dossiê sobre os 10 anos da GAM no Brasil, da Revista Polis e Psiquê. As dissertações de mestrado de Indianara Ferreira (2019) e Ana Maria Thomé de Oliveira (2019), assim como a tese de Eduardo Caron (2019) e o relatório de qualificação desta pesquisa de doutorado (CAMILA AVARCA, 2019), apareceram nos artigos publicados nesta coletânea.

O trabalho Daniel Lomanaco e Altieres Edmar Frei (2019) sinaliza a necessidade de deslocar o uso de drogas proscritas do campo moral, compreendendo que tal enquadramento é estratégia biopolítica de homogeneização dos usuários de drogas em torno de narrativas médico-criminais. Nesse sentido, as drogas prescritas cumprem o ideal biopolítico de saúde e bem-estar. Já as proscritas localizam o usuário nos diagnósticos psiquiátricos, sobretudo os que se forjam em torno das narrativas médico-criminais, a partir de quadros nosológicos.

Nesse sentido, autonomia, para os autores, está na possibilidade de singularizar o cuidado, colocando a pessoa que faz uso de drogas como especialista sobre si mesmo em relação ao seu uso e seu consumo. Esse deslocamento só se faz possível a partir de uma ética antiproibicionista. Em relação à estratégia GAM nos CAPS-AD, a autonomia se produziu a partir da possibilidade de partilha, trocas singularidades sobre usos e estratégias de cuidado,

68 Trata-se de discussões que acompanhei durante o percurso da pesquisa e que estão registradas em diários de campo.

além da aquisição de cidadania, com foco nos Direitos Humanos – na garantia dos direitos sociais – e ações de redução de danos. Sabemos que há muitas reduções de danos, e, que, portanto, há um conjunto de práticas que podem sinalizar o respeito à autonomia do usuário, tanto em relação ao uso de drogas, quanto em relação às estratégias de cuidado de si.

Essa discussão aparece em quase todos os artigos selecionados quando discutimos a questão das drogas proscritas nos grupos GAM e que não se limita a questão das drogas. Essa é uma perspectiva apontada por Eduardo Caron (2019) e Eduardo Caron, Eduardo Passos e Laura Feuerwecker (2020) quando diz que no grupo GAM no CAPS-AD a redução de danos não se limita às questões de uso de substâncias: a contração de grupalidade produzida pela experiência intensiva dos grupos permitiu aparecer a heterogeneidade das experiências e os diferentes modos de existência. Por isso, a redução de danos da vida.

Nessa mesma linha, o artigo de Luciana Surjurs *et al* (2020) reconta a trajetória aguerrida da cidade de Santos no campo da Reforma Psiquiátrica, com a intervenção na Casa de Saúde Anchieta e com a implantação dos NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial. Cita a política de redução de danos pioneira, na gestão do David Capistrano, no fim da década de 1980, chegando à criação do Observatório Internacional das práticas GAM em 2017, sediado pela UNIFESP da baixada santista.

Chama a atenção, nesse sentido, o financiamento de bolsas de pesquisa para estudantes de graduação e usuários dos serviços na formação e desenvolvimento de ações do Observatório que, além de produzir condições concretas e materiais para a participação popular nos processos da pesquisa-intervenção, produz deslocamentos críticos em relação à formação dos trabalhadores que passa a considerar decisões e propostas dos usuários, além de engajar os usuários nos processos decisórios.

Outro aspecto fundamental, apontado no artigo de Luciana Surjurs *et al* (2020) é a problematização do lugar da prescrição de medicação psicotrópica “a praticamente todos os usuários (p.1133)” nos CAPS-AD. Esse tema aparece em praticamente todas as experiências de grupos GAM nos CAPS-AD (LUCIANA SURJURS *et al* 2020; INDIANARA FERREIRA *et al*, 2020; EDUARDO CARON, LAURA FEUERWECKER, EDUARDO PASSOS *et al*, 2020; ELISA ZANERATTO ROSA *et al*, 2020). E de maneira mais sistematizada na dissertação e Beatriz César Lauria (2020).

Tal enunciação coloca em evidência os perigos dessa prática quando há pouco esclarecimento sobre os efeitos das medicações, sobretudo quando interagem com álcool e outras drogas. Ademais identificou-se a gestão autônoma das drogas que vai desde a venda das medicações prescritas, quanto pela possibilidade de sentir no corpo diferentes efeitos, a partir

da ingestão de distintas drogas concomitantemente. Apontam Luciana Surjurs et al (2020) que, nesse sentido, as estratégias de redução de danos são potentes pois podem “colaborar decisivamente nesta questão, na medida em que estabelecem o próprio processo de receitar um remédio e utilizá-lo centralizando o poder decisório no usuário e na relação de cuidado de si mesmo” (p. 1134).

As contribuições de Elisa Zaneratto Rosa et al (2020), cujo estudo inclui as experiências desta pesquisa, apontam para discussões muito parecidas em relação à experiência de Santos: quase 80% das pessoas que participavam do grupo GAM no CAPS-AD faziam uso de medicações psicotrópicas e, desses, a maioria, não sabia identificar o porquê ou quais efeitos colaterais possíveis dessas medicações. Também foram identificados diferentes usos e distintas composições entre as drogas proscritas e prescritas entre os usuários que sinaliza a gestão autônoma das drogas, a partir de uma inseparabilidade entre drogas prescritas, proscritas e lícitas.

Os artigos de Daniel Lomanaco e Altieres Frei e (2019); Elisa Zaneratto et al (2020), Ricardo Mélo et al (2020), Eduardo Caron, Laura Feuerwerker, Eduardo Passos (2020) e de Luciana Surjurs (2020) colocam em evidência os modos de vida precarizados das pessoas que participam dos grupos GAM nos CAPS AD, a partir de territórios marcados pela violência, ausência do Estado em políticas intersetoriais e marcadores sociais que escancaram o abismo social. Acrescentamos na nossa pesquisa, a discussão fundamental que articula a questão das drogas, desde uma dimensão interseccional, articulando a precarização da vida, com racismo estrutural brasileiro, as questões de gênero e, também, a moralização do uso de drogas, efeito do proibicionismo brasileiro intimamente articulado com instituições religiosas que gerenciam comunidades terapêuticas.

A pergunta que nos cabe é compreender por que tratamos a questão das drogas – sobretudo em situações em que pesam a precarização da vida – com mais drogas?

5. O FAZER VER E FAZER FALAR DO DISPOSITIVO GAM: CENAS ENUNCIATIVAS NO CAPS-AD

“Soltar a palavra é minha desintoxicação”

Rita, participante do grupo GAM

Inicialmente, apresentamos algumas pistas conceituais e metodológicas que nos levaram a apresentar algumas dimensões analisadoras da experiência GAM na forma de cenas enunciativas. As cenas, coletadas ao longo dos quase três anos de campo, permitiu que pudéssemos desenhar um trajeto analítico que parta dos participantes da GAM, a partir do que eles enunciam como práticas de autonomia em suas tensões com práticas de heteronomia. Enunciar, diferentemente de denunciar, abarca as multiplicidades de relações e situações vividas, trazidas por meio das narrativas transcritas nos diários de campo, de um modo agonístico. Ou seja, buscamos acolher os elementos heterogêneos e complexos que envolvem o tema da autonomia, sem, entretanto, pretender esgotá-los. Cada situação que trazemos para as cenas carrega consigo multiplicidades de sentidos e efeitos no cotidiano. Práticas de autonomia, portanto, são um caminho metodológico importante para nós, como veremos.

O debate sobre autonomia e mais especificamente a desnaturalização da noção também foi uma das preocupações do trabalho de Marciana Zambillo e Analice de Lima Palombini (2017) com usuários de saúde mental, familiares e pesquisadores da Estratégia GAM quando estes foram para Montreal, no Canadá, como parte da pesquisa-intervenção para adaptação do guia GAM para a realidade brasileira. Para pesquisarem processos de autonomização, as autoras buscaram compreendê-los sob duas perspectivas: a partir de autores que se dedicaram a estudar o conceito e por meio do que as autoras estão chamando de performances de autonomia: ou seja, entendê-la partir das experiências. Annemarie Mol chama de praxiologia este processo (na pesquisa) de mapear e seguir as trilhas por onde as práticas caminham (DENISE MARTIN, MARY JANE SPINK, PEDRO PAULO GOMES PEREIRA, 2018, p. 298).

Para Marciana Zambillo e Analice Palombini (2017) há descolamentos importantes quando saímos do debate conceitual para seu caráter performático: não mais perguntamos se os usuários de saúde mental são autônomos e sim, quando há autonomia em saúde mental? O modo como as autoras discutem as performances de autonomia se assenta na ideia de que “autonomia se faz fazendo” e que, ademais, não há como falar sobre a autonomia de outrem: parte-se da noção de que “autonomia que se dá por fundação, não por princípios, dá-se por pragmática e tem

por prerrogativa o efeito de autonomização” (MARCIANA ZAMBILLO; ANALICE DE LIMA PALOMBINI, 2017, p.86).

Os trabalhos de Erotildes Leal (2001) e da Marciana Zambillo com a Analice Palombini (2017) nos deram pistas importantes de como produzir análises sobre autonomia a partir do modo como elas são performadas nos grupos GAM e desde a perspectiva ética da pesquisa-intervenção e da pesquisa cartográfica, quando não se faz a cisão entre pesquisador e campo de pesquisa, sujeito e objeto ou, transpondo para nossa discussão, entre categorizações de pessoas que fazem uso de drogas como autônomas e não autônomas.

Também nos interessa, portanto, pensar autonomia em suas dimensões situacionais por meio do modo como ela aparecem nas narrativas dos grupos, entendendo que, conforme aponta Silvia Tedesco (2012), toda enunciação engaja fatores circunstanciais e dimensões extralinguísticas na produção de sentidos. É importante ressaltar esse direcionamento apontado pela autora, uma vez que as análises das práticas de autonomia, nesta tese, se dão por meio das cenas vividas pela pesquisadora e pelos participantes do grupo GAM em redes relacionais híbridas, e pela composição de diferentes narrativas que percorrem múltiplas performances de autonomia. O que está em jogo nessa discussão, portanto, são práticas de autonomia e não as representações sobre autonomia, colocando o pesquisador na posição de quem valida ou não o status de verdade a respeito do que foi dito nos grupos, numa tarefa de interpretar o que o discurso representa.

Caminhando na mesma direção das autoras supracitadas, faz-se necessário avançarmos na compreensão sobre os conceitos de performance e performatividade para melhor precisar os sentidos adotados no uso pelas autoras. Para isso, iremos nos valer das contribuições da antropóloga Annemarie Mol (1999) acerca da noção de *to enact* para discutir a realidade em sua multiplicidade, noção traduzida por *performar* em alguns trabalhos brasileiros⁶⁹. Também trataremos para essa conversa a discussão sobre performatividade de gênero, da feminista Judith Butler, em diferentes momentos de sua obra. A proposta não é conciliar as diferentes noções, mas pensar alguns pontos que nos interessam para pensar autonomia.

Os primeiros trabalhos da feminista Judith Butler, desde a década de 1990, são inspirados nos estudos do filósofo linguístico John Austin (1962) e em sua teoria dos atos de fala. O interesse acadêmico do autor é em relação às enunciações que não descrevem a

69 Mariana Prioli e Mary Jane Spink (2013) são umas das principais pesquisadoras que têm discutido a obra de Annemarie Mol e aportando o conceito de performatividade para o contexto brasileiro.

realidade, mas atuam sobre ela, como por exemplo, a partir da famosa frase: “os declaro marido e mulher!”. Esse tipo de enunciação não está descrevendo o acontecimento de um fenômeno, está produzindo uma realidade ao casar duas pessoas. A esse acontecimento linguístico John Austin chama de performativo (RODRIGO BORBA, 2014).

Judith Butler começa a utilizar o termo performatividade para destituir o lugar identitário de gênero, colocando-o, tal como os estudos supracitados de Austin, como efeito de nossas ações e não como produto de nossos corpos biológicos, reproduzindo antigos binarismos no campo da ciência, entre sexo x gênero, indivíduo x sociedade ou natureza x cultura. A manutenção do corpo biológico, na determinação de gênero, reforça, entre outros aspectos, a heterossexualidade tacitamente compulsória.

Com isso, o que o indivíduo faz e diz não é expressão de uma realidade inata, fruto de uma “matéria corpórea pré-cultural” (FELIPE DUTRA DEMETRI, MARIA JURACY TONELI, 2017), ela é performativamente produzida. Assim: o sujeito é um produto de suas ações e o corpo é um efeito discursivo (RODRIGO BORBA, 2014).

Colocar o gênero como efeito performático rendeu muitas críticas e más interpretações à Judith Butler (RODRIGO BORBA, 2014), a partir da ideia de que essa concepção poderia ser demasiadamente utilitária: como se fosse possível a cada umas das pessoas performarem gênero conforme seu desejo, do mesmo modo como quem troca de roupa: sem mediação regulatória e, portanto, como se estivesse fora das relações de poder (*ibidem*).

Judith Butler (1993) em trabalhos posteriores vai construindo argumentos às críticas, colocando a regulação como aspecto constitutivo da performatividade. Nas palavras da autora, “performatividade não é um jogo livre nem uma auto apresentação teatral: não pode também ser igualada à performance. [...] a regulação é aquilo que impele e sustenta a performatividade” (*ibidem*, p. 93). Deste modo, performatividade não é performance: aquela é o que limita, possibilita ou potencializa esta. E, por fim, outro aspecto importante: ninguém performa gênero à parte de uma estrutura de poder que sustenta discursos de manutenção da heteronormatividade.

Aqui temos uma discussão importante e que nos cabe para pensarmos performances de autonomia: não há como performar autonomia em relação ao uso de drogas, prescindindo de uma análise dos modos de subjetivação envolvidos nessa construção, imbricados às relações de poder sobre a vida das populações. Conforme conversamos no primeiro capítulo, os efeitos do proibicionismo, entre outros aspectos, podem se encontrar nas políticas de extermínio, sobretudo em relação à população negra: coloca o uso de drogas na imoralidade, ilegalidade e aprisiona corpos, como estratégia de controle. Deste modo, pensar no modo como autonomia é

praticada pelas pessoas, nos exige pensar a performatividade, isto é, a relação entre tecnologias de saber-poder e efeitos de subjetivação, e, dentre eles, efeitos de autonomização.

Não há, portanto, autonomia em uma livre atuação. Sustentar essa posição nos faz projetar uma noção de autonomia, tal como análise de Erotildes Leal (2001), ligada a um ideal de autossuficiência. Afirmar esse pressuposto significa anular as desigualdades sociais e o racismo estrutural da sociedade brasileira.

Seguindo na discussão sobre performatividade, a antropóloga Annemarie Mol (1999), discutida por Mariana Prioli Cordeiro e Mary Jane Spink (2013), é autora privilegiada nos estudos sobre política ontológica e multiplicidade, a partir de dois aspectos fundantes em sua teoria: o primeiro é que a realidade não precede nossos atos e nossas interações com o mundo. Para a autora e muitos pesquisadores construcionistas e pós-construcionistas, a realidade se modela a partir das nossas práticas, discursos e pelo modo como interagimos com ela, sendo este um pressuposto ontológico. O caráter político desta ontologia se dá, sobretudo, pelo modo ativo de nossos discursos e práticas ao performarem realidades (ANNEMARIE MOL, 1999). Reparem que realidades é escrita no plural pelo seu caráter múltiplo: esse é o segundo aspecto que nos cabe discutir nos estudos de Mol. Para fazer essa discussão, iremos nos valer das pesquisas da autora sobre cuidado em relação à anemia (ANNEMARIE MOL, 1999).

Sabemos que não há, na literatura médica, uma grande controvérsia em relação à anemia: trata-se de uma doença cujos estudos médicos, apesar de inexatos, estão mais ou menos estabilizados. Anemia, em linhas gerais, acontece pela redução da quantidade de hemoglobina no sangue. Entretanto, para a autora, o que diferencia as respostas sobre a anemia tem relação com as práticas, fazendo com que a anemia seja performada de modos diferentes. Acompanhemos a explicação da autora:

Há performances clínicas da anemia que se produz nos consultórios, a partir de exames físicos, por meio de um conjunto de sintomas visíveis e pelas tomadas das queixa-condutas médicas. Há também o modo como anemia é verificada nos exames laboratoriais através de métodos estatísticos, pelos níveis de normalidade das hemoglobinas. Por fim, há a anemia que aparece nos exames patofisiológicos para determinar a relação de cada indivíduo ao nível de hemoglobina suficiente para transportar oxigênio ao sangue.

A questão é compreender o modo como as diferentes performances de anemia se relacionam: nem sempre de maneira consensual ou harmônica, porque, na prática do cuidado, há pessoas que não desenvolvem exatamente os sintomas prescritos nos manuais da clínica médica, por diferentes motivos, que não nos cabe alongar. A realidade da anemia assume várias formas que não dependem unicamente das diferentes visões de cada um dos profissionais

envolvidos, mas de diferentes actantes⁷⁰ – sendo estes humanos ou não humanos – fazendo que com as realidades tornem-se múltiplas. A aposta de Mol está na multiplicidade de versões e, em alguns momentos, essas diferentes versões podem produzir tensionamentos entre elas e, em outros, podem ser colaborativas ou mesmo depender uma das outras.

Para o nosso contexto, o grupo GAM, temos: farmacêutico, psicólogo, pesquisadores, usuários, estudantes, o espaço do CAPS-AD, os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), os leitos de hospitalidade noturna, a Unidade de Acolhimento (UA), as drogas prescritas, as drogas proscritas, as drogas legalizadas, a refeição para quem tem o PTS intensivo. São muitos e heterogêneos os elementos presentes nas experiências que no jogo relacional e de afetação produzem e protagonizam autonomias/heteronomias. Diferentes autores têm sinalizado diferentes versões e funcionamentos da Gestão Autônoma da Medição, esta como uma *estratégia* e também como *dispositivo grupal*, concepções que não se excluem e guardam, ao contrário, relações.

A GAM como estratégia tem sinalizado a importância do desenho metodológico de pesquisa-intervenção junto aos grupos nos serviços públicos de saúde, a partir da sua dimensão cogestiva e pela produção de agenciamentos éticopolíticos de fortalecimento dos aspectos centrais das reformas sanitárias e psiquiátrica (EDUARDO PASSOS et al, 2013; LUCIANA CALIMAN E JANAÍNA CÉSAR, 2020), bem como uma ferramenta de produção de cuidado em saúde mental (MARÍLIA SILVEIRA E MARCIA MORAES, 2018).

Ao compreender a GAM como dispositivo (CHRISTIAN SADE et al. 2013; EDUARDO PASSOS et al. 2013; ZANCHET EDUARDO CARON E LAURA FEUERWERKER, 2020 e EDUARDO PASSOS et al. 2020) os autores relatam a produção de rupturas e brechas de algumas dimensões instituídas dentro dos serviços de saúde, desvelamento de lógicas medicamentosas de cuidado e de dimensões pouco exploradas nos cotidianos dos serviços. Faz aparecer “funcionamentos heteronômicos, sobre aparência de autonomia” (EDUARDO PASSOS et al. 2013, p. 36) e, assim, reposiciona os usuários, pela contração de grupalidade, diante do seu próprio cuidado e em relação à oferta de cuidados produzida pelos equipamentos de saúde. Eduardo Caron e Laura Feuerwecker (2020)

70 Na Teoria Ator-Rede, filiação teórica dos estudos de Annemarie Mol, actante é tudo aquilo que gera uma ação, que produz movimento e diferença, seja ele humano ou não-humano. O actante é o mediador, ou seja, é aquele que transforma, traduz, distorce e modifica o significado que ele supostamente transporta (LATOUR, 2012; LATOUR, 2000).

mencionam que o dispositivo GAM permite desestabilizar barreiras à autonomia, produzindo fissuras às relações de poder constituídas em torno do saber especializado (EDUARDO CARON E LAURA FEUERWERCKER, 2020). A GAM também pode ser compreendida como um dispositivo na medida em que coloca em evidência as experiências críticas em relação às prescrições medicamentosas, reposicionando, inclusive, os profissionais de saúde em relação à sua própria atuação (ELISA ZANERATTO ROSA et al, 2020).

A noção de dispositivo é polissêmica e parte dos estudos de Michel Foucault a partir da análise genealógica do poder, sendo rediscutida por Gilles Deleuze (1996) e Giorgio Agamben (2009). Para Michel Foucault (2008a), entende-se por dispositivo um “[...] conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas” (p.244).

O dispositivo adquire a função de uma rede que pode se estabelecer entre esses elementos heterogêneos, bem como possui uma função estratégica dominante, ou seja, num “determinado momento histórico teve como função principal responder a uma urgência” (p.244). Tal “natureza estratégica” (p.245) fala de uma manipulação de relações de força, de uma intervenção racional e combinada de relações de força: o dispositivo está inscrito “num jogo de poder e sempre ligado aos limites do saber, que derivam deste e, na mesma medida, condicionam-no” (p. 245). Para Agamben (2009) tal discussão pode ser dividida em dois grupos: de um lado, os “seres vivos” e, do outro, os “dispositivos” – nos quais os seres vivos são incessantemente capturados –, posicionando-os como “qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, moderar, controlar e assegurar gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres vivos” (p.40).

É, entretanto, a leitura de Gilles Deleuze (1996) sobre o conceito foucaultiano que mais nos interessa. Ele trata a noção com um regime de luz que “se esbate e se propaga, distribuindo o visível e o invisível, fazendo com que nasça ou desapareça o objeto que, sem ela, não existe” (p. 84). Ou seja, para Deleuze (1996) os dispositivos são “máquinas que fazem ver e falar” e se produzem em diferentes dimensões, como as linhas de enunciação e as linhas que produzem planos de visibilidade e, ainda, as linhas de fuga.

Conforme explicam Virgínia Kastrup e Regina Benevides Barros (2015), em “cada formação histórica há maneiras de sentir, perceber e dizer que conformam regiões de visibilidade e campos de dizibilidade (linhas de visibilidade e de enunciação)” (p. 78). As linhas de enunciação, portanto, podem ser compreendidas por uma série de discursos – que se diz – e que produzem diferentes posições. Podemos pegar a discussão sobre uso de drogas para

apreender melhor o conceito: o que dizem as linhas narrativas, inscritas nas relações de saber-poder, sobre a pessoa que faz uso de drogas? A dimensão biomédica que atravessa o cuidado em saúde, por exemplo, ao colocar o usuário de drogas no campo da patologia médica e, ao inscrevê-lo nos manuais de psiquiatria, tem, como um dos efeitos, a medicalização, por exemplo. Constitui-se aí, um certo regime de verdade que se forma pelas enunciações da clínica médica: compulsão do uso de drogas. O vício. Tratamento com remédios. Se agregarmos a isso os discursos moralizantes sobre o uso de drogas e as letras jurídicas do proibicionismo, construímos o sujeito perigoso e intratável que precisa de intervenções do Estado penal, na intersecção com o tratamento médico: a uma mãe usuária de drogas que tenta restituir o poder familiar de seus filhos, outrora retirados pela justiça e enviados a instituição de acolhimento, o tratamento compulsório no CAPS-AD é prescrito.

Com esse conjunto de enunciações, visibilizamos algumas das instituições totais dos nossos tempos, como as comunidades terapêuticas, ou mesmo, a prisão, como estruturas que podem comportar e suportar esses corpos. Alguns conjuntos de enunciação dão visibilidade a determinadas estruturas e, conforme Deleuze (1996), “cada época enuncia perfeitamente o que há de mais cínico em sua política [...] cada época diz tudo que se pode dizer em função de suas condições de enunciado” (p. 63).

Isso não significa afirmar, entretanto, que os enunciados estão ocultos. Mas, também não significa dizer que são diretamente legíveis ou mesmo dizíveis. Trata-se de alcançarmos as condições extrativas para que ele se torne visível e assim, poder dizer (GILLES DELEUZE, 1996). Nesse sentido:

é preciso pegar as coisas para extrair delas as visibilidades. E a visibilidade de uma época é o regime de luz, e as cintilações, os reflexos, os clarões que se produzem no contato da luz com as coisas. Do mesmo modo é preciso rachar as palavras ou as frases para delas extrair os enunciados (GILLES DELEUZE, 1992, p. 120).

Os grupos GAM fazem rachar as palavras.

A contração de grupalidade e os efeitos do manejo cogestivo da GAM, conforme já elencamos na revisão de literatura do capítulo anterior, permitem, pelas histórias de vida, produzir outros regimes de enunciações e dar visibilidade a determinados jogos estratégicos de poder-saber que sustentam heteronomias em relação às experiências das pessoas. Como disse um dos participantes do grupo GAM, em um dos encontros: “aqui a gente consegue falar coisas que não falamos nem nas assembleias”.

Ao olharmos para essas relações, produzimos ruptura de determinadas lógicas e possibilitamos a criação de linhas de subjetivação que possam incluir a heterogeneidade das experiências e de modos de vida singulares na relação entre cuidado e uso de drogas.

Faremos essa discussão a partir das pistas analíticas que partem do que estou chamando de cenas-enunciativas produzidas a partir das narrativas que presenciei, enquanto pesquisadora, por quase três anos, desta pesquisa-intervenção no CAPS-AD.

As cenas-enunciativas foram produzidas por meio das descrições dos diários de campo que reúnem fragmentos colhidos em dias e momentos diferentes do percurso, com foco nos elementos mais sensíveis em relação ao tema dessa pesquisa: drogas e autonomia. Por esse motivo, aspectos geralmente destacados nas pesquisas sobre a GAM, como cogestão, grupalidade e protagonismo dos usuários, irão aparecer, mas não serão o destaque. Pensamentos e sensações também emergem nas cenas, a partir da experiência de quem narra a história e que também viveu o que aconteceu, elementos importantes da análise de implicação.

Por fim, para conseguir contemplar os aspectos mais importantes dos diários de campo, a partir de 5 cadernos escritos e mais de 100 páginas digitadas, procurei destacar cenas e situações de heteronomia/autonomia, bem como eventos críticos, analisadores –que podem ser considerados acontecimentos que provocam “análise, quebra, separação, explicitação dos elementos de dada realidade institucional” (ANDRÉ ROSSI; EDUARDO PASSOS, 2014, p. 162) –, que demarcam tensões/deslocamentos, quando “se racham as palavras e as coisas” (GILLES DELEUZE, 2013).

As três cenas-enunciativas serão apresentadas sequencialmente, embora não possamos contextualizar as narrativas deste modo. Ao lê-las, na sequência, temos a expectativa de que o leitor sinta os atravessamentos intensivos dessas palavras e as forças que fazem rachar que elas comportam. É uma estratégia que encontramos de aproximá-los das sensações que tínhamos, assim que saíamos dos grupos, sempre às sextas-feiras de manhã.

5.1 Cena-enunciativa 1: O CAPS viciado/ a desintoxicação pela palavra

Figura 4: Rodinhas no pé.



Fonte: Desenho feito com canetas hidrográficas, pela pesquisadora.

Começamos o grupo pré-GAM um pouco atrasados: os trabalhadores do serviço estavam um pouco dispersos e mexendo muito no celular. Cansados. Na semana havia sido o planejamento no equipamento, mas, aparentemente, pouca coisa tinha mudado.

Em relação ao GAM sentia-se a necessidade de que ele acontecesse em mais de uma hora e com diversidade de profissionais – de outras miniequipes –, pois, do jeito que ele estava configurado, apenas a farmacêutica e o psicólogo se responsabilizavam pelo andamento do grupo. Também participou do grupo a terapeuta ocupacional e uma redutora de danos por um tempo e um novo enfermeiro já no final de 2019. Algumas pessoas foram migrando, mas, parecia haver uma tensão sobre estar escalado, enquanto técnico do serviço, para conduzir os grupos e participarem dos espaços fora do CAPS, em relação às atividades formativas com a universidade. Algumas entrelinhas que não fui capaz de traduzir e que não entrou na roda cogestiva do grupo, por se tratar de aspectos organizativos do serviço, creio eu.

O problema, não está, necessariamente, em ter apenas dois técnicos tocando o grupo, mas na necessidade das discussões e dos acompanhamentos terem capilaridade para as outras equipes na manutenção do cuidado. O que se diz na GAM fica na GAM: as questões mais sensíveis e analisadoras do serviço não circulam entre os outros profissionais.

Fico lembrando um dos participantes do grupo que, com oscilações, se manteve do começo até o momento que acompanhei o grupo. Ele disse, isso já em dezembro de 2019: “o CAPS está viciado em atender da mesma forma”, quando fazíamos um fechamento do ano em relação aos nossos grupos GAM.

A GAM como se estivesse em uma redoma, bonita e protegida, como a flor do pequeno príncipe, no livro do Antoine de Saint-Exupéry. Essa é a imagem que consigo construir, quando penso no assunto. Um paradoxo entre a proteção de um grupo que acontece às sextas, durante 1h30 minutos e os desafios de fazer a intensidade do que se constrói nele migrar para fora. Produzindo deslocamentos da GAM-dispositivo grupal para a GAM-estratégia que incide sobre processo de trabalho no serviço.

Cabe dizer que houve investimento, tanto dos profissionais que conduziam o grupo, quanto dos pesquisadores, professores da PUC e estagiários do PET, para que outros atores adentrassem à GAM, desde o começo. Assim como se solicitava a participação da gestora em todas as pactuações e atividades de educação permanente no território quando o assunto era GAM. Também houve esforços, sobretudo do grupo condutor do GAMZÃO – com professores e pesquisadores da PUC, membros da coordenadoria regional de saúde da região norte, trabalhadores e usuários dos serviços que estavam desenvolvendo os grupos GAM - em fazer emergir a discussão álcool e outras drogas. A GAM entra nas pesquisas brasileiras como dispositivo cogestivo e produzir capilaridade nos diferentes modos de gestar autonomia é efeito esperado: mudanças no modo de produzir gestão do cuidado e, assim, produzimos outros modos de fazer gestão no serviço em um movimento intrínseco e não linear.

Neste dia, identificamos outro problema.

Os guias GAM são uma espécie de diário e eles deveriam fazer anotação nos próprios guias como parte do processo.

Figura 5: Capa do Guia GAMBR



Fonte: Site da FCM da Unicamp

A técnica do CAPS apontou que as pessoas que estão participando no GAM ainda são muito rotativas. E, de fato, se mantiveram rotativas até o fim do processo que acompanhei. Só conseguimos reimprimir os guias em novembro de 2019, com um dos financiamentos que conseguimos com a PUC.

Não sabíamos bem como resolver essa equação, na época. Não dar os guias aos usuários retirava o caráter de pertencimento com o material e com o espaço. Por outro lado, a falta de recursos é uma realidade bastante concreta. Finalmente essa questão foi resolvida do melhor jeito possível, a meu ver: os números de guias GAM diminuíram muito, até conseguirmos as reimpressões. Isso significou que quem queria levá-los, levou. Com os guias que se mantiveram, demos continuidade aos grupos por 3 anos.

Depois disso eu fiquei lendo o guia do moderador e trazendo alguns pontos que eu achei bastante interessante, entre eles, um aspecto gerou uma discussão particularmente interessante entre todos nós: em um determinado momento, o guia do moderador sugere que os usuários

levem as suas bulas de medicação para poderem fazer a discussão no grupo. Nesse momento, a farmacêutica, ficou bastante receosa e também animada com essa atividade.

De acordo com ela, a clínica no CAPS-AD insere medicações no PTS dos usuários que não, necessariamente, têm a ver com atenuação dos sintomas que suas bulas preveem. O nome técnico desse procedimento, que aprendi recente com a pesquisa da Beatriz de César Lauria (2020), também farmacêutica de um CAPS-AD na cidade de Santos, e que fez seu mestrado na UNIFESP baixada santista, chama-se prescrição *off label*. De acordo com a Agência Nacional de Saúde⁷¹, o medicamento chamado *off label* é aquele cuja indicação do profissional assistente diverge do que consta na bula.

A farmacêutica do CAPS nos deu um exemplo: por vezes você prescreve antipsicótico não para que se reduzam os sintomas de delírios e alucinações. Na clínica do AD esse tipo de medicação têm o efeito de conter um corpo que está extremamente fissurado e desejante pelo uso da droga. E conclui sobre a atividade proposta: fazer essa discussão não seria uma coisa tão simples no grupo GAM.

Em seguida, fomos para o grupo GAM e essa discussão parecia já estar anunciada.

O grupo sempre começa com uma explicação sobre o que é o grupo do GAM para os usuários que participam pela primeira vez. Quase sempre a primeira discussão se centra no uso de medicações em seu sentido mais concreto e sua relação com o uso de drogas.

Nesse dia as pessoas foram falando inicialmente dessas interações. Me chama atenção a fala de duas pessoas, cujas histórias vou destacar aqui: a do Rodrigo e a da Rita.

Vou começar falando do Rodrigo porque ele me pareceu alguém que não se subordina à palavra do profissional de saúde quando não há diálogo sobre a autonomia dele. Ele é um homem novo, que deve ter no máximo, uns trinta anos. Não sei como ele se definiria em relação à sua cor. Para mim, um homem negro, com a pele clara. Muito consciente de seu processo e bem articulado. Lembro dele sempre com camisas coloridas. Reflexivo. Quando fala, tem muita seriedade no olhar.

Ele começa dizendo, para a surpresa de todos, que utiliza as medicações que foram receitadas para ele apenas esporadicamente. E explica que não faz uso do remédio quando ele quer beber cerveja. Quase uma heresia do ponto de vista do cuidado biomédico, centrado na prescrição. Como assim ele faz o uso da medicação do modo como ele bem entende? Suponho

71 Disponível em:

http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resposta=1696&historico=23322675. Acesso em 11/10/2020.

que grande parte de médicos com quem trabalhei na minha vida profissional no SUS diriam isso, diante do relato.

Por quatro vezes ele fez essa mesma fala, sobre não tomar o remédio quando faz uso da cerveja, e acrescenta: “minha referência não concorda que eu faça isso, mas para mim é importante”.

Ele explica que quer continuar bebendo cerveja. Porque é no espaço da cervejinha que ele mantém suas relações sociais depois do trabalho e ele não quer perder isso. O desejo dele é parar o uso de cocaína, mas não o de álcool. Nos conta sua estratégia: ele toma uns 2 litros de cerveja, depois ele toma um copão de água tônica, come uma coxinha e vai enchendo o estômago. Fazendo assim, ele descobriu que não sente tanta necessidade de tomar muita cerveja. De acordo com ele, essa estratégia que ele encontrou fez ele perceber que o limite dele é tomar até 4 garrafas de cerveja. Assim ele fica bem, sociável com os colegas de trabalho e não acaba tendo o *gatilho* para usar a cocaína.

Explicaram no grupo que gatilho, para quem não sabia, pode ser: lugares, pessoas e sensações que remetam ao uso da droga, estimulando o desejo de usar.

Ele, inclusive, falou que estava se sentindo muito feliz nessa semana, porque desceu do ônibus depois do trabalho, conseguiu beber 4 garrafas de cerveja e ir para casa. Quando alguém ofereceu cocaína para ele, no meio do caminho, ele conseguiu recusar. Mas, para isso, ele precisou fazer manejos singulares entre as diferentes drogas, incluindo a prescrita, mesmo que a referência não concorde.

O grupo chegou numa discussão muito bonita sobre a autonomia nesse dia. Foi se desenhando para construir uma ideia de que, na verdade, é preciso criar estratégias singulares para poder se relacionar com os diferentes usos das drogas.

Nesse momento, um enorme paradoxo se criou em relação à atuação profissional da farmacêutica: ela mesma reconheceu que Rodrigo é um importante analisador em relação aos projetos terapêuticos singulares no CAPS, no sentido dos profissionais do CAPS considerarem as estratégias que os frequentadores estão utilizando de cuidado de si, quando escapam à normatividade das prescrições técnicas. Ainda assim, precisou dizer, desde seu ponto de vista técnico, os malefícios que a interrupção de medicações causa no corpo e no sistema nervoso central. Desenhou e explicou. Percebi que o desejo de normatizar o “não pode!”, junto com a produção de culpa – pelo medo de acontecer algo grave nessa interrupção –, apareceu nas explicações da farmacêutica.

Mas percebo, também, que as muitas conversas de educação permanente nos grupos pré-GAM e pós-GAM, sobre autonomia, horizontalização das relações na GAM, o respeito à

fala dos usuários e a não centralidade do conhecimento técnico no grupo, constrangeu a vontade de produzir uma única verdade sobre o corpo do outro e de prescindir de escutar esse outro.

Outra pessoa que chamou atenção nesse grupo foi a Dona Rita. Uma mulher negra, alta, bonita, ativa, com idade entre 50 e 60 anos. Eu simplesmente me apaixonei pela intensidade dessa mulher.

Ela me chamou a atenção por duas características principais: a primeira é pela total consciência que tem sobre o uso que faz do crack. Sabe identificar seus gatilhos, seus limites e sua ansiedade. Ela não mascara o desejo de fazer o uso que, segundo ela, aparece a todo momento. Disse que estava muito difícil reduzir o uso, já que ela mora na rua onde fica uma das bocas do bairro.

Para ela, são muitos os planos que precisa fazer para não consumir o crack compulsivamente, como por exemplo: cozinhar bastante, ela gosta muito de cozinhar e inventar muitos pratos, andar por quilômetros para poder dar a volta no bairro e não passar pela biqueira. Ela também faz um relato de que ela não pode ver, por exemplo, potinho de Danone ou frasco de Yakult. Esses são os principais gatilhos dela: são nesses potes que ela fazia o cachimbo para fumar a pedra do crack, depois de seus filhos pequenos consumirem o conteúdo.

Quando começa a escurecer, ela vai sentindo criar rodinhas no pé. Ela tem uma vontade quase incontrolável de sair. O jeito que ela conta, embora se trate de uma situação angustiante, é muito engraçada. Faz todo mundo rir. Eu, imagética que sou, imaginei as rodinhas crescendo no pé dela. Até por isso, quis desenhar. E como ela freia as rodas? Eis que surge a receita: 4 comprimidos de carbamazepina e 4 comprimidos de Sertralina juntos. Assim ela apaga, dorme a noite toda e não usa.

Rita tem um bom humor incrível. Ela me parece alguém com muita potência de mudança e de possibilidades. No fim do grupo, por exemplo, começou a combinar com as pessoas de fazer esfirra na casa dela e se encontrarem no fim de semana, trocou telefone: manobras para driblar o uso, foco nas relações. Esse é um belo de um capacete, imaginei em relação às rodas, quando falharem os freios.

Soltar a palavra é minha desintoxicação, diz Rita sobre o sentimento de potência ao acabar o grupo!

Poder enunciar os arranjos, invisibilizados pelos PTS prescritivos e os diferentes modos de vida. No grupo GAM cabe.

A farmacêutica ficou muito tomada com essa discussão em relação à gestão autônoma das múltiplas drogas e com razão: em poucos momentos, relatam os próprios participantes,

essas composições puderam ser anunciadas para suas referências, que são os profissionais técnicos que acompanham seus projetos terapêuticos singulares.

Discutir os efeitos da medicação no corpo e suas interações é fundamental. Mas não só. São tantos outros agenciamentos feitos pelos usuários para darem conta da vida, muitas delas precarizadas, e para criarem estratégias de poderem existir como são.

Não é uma discussão simples. Como diria Antonio Lancetti (2015), não existe resposta fácil para problemas complexos. Mas é necessária se quisermos radicalizar na discussão de autonomia.

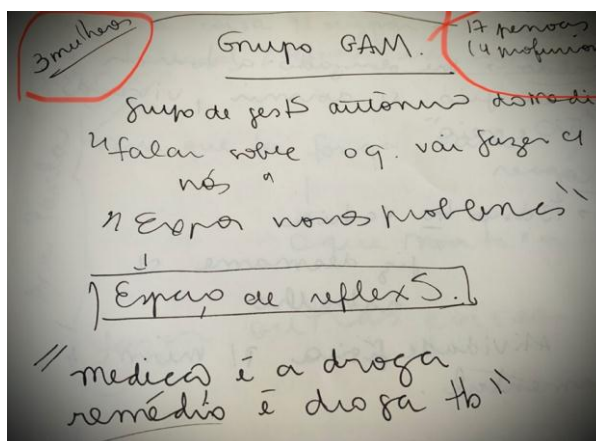
Para Dona Rita, por exemplo, mudar de casa, para poder circular em espaços que não estejam tão próximo da biqueira, não é uma realidade possível. Ela conta que precisa trabalhar e não consegue. Ela fala das dificuldades que enfrenta. Ela conta com pesar o que seus filhos vivenciaram com ela e que ela queria poder lhes dar mais afeto, mas não conseguiu. E vai contando sobre suas dificuldades, muitas que vemos se repetir na maioria das histórias de outras mulheres que fazem uso de drogas: dificuldade de ter rede de apoio.

No caso de Rita, quem a apoiava, em relação ao cuidado dos filhos, era sua mãe. Mulheres que apoiam mulheres. Dificilmente você encontra um homem, marido, ex-marido, pais dos filhos, e por aí vai, para início de conversa, cuidando se seus próprios filhos, quando a mãe não tem condições de cuidar. Essa narrativa não aparece nas histórias que compartilhamos. A ausência também é analisadora. Menos ainda vemos os homens apoiando as mulheres em seus tratamentos no CAPS-AD. Um caso ou outro. O contrário não se desenha desse modo.

É muito chão batido, de um caminho muitas vezes solitário, para as mulheres que fazem uso de drogas poderem resistir e existir. Sobre tudo as mulheres negras.

Cabe dizer que em meus diários de campo cheguei a anotar a quantidade de pessoas que estavam nos grupos GAM, em quase todos os encontros que participei, ao longo desses três anos. Destaquei a quantidade de mulheres. A média era mais ou menos a que está apresentada na figura abaixo. Muitos dos grupos aconteceram, somente, com homens frequentadores do serviço.

Figura 6: Sobre quantidade de mulheres no grupo.

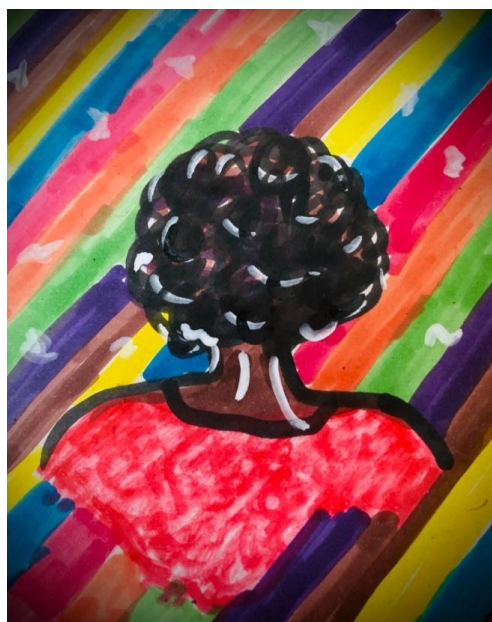


Fonte: Diário de campo

Finalizamos o dia com uma fala de Rodrigo: para alguns as medicações podem tirar a vontade do uso de drogas, mas não tiram o desejo. E aí é que é a questão.

5.2 Cena-enunciativa 2: Morte e vida/Dar uma gestão autônoma, nós mesmos

Figura 7: Tobias



Fonte: Desenho feito com canetas hidrográficas, pela pesquisadora.

Eram notáveis os dias em que ele aparecia no grupo.

Quando iniciávamos a roda e acolhíamos os novos integrantes, perguntávamos:

— Alguém pode explicar o que é a GAM?

Ele, muito performático e eloquente, era o primeiro a explicar:

— É para falar de mistura de drogas e medicação, que é muito grave, mas também fala de outras coisas da vida, como vulnerabilidade e como fazer redução de danos. Para isso existe a GAM: para conscientizar.

E continuava:

— Danos não é só drogas. Tem muitas coisas mais danosas que as drogas, não é só reduzir álcool ou pedra – ele nos avisa – quem é dono da vida somos nós mesmos e quem vai dar alguma gestão autônoma somos nós mesmos.

Escolhi trazer o Tobias para o centro dessas cenas, por que sua história de vida e o modo que ele se fazia existir no mundo merece toda nossa atenção quando pensamos a discussão de autonomia: foi expulso de casa aos 9 anos de idade, por sua mãe não aceitar seus trejeitos, nas palavras dele. Nos conta que ela era evangélica e preferiu ver seu filho na rua em vez de permitir a ele ser quem era. Essa dimensão familiar sempre lhe foi muito dolorida, quando relatava no grupo, ao passo que também deslocava alguns lugares comuns utilizados pelos participantes da GAM quando falavam de cuidado em relação ao uso de drogas, colocando a mãe no lugar de santidade ou de a única pessoa que poderia apoiá-los incondicionalmente.

O duro processo de deslocamento de verdades instituída em direção à provisoriedade das dimensões singulares de vida: era isso que o Tobias fazia. Singularizava: fazia aparecer diferentes modos de existir no mundo:

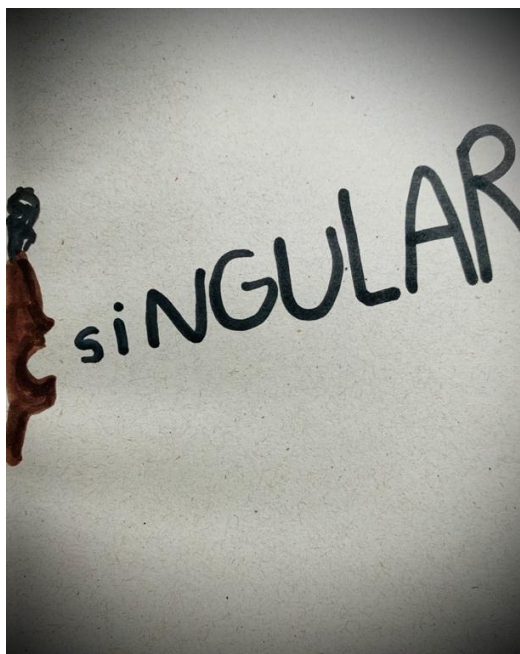
— Nem todas as mães são assim! A minha me expulsou aos 9 anos de casa. Me deixou sozinho na rua, sem recurso. Família é o que a gente tem aqui. Amor não é falado. Amor é demonstrado!

Nesse momento o grupo fica pesado e pensativo.

Produzia-se algo.

As palavras do Tobias soavam, quase sempre, como raios singularizadores. Essa é a imagem que me vem à mente.

Figura 8: Raio singularizador.



Fonte: Desenho feito com canetas hidrográficas, pela pesquisadora.

Conta-nos que quando foi morar na rua, ainda muito novo, começou a beber porque precisava perder a vergonha ao ver as pessoas passando por ele quando estava deitado, pronto para dormir. Sempre frisou que é difícil estar na rua de cara limpa. E acrescenta: sabe o que é ser preto, viado e morar na rua? Meu dia a dia é me anestesiarmos. Preciso anestesiarmos minha própria vida.

Estar em situação de rua era a realidade de parte das pessoas que frequentavam o grupo. Não conseguir vaga em albergue e enfrentar o frio da cidade na rua. Brigar dentro do CAPS para conseguir a hospitalidade noturna para poder se abrigar ou, ainda, enfrentar os profissionais para poderem ter o PTS intensivo, pois isso, significa, entre outras coisas, poder frequentar a ambiência durante o dia e receber alimentação. Os direitos fundamentais que é o de comer e se abrigar são negociados dentro dos projetos terapêuticos, regulados pelo comportamento dos usuários ou por aquilo que eles dizem para poderem ter acesso.

Com quais parâmetros se regula o acesso à comida?

Sempre me pergunto qual o parâmetro clínico para isso. Muitas vezes vi um frequentador do CAPS, brigar e gritar com os profissionais, porque seu período de hospitalidade noturna no CAPS havia acabado e ele não sabia para onde ir.

Essa sempre foi uma questão importante para o Tobias, sendo ele, porta-voz desse desconforto, na maioria das vezes.

Sempre que o vi muito nervoso no grupo, tinha relação com seu direito de poder ficar na ambiência durante o funcionamento do CAPS. Em um dos dias, em especial, um usuário tinha agredido uma das funcionárias, a técnica de farmácia, arremessando uma jarra de vidro contra sua cara. Situação delicadíssima. E foram muitos episódios de violência que presenciei paralelamente às atividades da GAM. Gritos e Ameaças.

Lembro-me de um dia em que o Naldo estava muito nervoso querendo arrombar o portão do CAPS que ficava trancado e era aberto por um profissional de segurança patrimonial. Naldo é também uma pessoa incrível em seus relatos: quando ele se apresenta nos grupos, diz que é o psiquiatra do CAPS. Foi diagnosticado com algum transtorno psiquiátrico do grupo das psicoses, que nunca veio ao caso, no grupo, somente quando ele mencionava para dizer, entre outras coisas, que acha muito importante ser acolhido no CAPS-AD.

No dia em que ele estava nervoso, do portão pra fora, estávamos no grupo GAM. Alguns participantes chegaram a cogitar que ele fosse banido do CAPS. Ou que chamassem a polícia. Quando a terapeuta ocupacional devolveu: quantos de vocês também já tiveram nessa situação e foram acolhidos? E hoje estão aqui?

O grupo silenciou. Reflexivos, pensaram que repressão não pode ser a resposta.

Construímos isso coletivamente.

Naldo, que nunca conseguia ficar o tempo todo no grupo e aparecia esporadicamente nos grupos GAM, já no final de 2019 dizia: aqui no CAPS eu sou o Naldo. Também deixou de ser o psiquiatra em suas apresentações.

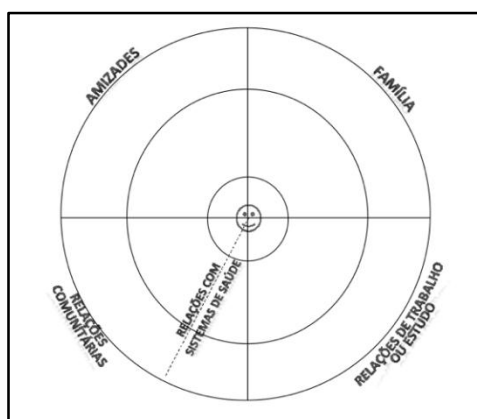
A estratégia que o CAPS encontrou para dar conta da situação de violência contra a técnica de farmácia era a de fazer assembleias diárias, naquela semana, para pensarem modos coletivos de conterem a violência no CAPS, com participação da gestão central da OSS (Organização Social de Saúde). Não foram poucas as vezes em que nos deparamos com situações de agressão contra os funcionários e esse aspecto, com razão, sempre mobiliza todo mundo e o reflexo disso é trazido para os grupos GAM e é debatido e acolhido.

Nesse dia, Tobias entrou na sala de um jeito muito intenso, atravessando o grupo, e começou a problematizar o excesso de reunião que os funcionários têm, sem nenhuma resolutividade aparente, na perspectiva dele.

O que consegui entender desse desabafo é que, nesses dias em que o CAPS precisou parar para discutir as situações de violência, eles precisaram fechar a ambiência, já que não teriam profissionais para estarem lá. E os usuários se sentem muito desamparados sem o funcionamento integral do CAPS.

As redes e a garantia das políticas públicas são muito limitadas. No dia em que fizemos as atividades do ecomapa, proposto do GUIA GAM, a grande maioria tinha relações sociais distantes – como família e amigos – e tinham os serviços de saúde público como principal vínculo de relações comunitárias. O CAPS-AD era o único serviço que apareceu no ecomapa de todos os participantes desse dia.

Figura 9: Ecomapa



Fonte: Guia GAM-BR

Figura 10: Atividade do Ecomapa

Pense e desenhe no gráfico a seguir com quais pessoas, serviços e lugares você pode contar quando precisa.

Ao lado, temos o “mapa da rede social³”. Ele é dividido em quatro quadrantes: Família, Amizades, Relações de trabalho e/ou escolares (companheiros de trabalho e/ou estudo) e Relações comunitárias (clubes, associações de bairro e outros) e de serviços de saúde.

Quanto mais perto do centro (☺), mais proximidade você tem com essa pessoa ou serviço.

Vamos Tentar?

Fonte: Guia GAM-BR

Eles dizem que não têm para onde ir, sem que haja o desejo de usar substâncias. Danielle também concordou com Tobias. Eles falaram que lá eles se sentiam escutados quando estão na fissura e no desejo; eles precisam se sentir observados por alguém. Acolhidos e cuidados. Não poder estar no CAPS produz enorme desamparo.

Para muitos, o CAPS é um dos poucos lugares para estar, com cuidado e atenção. Essa dinâmica de poder ser cuidado é um dos aspectos que mais chama atenção em relação aos modos de vida muito precarizados, inclusive, quando fazemos a discussão da primeira parte do guia GAM: eu sou uma pessoa, eu não sou uma doença.

No AD, estar doente, considerar o uso de drogas como uma doença para poder passar na consulta médica, receber medicamentos e ser acompanhado é produzir deslocamento importante: sai do campo moral – pessoas com desvio de caráter, fracas, vagabundas, nóia e etc. –, para alguém doente que precisa de cuidado.

Poder discutir que o uso de drogas não é uma doença e, a partir disso, singularizar o uso e ampliar a dimensão sócio-política da questão, é tarefa quase semanal dos grupos GAM. Porque há desejo de cuidado e para estar no serviço de saúde, sendo cuidado, ele precisa estar doente. Esses descolamentos são constantes, inclusive foi preciso fazê-lo no dia em que Tobias morreu. Mas chegaremos lá, infelizmente.

Mortes.

Tobias também sempre as anunciou para que ninguém as tomasse como coisa normal.

A primeira com que me deparei, em relação aos frequentadores do grupo, foi a do seu Hermes. Ele tinha questionamentos brilhantes no grupo. Morreu com uma possível parada cardíaca dentro de casa. Demoraram dois dias para encontrar seu corpo e não se sabe exatamente a causa da morte. Ele foi ao CAPS em uma quarta-feira e encontraram seu corpo na sexta.

Chama a atenção o grupo não falar sobre isso logo após o falecimento. Não foi conversado com os usuários. Não se falou disso. Salta os olhos não terem investigado melhor a causa da morte, para além da parada. Apenas morreu. Morte morrida, como a morte Severina.

— *E foi morrida essa morte,
irmãos das almas,
essa foi morte morrida
ou foi matada?*

(Morte e vida Severina. João Cabral de Mello Netto, 1954)

O grupo sentiu o baque, mas ninguém conseguia falar sobre isso, somente quando Tobias anunciou: seu Hermes morreu! E ninguém fez nada!

Morrer na solidão, com dois dias para as pessoas darem sua falta, foi o que mais deixou o grupo mobilizado. Muitos se viram nessa morte.

O segundo caso, e esse é bastante complexo, diz de uma morte que tem relação com a mistura entre medicação e álcool. Situação de rua. Descaso. O deixar morrer. Ou fazer morrer os indesejáveis: pretos, pobres e não produtivos para o sistema, necropolítica.

Começamos com Jessé. Ele vivia na rua com Tobias. Na verdade, era um trio: Guto, Tobias e Jessé. Três pessoas em situação de rua e que morreram jovens. Tobias e Jessé eram negros – Tobias de pele retinta. Guto era branco.

No dia em que Jessé morreu, era noite fria em São Paulo, data da Virada Cultural e os três usaram bastante álcool durante a noite. Jessé era hipertenso desde jovem e misturava muita cocaína com álcool.

Jessé dormiu passando mal e, pelo frio e pelo uso do álcool, ficou hipotérmico. Seus pés estavam roxos quando perceberam e chamaram o SAMU às 4h da manhã. Em estado de pré-morte foi resgatado somente às 7h e morreu a caminho do PS, de frio.

Guto, dois meses depois, havia saído de uma semana de hospitalidade noturna no CAPS. Era também uma noite bastante fria em São Paulo. Ele passou a tarde tomando medicação para controlar a abstinência no CAPS (Soro + Diazepam) e passou a noite bebendo. Como disse o Tobias, difícil ficar na rua de cara limpa. Acordou passando mal. Procurou a UBS que, por sua vez, também passou o dia administrando mais medicação.

Acabou o expediente da UBS, ele ainda não estava bem e estava muito frio. Guto estava acostumado a dormir na marquise da UBS. Tobias e Arlisson foram levados para o albergue pela Kombi da prefeitura e Guto não quis ir. A orientação dada para ele, pela UBS, era de que ele mesmo chamasse o SAMU se não estivesse se sentindo bem, porque a UBS iria fechar.

Tobias, arrependido de deixar Guto lá, voltou e encontrou o amigo muito debilitado. Tentou parar carros e pedir por socorro, mas Guto morreu na porta da UBS, esperando alguma ajuda que não aconteceu.

Seu corpo ficou exposto, apenas coberto com um saco preto, até o dia seguinte.

Sobre Tobias, soube que ele estava internado no fim de setembro de 2019. Pneumonia grave.

Ele já havia desaparecido do CAPS anteriormente, por quase dois meses. Tal desaparecimento fez toda a equipe se mobilizar e ligar para os pronto-socorros e hospitais da região. Até com o IML os profissionais entraram em contato, com medo de que o pior tivesse acontecido.

Depois de dois meses sem notícias, encontro Tobias no CAPS, perto da piscina, com seu sorriso bonito, muito comunicativo.

— Tobias, meu filho, por que você sumiu? Fiquei preocupada!

Para minha surpresa, ele responde:

— Fiquei internado em uma comunidade terapêutica esse tempo, que o pessoal da igreja ofereceu. Fiquei descansando e tomando medicação. Comendo e dormindo. E daí voltei pra cá. Quando for perto do Natal, vou pedir para me internar de novo, tipo um SPA.

Lembrei-me da discussão sobre o agir leigo em saúde (LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECÍLIO et al., 2014) e as construções muito particulares sobre as redes que os usuários criam para dar conta das questões de saúde e que não são os mesmos caminhos que os serviços montam para eles.

Às vezes a gente tem uma falsa ideia de que manter o cuidado no CAPS é refutar a lógica manicomial das comunidades terapêuticas, na perspectiva do usuário. Quando, na verdade, faz-se diferentes usos dos mais diversos serviços, a partir das necessidades de cada um.

O fato é que não deu tempo de chegar o Natal.

Dia 07 de outubro de 2019 fiquei sabendo da morte dele.

Quem me contou foi a estagiária da PUC, na época, com quem tinha bastante cumplicidade. Contou-me que havia falecido por falência múltipla de órgãos, depois que o pulmão parou de funcionar, em decorrência de uma pneumonia. Disseram que ele estava tendo muitas convulsões nos últimos tempos. Também soubemos de algumas situações de violência que ele sofreu na rua, inclusive por companheiros próximos que podem estar associadas às crises convulsivas.

No atestado de óbito ficam sempre explicações sempre muito técnicas para vidas complexas.

No grupo GAM, depois de três dias da morte de Tobias, estavam todos muito mobilizados. A primeira reflexão do grupo foi que o álcool e as drogas nos levam à morte certa.

Parte das pessoas entrou neste automático das respostas prontas, até que alguém mencionou que o fato dele estar em situação de rua era um agravante.

Marilda foi categórica em dizer que viveu na rua desde os onze anos. E que foi preciso usar drogas e bebida para se proteger.

Muitos concordaram com ela: a gente fica mais corajoso com as drogas! A gente não tem medo de fazer o corre! O problema é a mistura das drogas e medicação.

Mas não adianta ficar trazendo a história do Tobias como exemplo pra ninguém. Cada um sabe do seu corre, relata uma das pessoas do grupo.

Nesse momento, Jairo menciona uma questão importantíssima: que Tobias sofria muito preconceito por ser negro e ser gay.

Ouvir isso do Jairo foi um respiro.

Jairo, logo no início dos grupos GAM, dois anos e meio antes desse episódio, havia brigado com Tobias, justamente, por preconceito e homofobia. Chamou-o de viado, pois não tolerou seu modo de ser no grupo.

Hoje o Jairo fala em tolerância. Uma restituição bonita e importante quando pensada em perspectiva do tempo que o grupo conseguiu produzir comunalidade a partir das diferenças.

Léo e Caio reforçam a dimensão de como o preconceito racial, de gênero e de classe podem ter tido efeito na morte de Tobias: para ser gay no Brasil você precisa ser rico. Léo acrescenta: para ser negro feliz na vida eu precisaria ser o Lázaro Ramos. Mas não sou, por isso afronto as pessoas.

Ciro, um homem negro, finaliza: a morte é todo dia nas nossas vidas, mas aqui aprendo a viver melhor.

Estou conseguindo construir meu PTS e projetar minha vida para frente. Não sou santo, mas bebo menos. Aqui meu nome é Ciro, e não Pingueiro, como me chamavam antes.

Fechamos o grupo com pesar. Vi um vaso de flores em homenagem ao Tobias, entregue pelos estudantes da PUC.

Mal conseguimos produzir esse luto. Não passou nem uma semana e morreu o Gildo.

Abrimos o grupo e o Naldo começa:

- Até quando a gente vai enterrar gente aqui?

Essa pergunta me atravessou.

Gildo saiu de um atendimento no CAPS, apenas uma semana depois que Tobias morreu. Contou para a psicóloga que não exista mais nenhum projeto que poderia ser terapêutico para ele. O CAPS fez tudo que podia, relata.

Ele estava se despedindo.

Mesmo antes de saberem o que teria acontecido, o CAPS já estava em clima de velório. Em seguida ele foi até uma biqueira que não era bem-vindo, arranhou uma briga.

Dizem que ele tentou roubar a droga do traficante: encheu a mão e saiu correndo.

Caiu, bateu a cabeça e morreu espancado.

— *Até que não foi morrida,
irmão das almas,
esta foi morte matada,
numa emboscada.*

(Morte e vida Severina. João Cabral de Mello Netto, 1954)

Neste dia o clima era triste. Um baque atrás do outro. A vida colocada em questão.

A vida não vale mais nada? - Pergunta Jairo.

Apesar disso, conseguimos conversar sobre estratégias de proteção.

Como é possível nos proteger e nos cuidar?

Wando comenta que estar em grupo ajuda muito, principalmente quando se está em situação de rua. Ele relembrou que já viajou com Guto, Jessé e Tobias para a praia. Na calçada a gente sempre tenta ter alguém que beba menos para ficar de vigília. Tem que ter cuidado. Em bando somos mais fortes.

Conversas sobre redução de danos, ampliação da rede de cuidado, ter pessoas para contar em situação de crise.

Para a maioria, o CAPS é o único lugar para ser acolhido.

Esse aspecto me lembrou um dia que Flávio estava muito angustiado, mas pensando sobre o acolhimento no CAPS.

Chegou a relatar a fala do psiquiatra sobre sua desesperança em relação ao seu tratamento: - o médico já me falou que usou comigo todos os remédios da farmácia e que não sabe o que fazer.

Mas entende que ali é lugar para chegar e estar.

— Mesmo quando a pessoa tá sem crítica nenhuma – explica que ele estava há 4 dias na rua e que ele não queria mais falar de nada, nem com ninguém –.

Completa dizendo que tem algo que chama atenção no CAPS e que o faz voltar.

— Mesmo quando a pessoa tá desanimada, quando ela não quer ajuda de ninguém. Ela sabe que tem o CAPS.

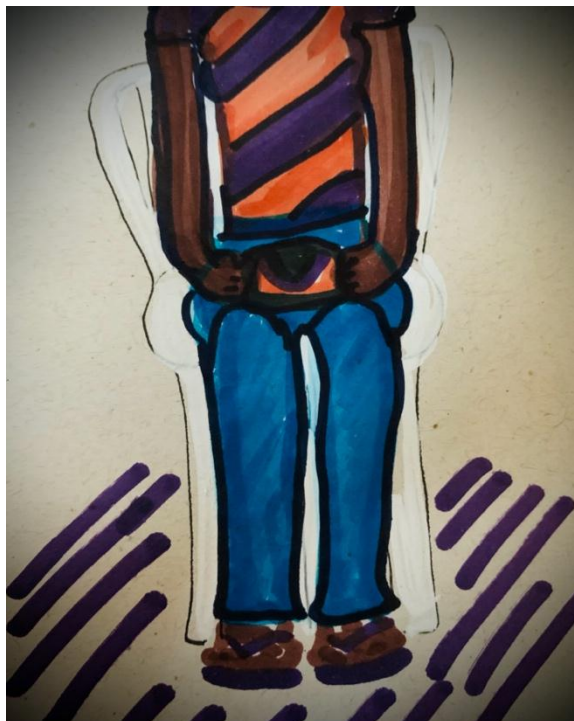
A última morte de um participante, que não cheguei a conhecer, foi em 2020. Eu não estava mais participando dos encontros no CAPS, em decorrência da pandemia. Quem me conta é uma pessoa muito próxima que já trabalhou lá.

É o Sr. Waldemir. Sem me explicar muito o que aconteceu, mas com muito pesar, só ressalta o simbolismo dele ter morrido segurando seu cartão SUS na mão.

Em sendo uma pessoa que parte da vida em trajetória de rua, o cartão do SUS lhe conferiu cidadania ao menos na hora de ser reconhecido na morte. Com ele, Waldemir não foi enterrado como indigente.

5.3 Cena-enunciativa 3. Omitir para existir/ Afirmar a mistura droga-medicação

Figura 11: Rosália sentada no grupo, sempre atenta.



Fonte: Desenho feito com canetas hidrográficas, pela pesquisadora.

No grupo GAM é possível enunciar os caminhos, nem sempre oficiais, que os frequentadores vão construindo na rede de saúde para poderem ser atendidos com dignidade.

Rosália é uma das poucas frequentadoras presentes com regularidade no grupo GAM. Mulher interessantíssima.

Em um dos encontros anteriores, ela me contou que frequenta o candomblé e que precisou ficar 40 dias fazendo a cabeça para o santo, sem poder tomar Diazepam, nem fazer uso de droga.

Comenta que foi muito difícil, mas que ela conseguiu.

Em outro momento ela nos confidencia que iria fazer uma cirurgia de pedra na vesícula, se não me engano e, bem no momento da anestesia, contou para o médico que havia feito uso de cocaína na noite anterior, com medo de morrer. Não aguentou, confidenciou. Nesse momento eles interromperam a cirurgia e a mandaram para casa. Ela relata que se sentiu muito mal: primeiro porque não conseguiu ir para a cirurgia sem ter feito o uso. Segundo porque não conseguiu contar antes do procedimento e, terceiro, porque a família repreendeu o ato-omissão-e-confidência em relação ao uso de cocaína.

Essa discussão abriu um leque importante de conversa: quando eles estão em outros pontos da rede de atenção, eles mentem dizendo que não fazem uso de drogas. Ou que fazem o chamado uso social. A grande maioria das pessoas que estava no grupo concordou: sinalizar o uso de drogas faz com que eles não sejam bem atendidos.

Um dos participantes relatou, inclusive, o medo de ser encaminhado para internação, quando menciona que faz uso de substâncias.

Essas enunciações puderam aparecer com mais frequência quando passamos a incluir o termo droga em todas as perguntas do Guia GAM. Em alguma medida, trazer somente a medicação para a cena, embora as consideremos como drogas, só que prescritas, produz uma cisão entre as drogas que se pode falar sobre, com as que não pode.

Quando houve radicalização em não produzir essas fronteiras e tratar tudo no campo das drogas, conseguimos ampliar muito os diferentes arranjos de cuidado e as diferentes histórias de vida ganharam espaço.

Se fez possível enunciar as misturas, sem medo de serem repreendidos.

Começamos a borragem⁷² dessas terminologias, quando perguntamos como era a experiência de uso de medicações – e passamos a incluir o termo drogas – que eles esperavam ter logo quando começaram a utilizá-las.

Figura 12: Pergunta do GUIA-GAM BR adaptada.

Os efeitos da sua medicação

Que efeitos você sente com o uso dos medicamentos?

Todas drogas C/
medicação

Fonte: Guia GAM-BR pessoal.

As respostas foram diversas, conforme a imagem abaixo.

72 Termo cunhado por Indianara Ferreira em sua pesquisa de doutoramento, em andamento.

Figura 13: Atividades sobre os efeitos das drogas



Fonte: arquivos pessoais

Ali observamos alguns fenômenos muito interessantes:

O quanto falar sobre isso provocou euforia nos usuários. Euforias e reações muito próximas de alguns dos efeitos esperados em relação às drogas. Porque eles podiam falar sobre o que mais entendiam: a relação singular que cada um teve com as diferentes substâncias e o modo como se relacionam com elas nos dias atuais.

Alguns dos participantes ficaram muito ansiosos por falar sobre o crack, que ficou por último. Logo depois de falar da cocaína, os próprios usuários pediram para falar da maconha, para acalmar. Alguns foram falando, por exemplo, que utilizam a cocaína para frear o efeito do álcool.

A vontade de falar do sofrimento em relação às consequências do uso sempre aparecia, mas era sempre necessário retomar a ideia de poder pensar as sensações que se buscava no início do uso, para sair do falar pastoral, aos moldes do AA e NA – de como as drogas são prejudiciais –, para poder pensá-las em relação com a vida de cada um, com os muitos mundos, dentro do mundo.

E isso foi muito interessante, porque produziu deslocamentos no tempo histórico da vida deles, deslocou a droga da narrativa do ruim para também trazê-la para os efeitos de prazer. Eles se sentiram muito confortáveis para poderem dizer: era um assunto do qual eles tinham mais propriedade que os profissionais técnicos.

É importante mencionar que vimos, nessa atividade, a necessidade de adaptar as perguntas do GUIA GAM-BR para que se possa contemplar todas as drogas, não só as prescritas. Ampliar, deu a possibilidade deles produzirem maior conexão entre as drogas prescritas, as proscritas e o álcool.

Em relação à pergunta acima, grande parte dos usuários tinham *bad trips* logo após o uso de substância, sobretudo os que usavam cocaína.

Poucos relataram prazer quando usam, as *bads*, geralmente, tinham a ver com sentimentos persecutórios, que a polícia iria entrar na casa, que a namorada iria vê-lo usando drogas, que algo ou alguém estava perseguindo. Alguns relataram isolamento. Brisa de ficar sozinho(a), ficar trancado dentro de casa.

Então, perguntamos, vocês sabiam dos efeitos das drogas – ressaltávamos que se tratava de todas as substâncias, incluindo as prescritas –, antes de usar?

Encontramos relatos analisadores:

— Fiquei sabendo esses dias, quando misturei remédio com droga e bebida e tive mais de 10 convulsões. Fiquei hipertenso. Meu coração acelerou e fui para o PS.

Psicólogo perguntou o que ele tinha tomado:

— O remédio eu não sei. É aquela laranjinha. Depois usei maconha, crack, cocaína e por fim, o álcool. Tomo a laranjinha pra dormir e um outro branquinho que eu não sei para que serve. Acho que é para tirar a deliração.

— Aconteceu a mesma coisa comigo; fiz essas mesmas misturas e quase morri.

— Eu vi a morte de perto. Mas eu gosto de misturar. Se alguém me ofereceu eu não recuso não. Já durmo tomando a medicação e acordo com o meu corote no lado da cama.

O psicólogo quis entender um pouco mais da mistura entre drogas e medicação. Perguntou se não é importante saber o que cada um toma.

Um outro usuário, do qual não lembro o nome, disse:

— Acontece assim: eles nos dão os remédios em saquinhos. Ou põem o comprimido na nossa mão para a gente tomar depois de um acolhimento. A gente não tem a menor ideia do que se toma.

— Eu mesmo tomo uns 7 remédios de manhã e não sei o que é, relata um dos frequentadores.

— Quando eu estou em crise, na fissura, aqui no CAPS, eles me dão 4 remédios. Eu não sei pra que serve, mas eu apago. Desmaio.

Nesse momento eu pergunto quantos deles estão fazendo uso de medicação: 8 de 10 respondem que sim.

Valdo diz que não está tomando medicação nesse momento, porque não gosta de misturar bebida com remédio.

— Já vi uns 5 morrerem aqui no CAPS por isso. Lembro do Guto que tomou 5 cartelas de Diazepam e depois tomou dois corotes e foi dormir na rua aqui na Parapuã. Não acordou mais para contar a história.

— Vocês conseguem viver sem as medicações? E sem as drogas? - perguntei.

— Não. Até sonho que estou usando. A pinga chama todas as outras drogas pra mim. Até no remédio eu estou viciado.

Valdo diz que só consegue quando planta no canteiro da minha mãe.

— Adoro plantar. Ajudei ela e até esqueci de beber.

— Eu, quando sonho que estou usando, acordo “loco”, na brisa.

— Minha brisa é ficar na minha, quieto.

— Minha brisa é ficar sozinha, na minha, isolada.

Ilton nos conta que só consegue ficar sem drogas quando está com seus filhos. Tenho dois filhos, uma filha de 20 e outro de 5, relata.

Valdo conta: — Eu tenho um papagaio, logo cedo eu cuido dele tudinho, pego a goiaba pra ele do pé. Eu cuido dele e gosto, me sinto bem.

Outro participante nos diz:

— Eu tenho uma filha de 14 anos e ela me faz querer ficar sem. É interessante porque ela mora com a mãe dela bem na frente da biqueira. Eu não quero que ela me veja lá, então eu não vou. Pago até mais caro para alguém me trazer quando eu quero usar. Mas quando fico suave com ela, minha fissura até passa. Eu não fico querendo usar.

Mas quando ela vai embora, tudo vem em dobro.

Lembrei, nesse momento, da música do Criolo, *rapper*, e falei o trecho pra eles:

“Mesmo quem está na função dá um tempo quando sente que é amado”.

Trecho completo:

Amizade é importante, mas o amor escancara a tampa

E o que te faz feliz também provoca dor

A cadência do surdo no coro que se forjou

E aliás, cá pra nós, até o mais desandado

Dá um tempo na função, quando percebe que é amado

E as pessoas se olham e não se falam

Se esbarram na rua e se maltratam

*Usam a desculpa de que nem Cristo agradou
Falô! Cê vai querer mesmo se comparar com o Senhor?
As pessoas não são más, elas só estão perdidas
Ainda há tempo*

Ilton conhecia a música. Victor respirou e concordou.
— É isso, disse.

Acabou o grupo com a gente combinando de falar mais sobre as medicações. Eles entenderam que é importante ter esse conhecimento. E um deles finalizou: até porque nossos remédios aqui no CAPS vêm sem a bula.

6. PRÁTICAS DE AUTONOMIA NO CAMPO AD: PRODUZIR UM EM-COMUM COM DROGAS

Os artigos selecionados sobre a Gestão Autônoma da Medicação que abordaram o tema da autonomia, e que foram discutidos no capítulo três desta tese, conduziu-nos a algumas dimensões teóricas e conceituais importantes para darmos seguimento a este capítulo analítico, das quais não se faz possível prescindir.

A primeira delas é a centralidade da cogestão, em todos os artigos selecionados, na produção e autonomia, pela possibilidade de compartilhamentos, negociação e acolhimento das diferenças a partir da contração e grupalidade. De acordo com Eduardo Passos et al. (2013), a autonomia cogestiva tem, como uma de suas raízes, a tradição da análise institucional francesa, a partir do conceito de autogestão que inclui, entre outros elementos, tomada de decisão e produção de pactuações pela grupalidade. Autogestão implica a desinstitucionalização do poder hierárquico estabelecido (GEORGES LAPASSADE, 1977) de maneira coletiva, de modo que transcende, assim, uma perspectiva individual e privatista das ações e prioriza o vínculo, afetos e coletivização (EDUARDO PASSOS et al. 2013a).

A cogestão, portanto, e como já dissemos no capítulo terceiro, parte de uma estratégia de produção de autonomia em diálogo permanente com os serviços de serviços de saúde e com os diferentes atores envolvidos, fazendo com que a GAM, no contexto brasileiro, seja um dispositivo de fortalecimento da reforma psiquiátrica brasileira. A opção de trazer a GAM para o SUS, junto às universidades públicas, em um primeiro momento, é estratégico e difere da experiência precursora do Canadá e das pesquisas recentes na região da Catalunha, na Espanha. É possível perceber, nesse sentido, a partir da nossa experiência, mudanças significativas no modo de produzir saúde no território pelas atividades de educação permanente realizadas no GAMZÃO e na mudança das práticas de cuidado dos trabalhadores do CAPS pelos deslocamentos produzidos por meio da grupalidade da GAM, pelo atravessamento intensivo dos diferentes modos de vida trazido nos grupos, desestabilizando os lugares comuns das práticas homogeneizantes e prescritivas nos serviços da rede de saúde.

Este processo tem ressonância com alguns dos artigos analisados (ROSANA ONOCKO-CAMPOS et al., 2013; DEIVISSON VIANA DANTAS SANTOS et al., 2019, CAROLINE POLETO FAVERO et al., 2019, THAIS MENDES GOMES; RENATA VALERIO, 2019) que apontam a desestabilização das relações de poder entre profissionais e usuários dos serviços como efeito de autonomia importante do manejo cogestivo, pela possibilidade dos participantes do serviços poderem conduzir, junto à equipe, seu projeto

terapêutico a partir das trocas entre os outros integrantes e pelo conhecimento adquirido acerca das medicações e efeitos delas em seu organismo, com aplicação para a vida. Nesse sentido, outro desdobramento é o aumento do poder contratual dos usuários em relação ao seu próprio cuidado, aposta na negociação e maior acesso aos direitos sociais.

Foram destacados alguns elementos teóricos que nos chamam atenção por comporem com as análises que se seguem, muito pelo diálogo comum entre autores dos estudos sobre micropolítica, como Felix Guattari (1985) – a respeito da noção de transversalidade em processos grupais – e por meio dos estudos de Michel Foucault sobre governamentalidade (2005; 2008) e cuidado de si e dos outros (1985, 1988, 2014), entre outros.

As discussões analíticas que se seguem dialogam com esses estudos já produzidos sobre a GAM, em sua relação com a autonomia, mas avançam na direção ao que os participantes dos grupos GAM no CAPS-AD sinalizam como práticas de autonomia, bem como relações de heteronomia, sendo esses elementos analisadores importantes das práticas de medicamentação dos consumidores de drogas e das lógicas de cuidado meritocráticas na rede de saúde.

De fato, a espessura analítica das cenas-enunciativas no grupo GAM nos fazem ver tensões centrais em relação às disposições heterônomas do CAPS Viciado: anestesiarse nas durezas do território de vida e viciar-se na resposta contrafissurada da medicamentação ou desintoxicar-se pela palavra; silenciar-se, omitir o que se vive como desejo e como modo de organizar o uso das drogas como o preço a pagar às lógicas meritocráticas que se fazem presentes no serviços ou afirmar a gestão autônoma da vida, o lugar da afirmação de um modo de vida.

Tais enunciações se fazem na forma do dissenso na experiência da comunalidade GAM, a partir dos modos de vida sempre singulares que se colocam no centro das cenas, em contraposição a modos de produção de subjetividade normatizadas pelos dispositivos de segurança (MICHEL FOUCAULT, 2008b) que, no campo das drogas, criminaliza, culpabiliza e patologiza o uso. Tal qual sustentamos em outro momento sobre as experiências GAM, acompanhando Rancière (1996), o espaço político, como dissenso, está configurado quando alguém toma a palavra não mais a partir do lugar que lhe foi atribuído socialmente – seja doente, dependente químico ou louco –, mas quando se inscrevem na cena social a partir das suas experiências, colocando-se como sujeitos da ação capazes de redesenhar a instância da vida comum – e não para se inserir no que já existe –⁷³ (ELISA ZANERATTO ROSA et al, 2020).

73 Rancière (1996) propõe uma distinção entre política e polícia, entendendo a polícia como toda ação de organização, conservação e legitimação de uma ordem, enquanto a política seria da ordem do dissenso, confrontando e

Neste capítulo, as cenas-dissenso dos usuários são tomadas como pistas para a afirmação dos processos de produção de autonomia. São essas vozes que nos conduzirão também desde as cenas-enunciativas para uma direção ético-política do agir em saúde em três movimentos: desmedicalizar, inverter a lógica meritocrática dos serviços e afirmar um em-comum com as drogas.

Por fim, assim como autonomia não pode ser compreendida em termos absolutos, nem definições estanques, tomamos a heteronomia também em sua multiplicidade de agenciamentos: desde as mazelas de um contexto social e econômico que constroem as estratégias de autocuidado das pessoas que usam drogas; a violência de Estado com suas práticas necropolíticas; lógicas de cuidado colonizadas pelo racismo estrutural brasileiro, bem como os efeitos dessas dimensões nas políticas públicas de saúde. Trata-se de elementos micro e macropolíticos que cerceiam, de maneiras muito distintas, vidas capazes de conduta (PETER PÁL PELBART, 2016). As heteronomias, portanto, são tomadas como efeito dos dispositivos de subjetivação aprisionantes que homogeneizam as pessoas que fazem uso de drogas e impedem a instauração de diferentes modos de existência no viver em sociedade, como falaremos a seguir. É urgente, como sinaliza Peter Pál Pelbart (2017), acerca da obra de Achille Mbembe, produzirmos um mundo em-comum, sem a utopia racista de um mundo sem estrangeiros. Com dissenso. Com elementos heterogêneos. Com as drogas.

6.1 Desmedicalizar o cuidado da pessoa que faz uso de drogas: menos CAPS viciado e mais CAPS turbinado

— O médico já me falou que usou comigo todos os remédios da farmácia e que não sabe mais o que fazer.

— O CAPS está viciado em atender da mesma forma.

Flávio, participante da GAM no CAPS-AD

Anunciamos no capítulo de revisão da produção acadêmica sobre a GAM que a inserção desta estratégia nos CAPS-AD é recente, sobretudo a partir das publicações na coletânea da Revista Polis e Psiquê, em 2019, bem como as pesquisas de mestrado e doutorado relacionadas (RAFAEL GIL MEDEIROS, 2013; SANDRO EDUARDO RODRIGUES, 2014; INDIANARA FERREIRA, 2019; ANA MARIA THOMÉ DE OLIVERIA, 2019; EDUARDO CARON, 2019 e BEATRIZ CESAR LAURIA, 2020), já anunciadas no capítulo 3.

Há convergências entre as diferentes pesquisas supracitadas sobretudo pela necessidade de deslocar a questão das drogas proscritas do campo da moralidade, da criminalidade, aportada

perturbando a ordem consensual de funcionamento do Estado que define quem pode e quem não pode fazer-se visível, audível e considerável como um igual.

no racismo estrutural brasileiro, e da homogeneização das práticas de cuidado que se ancoram em diagnósticos psiquiátricos. A junção dessas três perspectivas retroalimenta práticas manicomial de tratamento, além de afirmarem produções de subjetividades aprisionadas na droga enquanto objeto de intervenção: “subjetividades drogadas [...] a dos compulsivos e a dos fissurados por salvá-los, por caracterizá-los como doente” (ANTONIO LANCETTI, 2013, p. 41). Ademais, mata e encarcera, sobretudo, a população negra, como já debatemos no capítulo primeiro.

Também foi discutido, como um eixo importante na produção de autonomia, a possibilidade dos frequentadores dos grupos GAM no CAPS-AD poderem estabelecer relações de trocas e compartilhamentos em relação ao uso de drogas, amparadas pelos princípios da redução de danos⁷⁴ e estratégias cuidado que extrapolam a discussão sobre as drogas, prescritas ou proscritas, a partir da heterogeneidade das experiências narradas (EDUARDO CARON, 2019; ELISA ZANERATTO ROSA *et al.* 2020; INDIANARA FERREIRA, 2019; RICARDO PIMENTEL MÉLO *et al.* 2020; LUCIANA TOGNI SURJURS *et al.* 2020)

A problematização acerca da medicamentação do consumidor de drogas também aparece nas pesquisas, afinal, a estratégia GAM parte da discussão da medicação para ampliar as estratégias de produção de autonomia, sobretudo em relação ao seu próprio tratamento, como vemos, mais comumente, nos artigos sobre a estratégia GAM nos equipamentos de saúde em que a centralidade do cuidado não está nas pessoas que utilizam drogas.

Antes de avançarmos, cabe sinalizarmos algumas distinções entre o que estamos chamando de medicamentação, com a definição de medicalização e medicamentação.

A medicalização da vida, de acordo com Sandra Caponi (2009), tem efeito nos processos de patologização dos nossos sofrimentos e condutas, por meio de um conjunto de classificações que predizem o que são comportamentos desejáveis o não, mesmo em relação a fenômenos distintos e heterogêneos, de difícil comparação. Essas estratégias de intervenção aos ditos anormais e de gestão biopolítica dos corpos tem suas raízes no nascimento da clínica médica em ressonância com a revolução industrial e permanecem – embora com as dimensões singulares de nosso tempo histórico – até os dias de hoje.

De acordo com Luciana Vieira Caliman, Eduardo Passos e Adriana Marcondes Machado (2016), a medicalização faz parte de um processo social mais amplo, bastante capilarizada nas

⁷⁴ Já discutimos algumas vezes, ao longo do texto, que o termo redução de danos está bastante tensionado politicamente, bem como não se constitui em uma unidade em relação a seu conceito, bem como em relação à sua prática: é polissêmica e heterogênea. Todo modo, compreendemos redução de danos como dimensão do cuidado, mais do que um conjunto de estratégias, que possibilita performances de autonomia.

relações cotidianas e tem relação direta com a construção de um ideal de mundo saudável, em que a doença possa ser controlada, sem tomá-la com parte do viver. Nesse desdobramento, a patologização dos modos de vida que escapam à norma, tem, como uma das condutas possíveis a prescrição para ajustar ao que se preconiza como saudável.

Já a medicamentação, que faz parte do processo de medicalização, mas difere pelo foco das ações de cuidado em saúde quando se organizam em torno da prescrição da medicação, “tendo ela o fim de ser uma solução mais rápida para conquistar um suposto ponto de normatização condicionado à quantificação da existência” (*Ibidem*, p. 20). Por fim, a medicamentação explicita a heterogeneidade das experiências, práticas e dos atores em torno da medicação: desde a venda, componentes, dispensa, dose, administração, produção, consumo etc. Diz dos muitos elementos relativos ao remédio, aspectos esses, discutidos nos grupos GAM por meio do Guia GAM-BR.

Em relação aos CAPS-AD, observamos, com muita frequência, o deslocamento da temática das medicações psicotrópicas para as dificuldades do viver em tempos de contrafissura, sendo consumidor de drogas, além de diversas problematizações sobre como produzir autonomia estando em situação de rua, ou com as relações afetivas e familiares muito fragilizadas e, ainda, em contextos de muita violência. As trocas sobre a gestão autônoma da vida ganham muito espaço nos grupos que participamos.

Ainda assim, a gestão autônoma das múltiplas drogas também pôde ser nomeada no grupo, conforme trouxemos nas cenas enunciativas, de modo que foi potencializada quando incluímos, nas perguntas do Guia GAM-BR o termo drogas, junto com as medicações. A rigor, se pensarmos a própria terminologia mais contemporânea das drogas, compreendemos que as prescritas ou proscritas têm as mesmas características, pois “engloba todas as substâncias que provocam alguma mudança fisiológica num corpo” (MAURÍCIO FIORE, 2007, p. 64). Entretanto, como afirma o autor, há um conjunto de significados produzidos no cotidiano, ancorados em racionalidades médico-jurídicas em relação ao uso de drogas, que atribui ao termo droga às substâncias ilícitas, como cocaína, maconha, crack; nomeiam o álcool e tabaco para diferenciar das drogas proscritas, por se tratarem de substâncias que se podem ser consumidas legalmente e, por fim, definem como medicamentos ou remédios as substâncias de qualquer tipo que são prescritas/receitadas pelo profissional médico (*Ibidem*).

Concordamos com Maurício Fiore (2007) que não há melhor terminologia que drogas para apreender a amplitude do debate contemporâneo em torno das substâncias: a demarcação terminológica das substâncias carrega consigo um conjunto de práticas. Podemos caracterizar melhor essa afirmação quando descrevemos nas cenas enunciativas as estratégias que os

participantes do grupo GAM fazem para poderem ser atendidos nos outros serviços de saúde: desde omitirem o uso de drogas proscritas a mentirem sobre os modos como as utilizam junto com as drogas prescritas.

No caso da Rosália, trazido na cena enunciativa 3, é importante destacar o limite de quase morte para ela poder sinalizar para a equipe médica o uso de cocaína no momento da aplicação da anestesia geral, ainda no pré-operatório, em uma cirurgia que faria para retirada de uma pedra na vesícula. No dia em que Rosana relatou ocorrido, pelo medo de ser estigmatizada pelo médico, a grande maioria dos participantes disse sentir o mesmo: omite o uso de qualquer substância para ser bem atendido nos serviços, correndo o risco, inclusive, de serem feitas prescrições que produzam interações medicamentosas graves em relação às medicações já prescritas no CAPS-AD – quando não relatam fazer tratamento para o uso de substância – ou mesmo em relação ao uso das drogas proscritas ou o álcool. Foram trazidas, também, muitas situações de descaso e descuido que decorrem do julgamento moral em relação ao uso de substâncias, interseccionalizado com as dimensões de raça e gênero.

Para elucidar melhor esses elementos, trago, aqui, dois relatos de duas pessoas conhecidas que foram até a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com fortes dores no peito e sensação de infarto, após consumirem cocaína.

A cocaína é uma substância estimulante⁷⁵ que aumenta o número de batimentos do coração e a pressão arterial. Sabemos, também, que a maioria das cocaínas vendidas ilegalmente contém uma série de outras substâncias químicas que possuem efeitos estimulantes similares, mas com nenhuma regulação, além de outros produtos utilizados para aumentar o volume do pacote vendido e gerar maior lucratividade.

Uma delas relatou o consumo da substância e a outra não.

A que contou para a equipe sobre o uso de cocaína foi atendida, teve seus sinais vitais verificados, tomou medicação – não soube dizer qual era – e recebeu do profissional médico do plantão a seguinte afirmação, no momento da alta médica: “— esse lugar é feito para quem quer viver, não para quem quer morrer”.

Voltou para a casa sem nenhuma orientação técnica, tampouco com encaminhamento para os equipamentos de saúde se quisesse ser cuidado em relação ao uso de substâncias. Na realidade, sequer a quantidade, ou, mesmo, o padrão de consumo foi questionado no acolhimento, com o profissional de enfermagem, nem no momento da consulta médica.

No segundo caso o desdobramento foi diferente.

75 Para mais informações: <https://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/cocaina.htm>. Acesso em 22/01/2021.

A pessoa foi atendida no acolhimento, momento em que foi interrogado o uso de substância, aspecto negado. Ficou com receio de não ser bem atendido, caso falasse a verdade. Fizeram todos os exames clínicos iniciais e seguiram protocolo de acompanhamento para descartar infarto. Todos os exames foram realizados, medicações administradas, mesmo correndo o risco de interações⁷⁶. Descartado o infarto, foi orientado sobre os cuidados necessários em relação à hipertensão arterial e aconselhado a procurar a unidade de saúde para fazer acompanhamento.

A estratégia de existir perante os serviços de saúde negando ou omitindo o uso de substâncias é arriscada, mas garante acompanhamento mais cuidadoso, como pudemos observar nos relatos que descrevemos. Cabe mencionar que as pessoas relatadas são brancas e de classe média, aspectos que também influenciam a qualidade de atendimento, diante dos inúmeros estudos sobre racismo institucional nos serviços de saúde, conforme sinalizamos no capítulo um dessa tese.

A GAM, como um dispositivo que faz ver e faz falar, tem possibilitado que os participantes possam contar os diferentes arranjos que fazem entre as drogas proscritas, prescritas e o álcool, a partir das experimentações muito singulares entre as diferentes substâncias, evidenciando algumas práticas heterônimas em relação ao cuidado produzidos na rede de saúde. Entretanto, ao fazer falar, permite que se opere um plano de transversalidade (FELIX GUATTARI, 1985) fundamental para a produção de autonomia, a partir dos diferentes modos de vida. Esta autonomia, que não é o oposto de dependência e não pressupõe consenso, aposta na negociação e na possibilidade de contratualidade e, sobretudo, na possibilidade de fazer circular entre todos a função de moderador do grupo (EDUARDO PASSOS et al, 2013b), bem como permite que os profissionais, assim como os serviços, olharem para essas dimensões heterônimas e produzirem novos modos de produzir o cuidado, a partir das necessidades singulares de saúde.

Nesse sentido, o cuidado em relação às pessoas que fazem uso de drogas e necessidade de pautar a discussão sobre a gestão autônoma das múltiplas drogas que não se limita às pessoas que tem seu cuidado no CAPS-AD apareceu: o grupo GAM do CAPS-AD pautou o assunto no

⁷⁶ É importante mencionar que os estudos dessas interações são muito importantes, realizado por meio da atenção farmacêutica. Eles levam em conta substâncias ingeridas pelo usuário, os medicamentos em si que estão sendo aplicados e que, na maioria das vezes, para se caracterizar enquanto interações entre substâncias precisaria de uma investigação, ou cuidado bastante próximo pelo profissional farmacêutico. Este, no entanto, até pelo excesso de demanda, acaba voltando seu trabalho para os processos administrativos nas unidades de saúde e não na gestão do cuidado das pessoas.

território, diante de toda a rede de saúde, incluindo a coordenadoria regional, responsável pela reorganização técnica dos equipamentos de saúde.

As pessoas usam drogas prescritas e também proscritas, às vezes concomitantemente, e estão em todos os serviços da rede de saúde.

6.1.1 O vinho no centro da mesa

A presença de trabalhadores e frequentadores do CAPS-AD no GAMZÃO, trouxe a pauta da medicação psicotrópica usada como tratamento para o consumo de drogas, interrogando a linha divisória entre as diferentes drogas e a desnaturalização do que se entende como droga.

Nesse dia, um participante da GAM de uma das UBS leva um vinho na mochila e, no meio da reunião, tira a garrafa e a coloca no centro da roda, dizendo: “é para animar a conversa, mas também vou aproveitar para vender aqui (risos).”

Ele é uma pessoa que já frequentou o CAPS-AD, mas, agora, está sob cuidado da UBS. Trabalhava como representante de uma distribuidora de vinhos e produzia, neste ato, o deslocamento de muitas fronteiras: o do poder falar do consumo como questão que não é individual, mas ao contrário, conecta muitas redes: a de saúde, a do mercado, a do consumo, a do trabalho, não podendo ser um tema proscrito, nem apenas medicalizável. Falar sobre drogas, sobre os usos, risco e prazeres: poder trazer o tema para o plano do dizível.

Nunca vimos um profissional de saúde dizer que faz uso de alguma substância, nem, ao menos da bebida alcóolica, para poder se divertir ou relaxar, diante dos frequentadores dos serviços. Nesse sentido, em muitos grupos GAM os participantes interrogam os profissionais técnicos: “como você sabe disso, se não usa droga. Você já usou alguma droga?”

Esses questionamentos nos fazem lembrar de uma história contada por uma grande amiga que, quando trabalhou coordenando um CAPS-AD, ouviu de um usuário: “eu sei, dona Bibiana, que você vai sair daqui a pouco e vai beber uma raikoni⁷⁷” ou mesmo: “você tem cara que toma raikoni”

Interessantíssima essa interpelação que produz efeito parecido com o que produziu o vinho colocado no centro da mesa de reunião, entre muitos profissionais de saúde: ao não falarmos das drogas, deixamos de deslocá-las do lugar da falta e dos efeitos devastadores após a cronicidade do uso e produzimos relações de cuidado assépticas que reafirmam para o outro

77 Referindo-se à cerveja Heineken, uma das mais caras, vendidas comercialmente.

que também consome, mas assume uma linha divisória moral bastante tênue, sobretudo em serviços de saúde.

Carl Hart (2021) tem ressaltado em seu novo livro, intitulado *Drug use for grown-ups: chasing liberty in the land of fear*⁷⁸, e também em palestras internacionais, a importância dos pesquisadores saírem do armário em relação ao consumo de drogas para qualificarem as produções científicas e retirarem o caráter moral do debate acadêmico.

Ao colocar, portanto, as drogas no centro da discussão no território, permitiu-se abordar as mortes e os riscos decorrentes da associação entre as múltiplas drogas, prescritas ou proscritas; o uso do medicamento como droga; e, sem contar, o aparecimento dos medicamentos nos circuitos do uso e da distribuição de substâncias psicoativas que coloca em questão os efeitos iatrogênicos da medicamentação (CAMILA AVARCA, 2019; EDUARDO CARON, 2019).

Essa discussão apareceu tanto nos trabalhos de Elisa Zaneratto Rosa *et al.* (2019), a partir dessa pesquisa, colocando em análise o lugar que a prescrição de medicações ocupa no cuidado no CAPS-AD, Eduardo Caron (2019), Luciana Togni Surjurs *et al.* (2019) e mais recentemente, e, de modo mais detalhado, na dissertação de Beatriz Cesar Lauria (2020).

A pesquisadora, que também era farmacêutica do serviço, acompanhou um grupo GAM do CAPS-AD da cidade de Santos e fez uma caracterização das prescrições dos 41 participantes do grupo e levantou todas as medicações que foram dispensadas pela farmácia do CAPS-AD, nos anos de 2017 e 2018. Dentre as informações coletadas, algumas nos chamam a atenção: 97,4% dos participantes da GAM receberam atendimento médico com prescrição de medicação. Agrega-se a informação que, destes, 67% se encontravam em situação de rua.

Na nossa experiência, embora menos sistematizada, em um dos encontros em que discutimos o uso das medicações psicotrópicas concomitante ao uso das substâncias proscritas e do álcool – porque o grupo GAM no AD se constituiu bastante rotativo ao longo dos três anos em que acompanhei – cerca de 85% dos participantes faziam uso de medicações. Destes, a grande maioria não sabia para que tomava, o que tomava e quais os efeitos das medicações que tomavam, conforme destacamos na cena enunciativa 3. Três participantes deste grupo relataram experiências de quase morte ao utilizarem medicações misturadas com outras drogas e temos o caso do Guto, contada na cena enunciativa 2, que morreu em uma noite muito fria após ser medicalizado em dois serviços diferentes, junto aos efeitos do uso de álcool.

78 Tradução nossa: “Uso de drogas para adultos: perseguindo a liberdade na terra do medo”.

Ao pesquisarmos, em português, artigos que discutam especificamente a prescrição de medicações psicotrópicas e suas interações com as substâncias proscritas, quase não encontramos informações. Acessamos a plataforma BVS e elencamos “interações medicamentosas *and* drogas ilícitas; e com os descritores que o site elenca, a partir das palavras-chaves dos artigos selecionados, como: "Interações Medicamentosas" OR "Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias" OR "Interações Farmacêuticas" OR "Drogas Ilícitas" e não encontramos nenhum artigo dentro do escopo desejado. Em uma busca avançada com os termos (drogas ilícitas) AND (medicação) encontramos artigos que falam da Gestão Autônoma da Medicação em CAPS-AD, já elencados no artigos do capítulo 3 (INDIANARA FERREIRA; CARLOS EDUARDO FEITOSA; ANA KARENINNA DE MELO ARRAES, 2020; EDUARDO CARON; LAURA FEUERWEKER, EDUARDO HENRIQUE PASSOS, 2020; THALES LINDENMEYER; MARIA LUIZA DIELLO; MARCOS ADEGAS DE AZAMBUJA, 2019), bem como artigos que discutem os efeitos das drogas no organismo e relações a partir de comorbidades, como em hipertensos e pessoas que fazem tratamento com medicação retroviral para HIV/AIDS, bem como discussões sobre intoxicação por cocaína e as possíveis manifestações clínicas, totalizando 26 artigos, mas nenhum que trata da especificidade desejada.

Quando vamos para outras plataformas estrangeiras, como a PUBMED, nosso escopo aumenta bastante, a partir de pesquisas em revistas médicas específicas sobre abuso de álcool e outras drogas⁷⁹ ou em revistas que analisam a metabolização das drogas no organismo⁸⁰, sobretudo as prescritas. A melhor fonte de dados, a partir de revisão de estudos sistemáticos, para fomentar práticas médicas baseadas em evidência em relação a esse assunto é a plataforma inglesa chamada *The Cochrane Library* (ISSN 1465-1858), cujo slogan já demonstra a importância do site: *Trusted evidence. Informed decisions. Better health.*⁸¹.

Com os filtros da plataforma, é possível selecionar os artigos e transformar as informações em uma tabela bastante detalhada. Aqui, deixamos as informações principais que podem ser encontradas no anexo 1. Encontramos 40 artigos que correspondem às evidências em relação ao uso de medicações para determinados usos de substâncias ilícitas e o álcool: excluimos os artigos que relacionam a eficácia em relação ao uso de medicações com o tabaco,

79 The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, disponível em: <https://www.tandfonline.com/loi/iada20> Acesso em 22/01/2021.

80 Drug Metabolism review, disponível em: <https://www.tandfonline.com/toc/idmr20/current>

81 Tradução nossa: “Evidências confiáveis. Decisões informadas. Melhor saúde”.

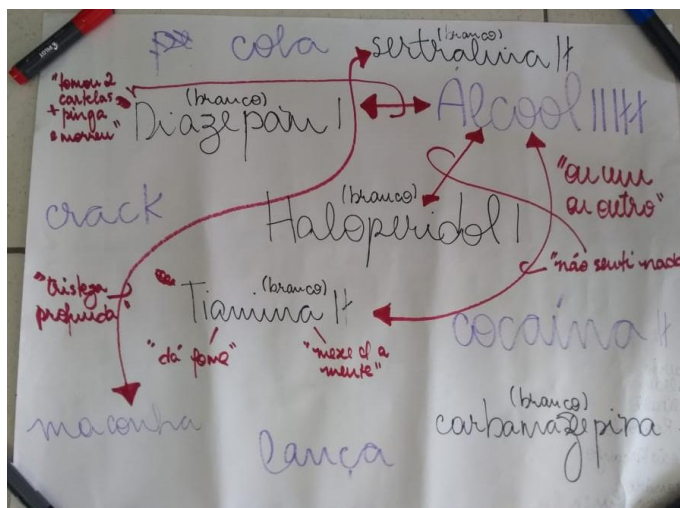
por não ser o foco dos atendimentos nos CAPS-AD e, também, em relação aos opióides, pela pouca utilização de heroína no Brasil.

No Guia GAM-BR temos informações sobre as medicações psiquiátricas, os principais efeitos e as interações entre elas. O Guia sugere a leitura das bulas – embora os frequentadores da GAM relatem receber suas medicações sem elas –; trocas sobre os efeitos e reações adversas; ajuda na organização das informações sobre as medicações utilizadas com as respectivas dosagens e características; informar usuários e os profissionais de saúde a entenderem quanto tempo leva para a medicação fazer efeito no corpo etc. Há, também, tabelas com as interações medicamentosas e as possíveis reações, entretanto, inexiste subsídios técnicos sobre as interações entre as drogas prescritas com as proscritas. Isto porque, conforme já sinalizamos, a entrada das drogas – por mais paradoxal que isso possa parecer, já que o uso de drogas proscritas é demanda constante nos serviços de saúde e, que, não se restringe aos CAPS-AD – é relativamente recente nos estudos da GAM. Tema difícil de ser colocado no centro da mesa.

6.2 Discutir a medicalização, produzir conhecimento sobre a medicação e interromper processos de medicalização no campo AD

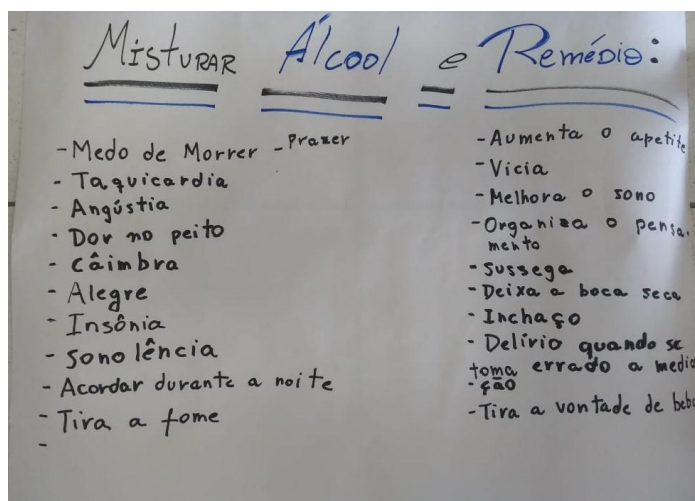
Diante da necessidade de abordar essas informações a partir dos relatos de desconhecimento dos participantes da GAM sobre as interações entre as diferentes substâncias, a profissional farmacêutica do CAPS-AD construiu uma atividade informativa sobre os efeitos de cada uma das medicações e trouxesse a experiência dos frequentadores do grupo em relação às diferentes sensações quando misturadas às drogas proscritas e o álcool, conforme as imagens que se seguem:

Figura 14: Atividade sobre as medicações.



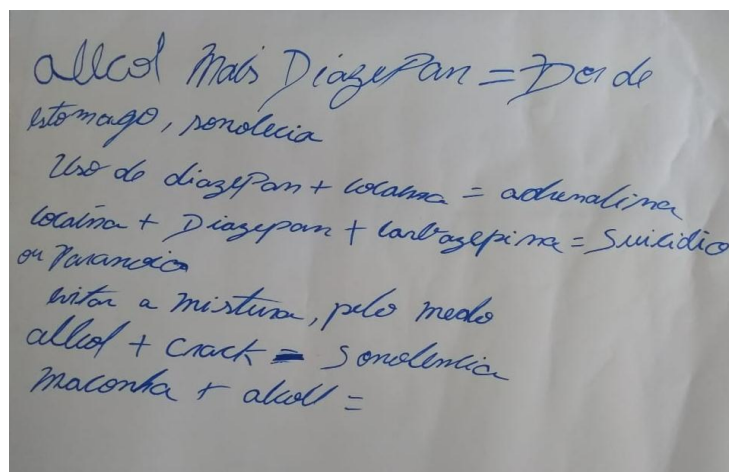
Fonte: arquivos pessoais

Figura 15: Atividade sobre as medicações.



Fonte: arquivos pessoais

Figura 16: Atividade sobre as medicações.



Fonte: arquivos pessoais

As drogas mais prescritas no CAPS-AD, de acordo com a farmacêutica, são: a Clorpromazina e a Risperidona, ambas medicações antipsicóticas, utilizadas para diminuição da fissura e sintomas de delírios induzidos ou não pelo uso de substâncias em primeiro lugar. Seguido dos benzodiazepínicos, principalmente o Clonazepam e Diazepam, para atenuar os efeitos da síndrome de abstinência alcóolica e a Carbamazepina, bastante utilizada para tentativa de controle da compulsão e estabilização de humor em situações de agitação e agressividade.

No trabalho da Beatriz César Lauria (2020), os resultados foram similares: em uma tabela do ano de 2018 sobre o consumo de psicotrópicos no CAPS-AD, a medicação que mais

saiu da farmácia foram: a Carbamazepina (60.000); Diazepam e Clonazepam (31.200 e 29.500 respectivamente); Fluoxetina (30.800); Risperidona (25.200).

No grupo GAM que a pesquisadora Beatriz César Lauria (2020) participou, havia a prescrição de 77 medicações para 41 participantes, ou seja, quase que duas prescrições por participante, entre elas, e, com mais frequência: a Risperidona, seguido do Clonazepam, Diazepam e Fluoxetina. Em relação à utilização entre as drogas prescritas e proscritas, a autora elencou as substâncias que os participantes da GAM mais utilizam⁸², descritas em seus prontuários e verificou as medicações prescritas.

No caso das pessoas que mais utilizam álcool, por exemplo, a medicação mais prescrita é a Risperidona, seguida do Clonazepam, Diazepam e a Carbamazepina. Em relação à cocaína, o crack, ou mesmo a maconha, a droga mais prescrita continua sendo a Risperidona. Esse aspecto nos chama atenção, já que essas substâncias têm efeitos distintos no Sistema Nervoso Central.

Quadro 4: Medicações mais prescritas no CAPS AD

CAPS AD da Pesquisa	CAPS AD de Santos
Clorpromazina	Carbamazepina
Risperidona	Risperidona
Clonazepam	Clonazepam
Carbamazepina	Diazepam
Carbamazepina	Fluoxetina

Fonte: Farmacêutica do CAPS AD e CAPS AD Santos - Beatriz Cesar Lauria, 2020

Diante do número de prescrições de Risperidona no CAPS-AD de Santos, independente da droga de preferência, e, também, pela sinalização da farmacêutica desta medicação no cotidiano do CAPS-AD da pesquisa, fomos buscar evidências científicas para administração de Risperidona em pessoas que fazem uso de drogas para tentar compreender os diferentes sentidos da prescrição desta medicação no cuidado.

⁸² Aqui é importante dizer que sabemos que muitos participantes fazem uso de uma ou mais substâncias concomitantemente. Por isso, achei muito interessante a sistematização feita pelas Metzineres, associação de redução de danos para mulheres sobrevivendo à violência, que conheci em Barcelona: elas listam todas as substâncias que as mulheres usam e quais, dessas substâncias, elas observam que há problemas relacionados. Em relação ao uso de maconha, por exemplo, 43 mulheres consomem, mas apenas 4 relatam problemas relacionados. Para mais informações, acessar o diário de campo: <<https://pesquisandoautonomia.blogspot.com/2020/01/como-discussao-de-genero-aparece-nas.html>>. Acesso em 22/01/2021.

O primeiro documento que entramos foi o Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Tecnologia do SUS – CONITEC, número 137⁸³, fazendo uma análise de diferentes estudos para avaliar a eficácia da Risperidona para o tratamento da dependência de cocaína/crack, para, deste modo, incorporar ou não esta medicação no SUS, com essa finalidade.

Ao todo foram encontradas, nas principais bases de dados da área⁸⁴, 75 referências que resultaram em 4 revisões sistemáticas, após seleção do escopo. Nestas, foram avaliados os chamados de antipsicóticos atípicos, como a risperidona, olanzapina, quetiapina e aripiprazol, bem como o antipsicótico típico haloperidol. De um modo geral, mas bastante detalhado no referido documento, “os ensaios clínicos randomizados (ECR) disponíveis avaliaram desfechos de eficácia no abandono de terapia, uso da substância, fissura e gravidade da dependência” (BRASIL, 2014, p. 06). O único desfecho favorável anunciado nesta revisão foi o de adesão terapêutica. “Quando avaliados como classe, os antipsicóticos apresentaram pior desempenho no desfecho de fissura” (*ibidem*). As principais reações adversas mais citadas foram sonolência, aumento de peso, espasmos musculares e movimentos repetitivos involuntários. É de se pensar o impacto desses efeitos adversos em pessoas que estão em situação de rua e, precisam, em muitos momentos, estarem em estado de alerta para se manterem vivos em situações de risco.

Diante da não evidência de efetividade, para além apenas de influenciar na adesão terapêutica, além da ausência de benefícios potenciais do uso da risperidona em relação aos desfechos analisados (aderência terapêutica⁸⁵, consumo de substância, fissura, gravidade da dependência e efeitos adversos em pessoas que fazem uso de cocaína/crack), conclui-se piora no quesito fissura, aspecto bastante relevante no cuidado às pessoas que fazem uso de drogas.

Se não há efetividade⁸⁶, qual a razão de sua utilização?

83 Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorio_Risperidona_DependenciaQuimica_CP.pdf>. Acesso em 21/01/2021.

84 Bases de dados utilizadas: *MEDLINE, Cochrane Library e Centre for Reviews and Dissemination (CRD)*.

85 De acordo com o documento, “a única vantagem estatisticamente significativa apresentada (melhora na adesão terapêutica) pode estar associada a conduções questionáveis das metanálises” (BRASIL, 2014, p.06)

86 Importante sinalizar a diferença entre eficácia, efetividade e eficiência da medicação. De acordo com Emília Vitória da Silva e Carlos Vidotti (2008), eficácia significa que uma intervenção qualquer, por exemplo, o uso de um medicamento, funciona em um contexto ideal, onde há rígido controle dos procedimentos do tratamento, da observância ao protocolo e do monitoramento das funções orgânicas dos participantes da pesquisa (é obtida por meio de estudos clínicos randomizados controlados). Diferentemente da artificialidade que cerca os estudos de eficácia, a efetividade indica que uma intervenção funciona no mundo real, já que o paciente se encontra no ambiente livre do seu dia-a-dia. Por último, o conceito de eficiência indica que determinado procedimento, além de efetivo, é economicamente vantajoso. No caso de nossa discussão, identificamos poucos estudos acerca da eficácia dessas interações e, de acordo com os médicos entrevistados, pouca eficiência em relação a algumas prescrições.

Aqui temos que ter bastante cuidado pois o objetivo desse capítulo não é o de fazer críticas atrozes à utilização das medicações no cuidado no campo das drogas, nem de colocar os médicos psiquiatras no lugar dos vilões nas relações de cuidado, mas o de colocar a medicalização da pessoa que faz uso de drogas no centro da mesa e podemos olhar para isso com bastante atenção: a busca por evidências científicas, nesse sentido, é um dos aspectos importantes a ser analisado mas, para além disso, precisamos tentar compreender os diferentes sentidos atribuídos às prescrições no CAPS-AD colocando certa iluminação, pensando nos jogos de luzes descritos por Gilles Deleuze e Félix Guatarri (1996)⁸⁷, à racionalidade biomédica diante das drogas a partir de seus discursos e práticas.

Para empreitar essa discussão, resolvemos escrever para diferentes profissionais de saúde, incluindo médicos psiquiatras, sobre a eficácia das prescrições medicamentosas para pessoas que fazem uso de drogas e as respostas foram bastante convergentes: há muitas imprecisões e experimentações. A maioria das prescrições são realizadas para atenuação de sintomas.

Resolvemos, então, adensar esse diálogo com três médicos que atuam ou atuaram em serviços de saúde, especialmente em CAPS-AD, e que são posicionados em relação à defesa dos princípios da reforma psiquiátrica. Para guardar suas identidades, vamos chamá-los de Andrea, Leonardo e Ricardo.

Andrea, assim como Ricardo e Leonardo, iniciam a conversa dizendo que a maioria das prescrições no campo AD, tem relação com a atenuação de sintomas, sejam eles em decorrência da utilização de substâncias, como a síndrome de abstinência alcoólica, ou não, como a prescrição para sintomas ansiosos ou depressivos que antecedem ou foram desencadeados pelo uso de drogas:

Na minha experiência a utilização de medicações no campo AD, tirando o campo do uso de álcool, que aí tem medicações um pouco mais específicas. Elas estão sempre vinculadas aos sintomas que as pessoas têm. Por exemplo: a pessoa faz um uso e aquilo vai deprimindo muito ela e daí o antidepressivo é utilizado. E assim vai, ou o ansiolítico. Alguma são utilizadas para segurar impulso: não sei se essa é a melhor palavra. Nesse sentido, da experiência que eu tive, eu sempre tive muitas dúvidas dos usos da medicação pra esses pacientes (Andrea, Diário de campo).

Em relação aos CAPS-AD, minha impressão é de que elas [as prescrições] não têm muito fundamento lógico. É tudo colocado dentro de uma ideia de que você tá lidando com certos sintomas. Como eu falei, é tudo sintomatológico, não tem um raciocínio assim que você tá interferindo em alguma outra coisa. É óbvio, como isso – como se diz? – não tem congruência na conduta é muito do ponto de vista variável. Variável quer dizer assim: não tem uma lógica de efeito, de expectativa. Eu tô ansioso tomo ansiolítico, aí acontece não sei o que preciso tomar isso, fico com raiva tomo coisa pra segurar minha raiva. Enfim. Mas, apesar de tudo isso, eu continuo consumindo

87 Ao definirem o que é um dispositivo, conforme discutimos no capítulo anterior.

droga. Isso é a questão de fundo, né? Por quê, né? Porque a gente, literalmente mistura remédio, droga com o mesmo modelo de entendimento. E não faz nada pra mudar o regime de afetos (Ricardo, diário de campo).

Pessoas que precisam tomar medicação para relaxarem e dar sono, como os benzos ou antipsicóticos de baixa intensidade ou o ferenxam, antialérgico. Essa sensação faz com que não tenha vontade de usar e os pacientes acham interessante. Se a ideia é relaxar, sentir sono e vai diminuir a vontade, vai substituir uma droga pela outra. Tem muita gente faz isso com a maconha, por exemplo. Mas eu oriento: quanto mais você gosta de usar o remédio, menos você tem que usar. Sobretudo as substâncias mais sedativas. Difícil achar isso na literatura (Leonardo, diário de campo).

A prática da prescrição sintomática do profissional médico é originária de um modelo de psiquiatria recente que ganhou expansão entre as décadas de 1960 e 1970. De acordo com Benilton Bezerra Jr (2007), tal modelo se difundiu partir da publicação do DSM III em 1975, período pós II Guerra Mundial, e, em plena guerra fria, com a chegada de uma psicopatologia descritiva, financiada e aportada pela indústria farmacêutica, ator crucial no campo psiquiátrico. De acordo com o autor, “o imaginário social que nos anos 60 e 70 havia sido invadido pelo vocabulário psicológico – em particular freudiano [...] sofreu uma virada e passou a ser cada vez mais permeado por termos de origem biológica” (BENILTON BEZERRA JR, 2007, p.133). Passou-se a privilegiar as definições nosológicas para classificações sindrômicas, cuja intervenção principal se dá por meio de psicofármacos, em uma sociedade neuroquímica, de base capitalística.

Essa é uma forma que assumiu corpo, conforme discute Nikolas Rose (2013) – que é biólogo, psicólogo, sociólogo e uma das principais referências na discussão sobre assunto – de modo que uma grande parte de psiquiatras encontra dificuldade de pensar sua clínica de outro modo: “nessa maneira de pensar todas as explicações de patologia mental devem “passar através” do cérebro e de sua neuroquímica – neurônios, sinapses, membranas, receptores canais de íons, neurotransmissores, enzimas etc” (p. 305). Nessa lógica, um diagnóstico será ainda mais preciso se puder conectar os sintomas às anormalidades em um ou mais elementos supracitados pelo autor.

É importante destacar essa passagem pois ela diz dos efeitos dessas transformações nos regimes de subjetivação a partir de propriedades biológicas para definir indivíduos. A esse fenômeno, a partir da noção cunhada por Alain Ehrenberg (2004), Benilton Bezerra Jr (2007) apresentou o conceito em seu trabalho: “sujeito cerebral da cultura da individualidade somática”.

Isso significa dizer que há cada vez mais frequente o uso de explicações neuroquímicas para determinar a experiência subjetiva, recolocando em um só plano ontológico as dimensões

cerebrais, mentais e sociais. Para isso há apropriação crescente da psiquiatria e da neurologia no campo científico, direcionando uma fusão entre essas duas áreas de saber, de modo que a segunda incluiria a primeira. Por fim, destaca o autor, que é pela crescente disseminação de inscrições sociais e imaginárias sobre o cérebro ser um ator social importante, dentro dessa rede de relações, e não apenas uma condição biológica, que essa concepção ganha força (BENILTON BEZERRA JR, 2007).

Nikolas Rose (2013) endossa a discussão de Benilton Bezerra Jr (2007), mas pondera a afirmação de que nos tornamos o que ele chama de “si-mesmos neuroquímicos”. Há centralidade da racionalidade neuroquímica nos efeitos de subjetivação na vida das pessoas, e, nesse sentido, que se incorpora nas práticas de cuidado em saúde. Entretanto, não podemos anular outras formas de nos relacionar com nós mesmos, incorporando diferentes sentidos desde as singularidades.

A compreensão neuroquímica de nós mesmos está sendo progressivamente ampliada, com efeitos importantes nas relações cotidianas. Os próprios indivíduos – e também figuras de poder, como médico, enfermeiro e professores – têm tentado “codificar as variações nos humores, nas emoções, nos desejos, e nos pensamentos em termos de funcionamento do cérebro químico deles e a interferir neles mesmos à luz dessa crença” (NIKOLAS ROSE, 2013, p. 309) e nos alerta: “captar o mundo dessa maneira é imaginar o distúrbio como existindo dentro do cérebro do indivíduo e de seus processos e ver os remédios psiquiátricos como uma invenção de primeira linha” (*ibidem*) para gerenciar as anormalidades neuroquímicas.

Essa discussão é fundamental para nossa análise a partir da experiência do que temos discutido nos grupos GAM: atribuir o consumo de drogas como uma anormalidade produzida por disfunção neuronal e, nesse sentido, ter a medicação como a grande salvadora, é constante, conforme veremos a seguir.

Todos os médicos entrevistados interrogam essa noção que mimetiza o sujeito em sua condição sintomática e ampliam a problemática porque o campo das drogas desloca essa psiquiatria mais hegemônica, pela pouca evidência farmacológica na remissão do uso de drogas ou nos desafios de tratar as pessoas com base nos sintomas apresentados, diante das diferentes condições de vida:

O que é consenso na área: para aliviar ou modificar o hábito de uso de substâncias psicotrópicas, as medicações psiquiátricas não são muito eficazes. São menos eficazes que outras condições dentro da psiquiatria.

Psiquiatria tem mais confiança para medicar psicoses, depressões e transtornos ansiosos do que a compulsão ao uso.

Esse é um primeiro ponto e muito importante: tem bem menos consenso e menos evidência de efetividade de medicação em relação ao uso de substâncias. Em relação à compulsão, há menos evidência.

Tem que desemaranhar porque tem vários usos e várias razões possíveis para justificar o uso de medicações para as pessoas que fazem uso de drogas e que são diferentes (Leonardo, diário de campo).

Bom, aí aconteceu o seguinte, eu comecei a ler um pouco, estudar um pouco e peguei um livro chamado *Adicción*. É um livro desse tamanho. É antigo, mas é mais ou menos assim, uma bíblia da adição. Eu comecei a ler, li o modelo teórico e tal e no final o conceito de adição é um conceito vazio, né? É um conceito que diz assim – e é literal: Uma vez que a gente conhece que as células nervosas elas reagem a presença de substâncias e elas se modificam - essa é a primeira hipótese, que é, de fato, identificável - então a gente entende que a pessoa, em algum momento, tem um click e ele passa de consumidor a dependente. É uma bobagem dessa que é o conceito original de adição. É um *switch* que vira, e a galera que era consumidor, vira dependente. Eu falei, gente, é uma bobagem sem pé nem cabeça e com a fantasia que aquilo ali se explica pela neurociência... Pela neurofisiologia celular (Ricardo, diário de campo).

Porque a minha sensação é que ele é utilizado em uma lógica médica-farmacológica e psiquiátrica de que o usuário precisa diminuir o impulso para não fazer o uso e que vai ser a medicação que vai melhorar. Eu acho muito complicado. O impulso tem muito mais a ver com o uso da substância e a relação com o objeto do que algo químico que vai conseguir reduzir. (Andrea, diário de campo)

Chama a atenção, na fala da Andrea, o foco dado na prescrição para diminuição do impulso, no momento da fissura, e, assim, conter os corpos para que as pessoas não consumam as drogas.

Rita, na cena enunciativa 1, nos conta exatamente isso: para não ir à biqueira, quando cria, de acordo com ela, “rodinhas em seus pés”, toma 4 comprimidos de carbamazepina e 4 comprimidos de Sertralina juntos. Assim ela apaga, dorme a noite toda e não consome o crack. Diz não compreender os efeitos farmacológicos propriamente ditos dessa composição, mas faz uso experimental em seu corpo, assim como faz com as outras substâncias psicoativas. Vai testando e ajustando conforme os efeitos que deseja. Ela produz parâmetros próprios em relação à eficiência das prescrições.

Essa é uma prática muito comum também contada por Andrea na sua experiência em um CAPS-AD: “Era uma briga danada com os usuários porque eles tomavam, sei lá, o rivotril, quando eles queriam. E aí eles iam fazendo uso a partir das necessidades com as substâncias, né?”.

Essa noção é importante e tomada como a grande expectativa dos profissionais médicos, assim como dos pacientes, conforme afirma Leonardo: tem-se o desejo de que exista uma medicação que ajude a parar de usar quando vem a vontade muito forte: são as drogas que diminuem a compulsão ou a impulsividade, em geral, na intenção de parar de ter vontade. As evidências, de acordo com Leonardo, são contraditórias e “no balanço final, raramente valem a pena”.

Esse é o resultado do estudo sistemático da CONITEC (2013) sobre o uso de risperidona e outros antipsicóticos no tratamento para o uso de crack, conforme já discutimos, mas também relatado no estudo de Blanca Indave et al. (2016) sobre o uso de antipsicóticos na redução no uso de cocaína, com 719 participantes, incluindo 14 pesquisas com administração de risperidona, olanzapina, haloperidol. Resultado:

At present, there is no evidence supporting the clinical use of antipsychotic medications in the treatment of cocaine dependence, although results come from only 14 trials, with small sample sizes and moderate to low quality of evidence⁸⁸ (BLANCA INDAVE ET AL., 2016, p. 05).

Ainda assim, conforme observamos, tanto no CAPS-AD, como no CAPS-AD de Santos (BEATRIZ CESAR LAURIA, 2020), as medicações mais prescritas são os antipsicóticos, por essa função e, também, para atenuações de sintomas psicóticos em decorrência do uso ou não de substâncias.

Nessa análise, Nikolas Rose (2013) e Paul Preciado (2019) são interlocutores que podem nos ajudar na compreensão dos sentidos atribuídos às prescrições de medicações que tenham como efeito desejado, a contenção dos corpos, ainda que, nesses relatos, o sentido seja também literal.

Para ambos, há efeitos de poder em relação à prescrição das medicações, para além do que se deseja em relação à interação medicamentosa com a fisiologia humana: trata-se de entendermos o que a medicação faz fazer.

Nesse sentido, ambos, tomados pelas produções do filósofo Michel Foucault (2005; 2008a; 2008b) acerca da noção de biopoder, já discutida na tese, ampliam a discussão a partir do que Nikolas Rose (2013) vai chamar de Neuropolítica - sobre práticas e dispositivos de intervenção focados no cérebro -, e Farmacopoder, termo cunhado por Paul Preciado (2018) para analisar as estratégias de governo da vida, a partir da expansão do uso de hormônios sexuais, como a progesterona e testosterona.

Para Preciado (2018) estamos vivendo a hegemonia do farmacopoder, a partir de um novo sujeito: “hormonal, eletroquímico, relacionado com a mídia e ultraconectado” (p. 172) que se difere do corpo moderno biopolítico, pensado por Michel Foucault, inscrito nas relações de poder. Para o autor, o corpo expandiu sua interioridade, “de modo que a vida, e, também, o controle político ocorra sob forma de troca, tráfego e comunicação” (*ibidem*).

88 Tradução nossa: “No momento, não há evidências que apoiem o uso clínico de medicamentos antipsicóticos no tratamento da dependência de cocaína, embora os resultados venham de apenas 14 estudos, com amostras pequenas e evidências de qualidade moderada a baixa”.

Para balizar essa noção, Preciado, em seu belíssimo trabalho em que conta de sua transição hormonal, na medida em que produz a construção textual, conta-nos o processo histórico em relação às pesquisas sobre hormônios e a derivação desse processo na aprovação do uso de pílulas anticoncepcionais em mulheres, como estratégia de controle de natalidade da população pobre, além da intervenção na sexualidade delas. Em contrapartida, estudos sobre a testosterona, com a produção do Viagra, por exemplo, tem por objetivo ressaltar o vigor, a juventude e a força vital aos homens, demarcando limites e estratégias em relação ao gênero.

Por fim, ao detalhar os modos pelos quais os estudos sobre o uso de pílulas anticoncepcionais foram testados, denota-se o recorte racial e higienista dos experimentos a partir de um “Estado constituído biorracionalmente, viam em si mesmos como seus porteiros e guardiões, programados com a missão de garantir uma sociedade utópica saudável” (*Ibidem*, p. 194)

O que nos interessa, nessa discussão, é, mais do que focalizar a discussão sobre os usos e as práticas que se estabelecem a partir dos hormônios, destacar essa racionalidade de controle de corpos, a partir do fármaco, e as produções subjetivas que se derivam dessas práticas que o autor nomeia de panóptico ingerível.

Nikolas Rose (2013), em uma direção parecida, vai explicar a era da neuropolítica a partir do avanço tecnocientífico, sobretudo em relação às ciências biológicas e os efeitos desse movimento nos modos de subjetivação no mundo contemporâneo, unindo a lógica neoliberal às novas tecnologias de subjetivação.

Para o autor, o que está em jogo, nesse momento, não é tanto o controle biológico a partir de estudos com vieses higienistas que buscam explicar as características humanas através da hereditariedade e dos estudos genéticos, para, assim, aperfeiçoá-la aos moldes que Foucault (2009) chamou de normalização, em seus estudos sobre disciplinarização dos corpos. Ou seja, por meio de parâmetros constituintes das relações do saber médico-jurídico e cujo efeito de poder se dá pelas classificações sobre o que considerado normal, ou não, por meio de práticas e concepções que comparam, homogeneízam, excluem e assim, normalizam.

O risco, para Nikolas Rose (2013), não está no controle de determinados grupos populacionais em massa, mas na identificação de indivíduos específicos nos quais uma predisposição biológica ou familiar pode vir a desenvolver, em determinadas circunstâncias, ao longo do processo de desenvolvimentos, às condutas violentas, criminosas ou antissociais (*Ibidem*). Assim, de acordo com o autor, o foco dos estudos é tentar tornar essas pessoas capazes de controlar suas próprias vontades, mediante diferentes terapias: desde biológicas, psicológicas, medicamentosas ou mesmo as que produzam segregação mas que, hoje, ganha

uma nova roupagem: “agressores reais ou potenciais devem ser confinados não como membros de uma subpopulação defeituosa ou de uma raça degenerada, cuja reprodução deve ser reduzida, mas como indivíduos intratáveis” (*ibidem*, p. 346-347), ou seja, incapazes de governar a si mesmos.

Nessa lógica, “da retorica atual da biologia molecular e da neurogenética, uma vez identificada a base genética de uma característica indesejável [...], as intervenções para reduzir esse risco podem então começar” (*Ibidem*): entre elas, e com mais força, a psicofarmacologia. Para exemplificar, o autor cita uma proposta do então presidente dos Estados Unidos, George W. Bush, em 2004, de um programa de rastreamento generalizado de distúrbios psiquiátricos não diagnosticados, com protocolo de tratamento para diagnósticos iniciais, incluindo medicações e o uso de eletroconvulsoterapia (ECT).

Para Nikolas Rose (2013), embora não haja evidências que esses rastreamentos utilizem perfis genéticos ou de avaliações neuroquímicas, há prognóstico de que estes sejam incluídos em diversas estratégias de controle biológico em um futuro próximo, pois há muitos elementos eloquentes que nos levam a acreditar nisso e cita: “muitos medicamentos psiquiátricos, por exemplo, o *antabuse*⁸⁹, para o alcoolismo, foram introduzidos dessa forma” (p. 348).

Nos relatos dos médicos entrevistados e na nossa vivência nos grupos GAM, a prescrição da medicação como estratégia de reduzir a vontade de usar drogas é utilizada em dois sentidos, identificados por nós e que estão relacionadas a essa lógica prescritiva da psiquiatria moderna, conforme discutimos acima. Cabe-nos alertar, entretanto, que a problemática não está inscrita no profissional médico em específico, mas em relação a essa lógica biopolítica de controle.

O primeiro sentido desta modalidade de prescrição é o de produzir uma espécie de redução de danos com os medicamentos, a partir de uma tentativa de acomodar os efeitos das drogas utilizadas com medicações mais seguras e que produzam efeitos similares, conforme nos sinaliza Leonardo:

É uma lógica que entende que a pessoa não vai parar de usar, um exemplo disso são os opióides. A pessoa não vai parar de usar heroína e você tenta dar uma outra droga que substitui em parte ou como um todo a heroína.

89 No Brasil, essa medicação é chamada de dissulfiram. De acordo com o departamento de farmacologia das UFSC: “O dissulfiram (Antabuse) inibe o metabolismo do etanol no organismo, o que causa acúmulo de um derivado tóxico chamado acetaldeído. Essa substância causa fortes náuseas, vômitos, e até convulsões. Ou seja, uma tremenda intimidação para as pessoas que tentam ingerir álcool. Aliás, o dependente não pode receber dissulfiram sem saber, pois se ele beber demais a reação pode matá-lo”. Disponível em: <<https://farmaco.ufsc.br/tag/ressaca/>>. Acesso em 01/02/2021.

Pesquisadora: Tipo a metadona?

Leonardo: Exato! Esse é o grande exemplo. Porque aí ela tem o mesmo efeito da heroína, mas você pode tomar via oral, é uma heroína mais segura e administração é controlada. É uma droga que mimetiza esse tipo de problema em relação à droga de abuso. Tem algumas vantagens em relação ao uso original da droga: porque é melhor usar a droga prescrita e de jeito controlado do que a heroína da rua.

Trata-se de produzir a substituição de uma substância por outra que tenha o mesmo efeito, mas que seja de melhor qualidade.

Então tem todo esse esforço em se conseguir isso, que a gente chama de droga substituta, para outras categorias de drogas psicotrópicas, como por exemplo, os estimulantes.

Será que teria uma metadona para a cocaína?

Em relação aos estimulantes, como a cocaína e o crack, não tem essa droga de substituição. Não tem nada consensual.

Essa é grande fronteira.

Encontramos estudos de revisão sistemáticos na plataforma *The Cochrane Library* a respeito da substituição da heroína pela metadona ou por outros fármacos considerados agonísticos em relação aos opióides, denotando, em alguns estudos, serem uma abordagem viável, mas, em sua maioria, inconclusivos em relação à variedade de programas analisados, com dificuldades nas comparações dos dados (SUZANNE NIELSEN et al, 2016) ou pelos poucos estudos relacionados pela comunidade científica (LINDA GOWING; ROBERT ALI; JASON M WHITE, 2017).

A grande questão, nesse sentido, similar às críticas que se faz aos programas de redução e danos mais instrumentais⁹⁰ é a possibilidade de, mais do que consumir a metadona, poder agenciar uma série de outras ofertas que articulam a rede de saúde, com programas de moradia e geração de renda. Na nossa experiência, ao visitarmos programas de redução de danos em Portugal, acompanhamos⁹¹ parte de um trajeto da equipe do GiruGaia, projeto de uma organização social chamada APDES – Agência Piaget para o Desenvolvimento – que fica na região de Gaia, do outro lado do Rio em relação ao Porto, na administração da metadona para pessoas que fazem uso de heroína.

A carretinha da GiruGaia, conhecida por nós como van, vai até a praça – e pudemos acompanhar uma primeira parada – no mesmo horário todos os dias, para criar cultura, para as pessoas que fazem o tratamento com metadona se aproximarem e receberem a metadona. Rapidamente ingerem a medicação e vão embora, com muita discrição.

90 cujo objetivo é apenas ofertar insumos para garantir proteção, sem um debate amplo da questão das drogas. Maurides de Melo Ribeiro (2013), há diferentes modelos de redução de danos. Há quem trabalhe com redução de danos, em uma lógica focada na proposta de uma sociedade livre das drogas.

91 Experiência descrita no diário de campo, no formato de blog: <<https://pesquisandoautonomia.blogspot.com/2020/01/sobre-as-visitas-aos-programas-de.html>>. Acesso em 01/02/2021

Há um controle das pessoas que participam do programa. Para os que querem iniciar o tratamento é realizado uma entrevista inicial com a equipe – enfermeiro, assistente social e um par, que é um profissional educador social que já passou pela situação de uso ou ainda passa e também está fazendo o tratamento – e, no, mesmo dia, passa-se a fazer o consumo da dose mínima de metadona até começar a fazer um acompanhamento de saúde mais sistemático.

É importante dizer que eles também fazem articulação com a rede de assistência social, sobretudo em relação à questão da moradia. Há, de acordo com Teresa, coordenadora do projeto, cerca de 350 pessoas em situação de rua em Gaia, para eles esse número é alarmante. Há trabalhos sociais realizados, nesse sentido, concomitantes ao programa de administração da metadona pelo GiraGaia.

Essa experiência, acerca da importância do uso seguro de drogas, nos faz vislumbrar o quanto a legalização de todas as drogas e a construção de uma rede de suporte em saúde e assistência, como os locais de consumo vigiado, como há em Lisboa, minimizaria os riscos em relação às substâncias ingeridas. No segundo sentido que identificamos em relação à prescrição de medicamentos às pessoas que fazem uso de drogas, encontramos uma lógica contrafissurada, que tem por objetivo a contenção química dos usuários de drogas que se estabelece em uma linha muito tênue nos serviços, caracterizada, muitas vezes, como uma relação de cuidado. Nesse sentido, imbrica-se uma noção que converge com a discussão de Nikolas Rose (2013) acima: uma prática em que opera a estratégia de segregação dos usuários de drogas, pela lógica dos intratáveis e, mais: dos indesejáveis nos diferentes serviços de saúde.

O relato de Andrea nos ajuda a exemplificar melhor essa noção:

No CAPS que trabalhei a usava muito haldol decanoato mesmo e o haldol também. E aí era muito doido. Chegava um paciente específico que a gente dizia: para gente, pelo amor de deus.

Tira esse trem dele! Ele ficava tão apático que sumia a subjetividade dele.

Que era um cara agressivo e que dava conta de um monte de coisa e colocava ele, na real, em risco, na rua [grifos nossos].

Os movimentos lentificados, uma certa impregnação e que as pessoas não davam muita atenção;

Eu lembro de uma situação, isso em um outro município, em São Paulo, que eu coordenava algumas equipes, e aí o usuário chega muito esquisito.

E eu estava conversando com o coordenador do serviço e outra enfermeira.

E aí eles começam num discurso assim: você usou maconha! “Você não sabe o quê”!

Eu olhei pra ele e pensei: nossa, ele está impregnado!

E aí eu fiz aquele testezinho, sabe? O da junta. E visivelmente ele estava com impregnação de haldol.

Quando foram entender e lá era um serviço que tinham outros serviços no mesmo lugar, ele tinha sido medicado com haldol duas vezes, em dois serviços diferentes. Por que ele era usuários de dois serviços: do adulto e do AD.

E aí ele estava mega impregnado e as pessoas malucas, com....acho que é o Lancetti que diz que a gente precisa desintoxicar da droga, né? Porque o trabalhador fica colado na droga mais que o usuário.

E eles discutindo que o usuário tinha usado maconha, sabe? Uma loucura.

Este relato, infelizmente, é muito parecido com a da morte de Guto, descrita na cena enunciativa 2: uma pessoa em situação de rua que fora medicada em dois serviços diferentes. Com poucos elementos sobre como se deu o processo de acolhimento dele na UBS, e, sem a intenção de apontar culpados ou não em relação ao ocorrido, cabe-nos interrogar o processo de escuta às demandas e às necessidades em saúde que extrapolam os sintomas para avaliar a melhor conduta a ser tomada.

Quando falamos do ato prescritivo e os modos pelos quais ele é produzido, a partir de elementos que extrapolam a clínica médica, cabe-nos pensar a necessidade de escuta dos diferentes modos de vida e, assim, avaliação dos riscos em relação às prescrições produzidas. Leonardo nos sinaliza essa dimensão:

Na verdade, qualquer intervenção precisa se pensar o risco e o benefício, nos contextos específicos.
Temos tido muitas altas hospitalares que o paciente chega cheio de prescrições para retirar no CAPS, em torno de 120 comprimidos de Diazepam, mais 120 de haldol, mais 120 de tegretol, por exemplo...
Isso não faz nenhum sentido algum para alguém que acabou de ter alta por uso de substância ter a possibilidade de retirar essa quantidade de substância psicotrópica de uma vez só.
É risco de superdosagem, risco de suicídio. Então a gente faz medicação assistida e pede para ir ao CAPS todos os dias.
Então tem essa análise de risco social: será que tem alguém para ficar com o remédio? Outra coisa é muitos remédios que têm efeito colaterais hepáticos e cardiovasculares, como a carbamazepina e ácido valproico, que demandam exames regulares e sabemos que não se faz isso nos CAPS com frequência.

Por fim, todos os médicos entrevistados afirmam que não há nenhuma medicação que retira a vontade de utilizar drogas, assim como Leonardo:

Na minha opinião, nada [em termos de medicação] faz parar de usar. E isso entra a carbamazepina e o valproato de sódio. São as duas substâncias mais prescritas de uso regular, com essa ideia que poderia diminuir a vontade de usar a droga (Leonardo, diário de campo).

Essa também é uma afirmação de Rodrigo, na cena enunciativa 1, quando ele nos conta sobre os diferentes arranjos que faz com as medicações e as outras substâncias psicoativas para poder beber aos fins de semana, depois do trabalho: “para alguns as medicações podem ajudar, mas não tiram o desejo de usar droga. E aí é que é a questão”.

Quando o grupo GAM posiciona a discussão sobre medicações psicotrópicas, sempre há alguns pontos de tensionamentos, não somente pelo uso da medicação em si, mas em relação ao que ela representa para os participantes do CAPS: alguns sinalizam que a medicação é importante pois eles estão doentes. Ou seja, cria-se uma noção, ancorada essa racionalidade do homem cerebral, que o uso de drogas é uma doença no cérebro que faz ou induz a pessoa a consumir drogas, a parte do indivíduo desejante.

Ser doente, que, a priori, pode parecer algo ruim, ganha outra interpretação nos grupos GAM, pois implica em ser cuidado e, para isso, a medicação se faz importante.

Considerando a falta de rede afetiva, social e de políticas públicas de uma boa parte das pessoas que têm seu cuidado no CAPS-AD, acessar o profissional médico e ganhar um estatuto de quem precisa ser cuidado é muito importante para grande parte dos frequentadores da GAM.

Ricardo nos sinaliza esse processo, a partir de sua experiência no CAPS-AD:

Pesquisadora: E acho que essa coisa “sou viciado” e o vício, nessa retroalimentação, também entra nessa coisa do “eu sou doente”, porque no serviço de saúde é o único lugar em que ele pode ser acolhido sem moralização, né?

Ricardo: Isso. Mas assumindo o papel de doente que é o único porto-seguro.

Mas aí ele tem que continuar sendo doente, aquela contradição, se eu deixar de ser doente eu viro uma coisa inaceitável então é só continuar sendo doente, então vira crônico. Esse é o ponto. Quando a gente começa a trabalhar nesse sentido de desmontar essa visão da dependência e trazer à tona as experiências de vida, quando uma pessoa é afetada pelos afetos que a mobilizam, muda completamente a dinâmica e os profissionais mudam de atitude.

É a possibilidade de sair do lugar da imoralidade para ocupar o lugar da doença. Sara, frequentadora de em um dos grupos GAM, menciona isso: “o que eu tenho é uma doença. Muitos acham que é sem-vergonhice: se eu estou tomando remédio é porque eu estou doente!”.

Nesse sentido, a discussão sobre “eu sou uma pessoa, não sou uma doença” na primeira parte do Guia GAM é sempre um processo que precisa ser retomado e, com certa frequência, para que seja possível o consumo de drogas sair do campo da anormalidade para se constituir dentro das diferentes vivências e experiências dos indivíduos.

Sair da estagnação da doença é aspecto importante na possibilidade de produção de novas subjetividades e autonomia. Constantemente, nos grupos, é preciso romper as fronteiras do que se estabelece sobre o que é ser normal pela multiplicidade do viver.

opiáceos, mas pouco concludentes em pesquisas com as drogas de maior uso no contexto brasileiro (ELSTER; SKOGG, 1999 *apud* MAURICIO FIORE, 2007).

A grande questão levantada por Esdras Cabus Moreira (2012) e que nos parece central é que, nessa relação de substituição de uma droga pela outra, o foco permanece na substância e não o sujeito. Para o autor, a psiquiatria que trabalha com a questão das drogas precisa focalizar a vivência e a consciência da pessoa na relação com o mundo que a cerca. “Fora desse contexto, não teríamos uma clínica psiquiátrica da dependência química, apenas considerações sobre os efeitos farmacológicos da droga” (ESDRAS CABUS MOREIRA, 2012, p. 250).

Nesse mesmo sentido, Erotildes Leal *et al.* (2006), ao analisar a assistência psiquiátrica em serviços públicos de saúde, a partir de uma análise de como os profissionais médicos constroem o diagnóstico dos usuários em sofrimento psíquico, identificaram vetores de normatização do cuidado que corroboram com a discussão acima, a partir das práticas médicas cristalizadas em conhecimentos de psicopatologia descritiva.

Essa prática opera lógicas de cuidado que não considera o modo do sujeito operar no mundo ao avaliar o adoecimento mental; produz avaliações restritas à presença ou ausência de sintomas, sem considerar a subjetividade do sujeito; trata as crises com intervenções normalizantes e com vieses disciplinares e, por fim, dentro dessa lógica descritiva a medicação é a única via possível de tratamento, pois interage na atenuação dos sintomas.

A lógica do tratamento para dependência química, portanto, quando retira o sujeito e os diferentes modos de vida, e, com o avanço das neurociências e do modelo da biomedicina, fomenta práticas de controle do comportamento humano por meio desta da noção de que corrigindo o funcionamento cerebral, corrige-se o uso. Assim,

introduz a ideia de que, ao entendermos o funcionamento cerebral na dependência de substâncias, suas áreas de metabolismo ativo e inativo, os circuitos que relacionam os sistemas de recompensa ao córtex frontal e os neurotransmissores envolvidos, estaríamos no caminho para a resolução do problema do homem com as drogas (ESDRAS CABUS MOREIRA, 2012, p. 250).

Cria-se, deste modo, um ideal de uma sociedade livre das drogas proscritas, paradoxalmente, a partir das drogas prescritas para conduzir mudanças cerebrais.

Maurício Fiore (2008) se vale de considerações parecidas ao analisar discursos médicos sobre a questão das drogas. Para o autor, colocar o consumo de drogas como uma disfunção cerebral tem por objetivo, dentre outros aspectos, o de desconectar o consumo de drogas da noção de prazer, a partir de informações negativas sempre intrínsecas ao relato do uso. Quem nunca ouviu: se droga fosse ruim ninguém usava, o problema são as consequências? As explicações neuroquímicas ajudam a endossar essa noção.

Outro aspecto bastante citado entre os médicos entrevistados pelo autor é que as drogas produzem uma espécie de felicidade artificial ao cérebro, podendo, nesse sentido, trazer riscos ao organismo. Assim, reduzir o consumo de drogas às conexões cerebrais produz um reducionismo nas relações de cuidado que só podem ser investidas de novas drogas que tem, por função, contrapor, na melhor das hipóteses, sensações menos nocivas.

Ambas as discussões trazem um jogo narrativo importante que conecta a ciência médica a uma certa normatização dos comportamentos humanos através do que é normal ou patológico em torno da noção de prazer, quando se trata do uso de drogas. Abre-se espaço para uma complexa relação entre as noções que se fundamentam por meio de um sofisticado conhecimento sobre o sistema neurológico – e sabemos que o saber tem poder – e a opinião pública sobre o uso de drogas Maurício Fiore (2007), fomentando e retroalimentando políticas proibicionistas. Para Carl Hart (2020), nessa mesma lógica, exagerar os efeitos nocivos das drogas no cérebro tem – ao inflamar o debate público e enrijecer a políticas sobre drogas – matado as pessoas negras.

A esse respeito, Carl Hart (2021) afirma que parte da comunidade científica enfatiza os efeitos negativos das drogas para aumentar a importância do tema para a saúde pública e, assim, aumentar chances de financiar novas pesquisas. Desse modo, destacam os perigos em relação ao uso de drogas, por mais ínfimos que sejam, minimizando, do mesmo modo, os potenciais benefícios, mesmo os mais contundentes, como o da *cannabis* medicinal. Um dos principais problemas nessa lógica, para o autor, é a utilização distorcida dos resultados por parte da grande mídia que, por sua vez, serve à lógica que a beneficia e depende do governo da situação no momento: “*journalists write articles consistent with these half-truths. If you do a quick search of newspaper articles written about any recreational drug, you’ll find that almost all focus on negative outcomes*” (CARL HART, 2021, p. 93)⁹³

Ele cita diferentes situações em que isso aconteceu na história da política sobre drogas no Estados Unidos, como modo de punir os pobres, na maioria negros, usuários de drogas: nesse sentido, relata a mudança da legislação em 1986, punindo mais o traficante de crack que o de cocaína em pó, mesmo ambas, sob o ponto de vista farmacológico, serem a mesma substância – uma que se utiliza fumada e a outra aspirada –. Outro exemplo é o uso político que o presidente

93 Tradução nossa: “os jornalistas escrevem artigos consistentes com essas meias verdades. Se você fizer uma pesquisa rápida em artigos de jornal escritos sobre qualquer droga recreativa, verá que quase todos se concentram em resultados negativos”

filipino, Rodrigo Duterte fez da informação de que a metanfetamina, droga sintética, encolhe o cérebro dos consumidores de modo que estes não sejam mais capazes de se reabilitarem. O efeito destas informações ceifou a vida de milhares de pessoas acusadas de vender ou usar drogas (CARL HART, 2021). Parece absurdo, mas é possível justificar essa afirmação no campo científico e o autor demonstra por quê: além de contar as difíceis relações de poder que se estabelecem no *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), do qual ele fez parte, ele vai contestando os principais estudos a partir da falta de alguns elementos conclusivos para atribuir às substâncias psicoativas ilícitas qualquer mudança cerebral: “a maldade perversa desse tipo de lavagem cerebral sancionada é que qualquer diferença cerebral poderia ter existido antes do início do uso da droga” (*Ibidem*, p. 95). E nos explica:

Para realizar uma varredura que permite aos pesquisadores analisarem diferenças de comportamentos entre grupos, desde a neurociência, as medidas cerebrais podem ajudar a mapear essas diferenças e, para isso, mais do que analisar a anatomia cerebral, é necessário utilizar alguns instrumentos como a tomografia por emissão de pósitrons e a ressonância magnética funcional. A grande questão, nos alerta Hart, e que precisamos estar atentos a analisamos os artigos científicos, é que a maioria dessas imagens, nos estudos, são coletadas apenas uma vez, de modo que é quase impossível determinar se o uso de drogas produziu alguma diferença. “*In order to measure a real change, multiple brain scans need to be completed at different time points. Can you tell if a person’s hair style has changed if you have seen the person only once in your life?*”⁹⁴ (*Ibidem*, p. 97-98)

Carl Hart conclui sua análise a partir de uma dimensão importante, já discutida acima: superestimar os problemas das drogas no cérebro, trazer essas informações para o debate público, é moeda de troca importante no campo político: governa-se com o medo e se apresenta como salvador, embora nenhuma solução que tenha como proposta o fim do uso de drogas pela repreensão da demanda ou pela tentativa de impedir o consumo pelo medo, tenham funcionado.

Nesse sentido, o uso político dos estudos mal fortalece as políticas antidroga, no Brasil e no mundo, e carrega consigo a morte das pessoas negras: que são mais assassinadas por policiais e, também, as mais encarceradas no Brasil, conforme sinalizado no capítulo um desta tese. Essa também uma afirmação de Carl Hart (2020) ao discutir a morte filmada de George Floyd, homem negro estrangulado por um policial, sem nenhuma possibilidade de defesa. Este

94 Tradução nossa: “Para medir uma mudança real, várias varreduras cerebrais precisam ser concluídas em diferentes momentos. Você pode dizer se o estilo de cabelo de uma pessoa mudou se você a viu apenas uma vez na vida?”

assassinato teve grande repercussão nos Estados Unidos e no mundo, sobretudo pela reação nacional do movimento intitulado “*Black Lives Matters*”⁹⁵.

A justificativa, utilizada pela grande mídia, em relação ao ocorrido, foi que ele havia feito uso de droga e, para o autor, os pesquisadores neurocientistas que difundem pesquisas mal formuladas sobre drogas são corresponsáveis por essas mortes. Por isso, alerta: pesquisadores devem examinar com cuidado as declarações feitas em seus estudos e pedidos de verba de pesquisa para evitar foco nos efeitos negativos das drogas, quando não embasado. Do mesmo modo, apela para que cientistas incluam a dimensão racial em suas análises, de modo a fortalecer programas de saúde para populações negras. Ademais, que passem a estudar os efeitos das drogas recreativas no cérebro para desenviesar o debate tão tensionado e direcionado a determinados interlocutores.

If we are serious, this time, about remedying the sickness of American racism, I expect you to earnestly consider the above proposals and act accordingly—it would go a long way in protecting Black people against police brutality. Too many centuries have passed, too many Black Americans robbed of justice, of their very lives, while the scientific community has remained mostly silent⁹⁶ (CARL HART, 2020, p. 218)

Por fim, é necessário gerar novas produções subjetivas em torno do uso de drogas, tirando-a no lugar cômodo das neurociências, reduzindo as pessoas consumidoras de drogas às lógicas neuronais. Essa perspectiva molda nossas visões sobre as drogas, informam nossas políticas de drogas e determinem nossas prioridades e direções de financiamento para pesquisas de drogas (CARL HART, 2021).

6.4 Turbinar o CAPS a partir de uma posição agonística sobre o uso das drogas, prescritas ou não

“Depois que eu comecei a participar da GAM, eu não consegui mais dizer alguns termos que eu costumava usar, como recaída, atribuindo toda a responsabilidade desse ato ao usuário, como se fosse uma escolha só dele”.
Profissional do CAPS-AD.

A medicalização está inserida em diferentes âmbitos de nossa vida. Seria ingênuo reduzi-la a um impacto iminentemente negativo, sem considerar avanços da biomedicina na qualidade de vida e no aumento da expectativa de vida das pessoas (LEMOS; DOLORES

⁹⁵ Tradução nossa: “Vidas Negras Importam”

⁹⁶ Tradução nossa: “Se formos sérios, desta vez, sobre como remediar a doença do racismo americano, espero que você considere seriamente as propostas acima e aja de acordo - isso ajudaria muito a proteger os negros contra a brutalidade policial. Muitos séculos se passaram, muitos negros americanos roubados da justiça, de suas próprias vidas, enquanto a comunidade científica permaneceu praticamente em silêncio”.

GALINDO; RENATA V. RODRIGUES, 2020). Outra inconsistência, desde uma perspectiva antiproibicionista, seria condenar as pessoas pelo uso de medicações, entendendo, ademais, que drogas são substâncias capazes de produzir alteração de consciência – mas não são as únicas, cabe pontuar –, independentemente de serem lícitas, como é caso do Clonazepam – prescrito para os chamados transtornos de ansiedade e, por isso, possui propriedades de relaxamento, ou ilícitas, como é o caso da maconha.

Nesse sentido, o psiquiatra Leonardo, nos alerta:

Em algumas situações pode ser desejável alterar o estado psíquico e é isso que justifica a prescrição da substância psicoativa. Esse aspecto pode justificar usar todas as substâncias. Se eu usar a substância *x* eu vou sentir menos ansiedade e angústia e isso, pra mim, vai ser importante, nesse momento. Alterar o estado da consciência nesse momento, com medicação, pode me fazer bem. Assim, você sai do referencial da doença e entra em outro referencial: algumas alterações podem ser bem vindas em algumas situações. Hoje tem muita gente se automedicando com cannabidiol para dormir, por exemplo, e isso não entra na crítica porque seria mais natural? Não é legal usar o benzodiazepínico, mas é legal usar o óleo de CBD se automedicando?

Essa posição parte de nova perspectiva de estudos em psiquiatria contemporânea que parte da abordagem centrada nas drogas para entender a ação destas na psiquiatria em contraposição à perspectiva mais tradicional da área que prescreve a partir da doença (JOANNA MONCRIEFF, 2017). Ou seja, prescinde-se da ideia de que as drogas psiquiátricas funcionam para corrigir alguma anormalidade cerebral e enfatizam-se estudos sobre os efeitos das drogas nos estados mentais e comportamentos. Ao despatologizar, cria-se espaço para estudar as substâncias psicoativas, sejam elas quais forem, desde seus efeitos terapêuticos, relacionados com os diferentes modos de vida.

De acordo com a autora, a abordagem centrada no medicamento muda a natureza da prescrição e, também, as relações entre pacientes e prescritores porque não se orienta pelo diagnóstico e sim sobre os efeitos benéficos das substâncias em cada organismo, sempre singular. Nesse sentido, “*the drug-centred model therefore advocates a collaborative form of self-medication, in which psychiatrists act as reservoirs of information on drugs*”⁹⁷ (*Ibidem*, p. 138).

Essa singularização no acompanhamento do uso da medicação é fundamental, porque há uma relação intrinsecamente singular que não se antevê em estudos farmacológicos, mesmo

97 Tradução nossa: “O modelo centrado nas drogas, portanto, defende uma forma colaborativa de automedicação, na qual os psiquiatras atuam como reservatórios de informações sobre as drogas”.

os mais rigorosos. Isso por que não há objetivismo possível entre medicação-cura em relação a nenhuma substância e, desse modo, François Dagonet (2012) nos alerta: “o remédio [...] não é senão probabilidade, de modo algum, realidade e, menos ainda, necessidade” (p. 30). No caso das substâncias ilícitas, a imprevisibilidade é ainda maior, dadas as misturas incorporadas às drogas, com pouca, ou quase nenhuma, regulação em relação à qualidade.

A própria etimologia da palavra fármaco, que vem do termo grego *pharmákon*, diz de sua interdependência relacional: significa substância capaz de produzir alterações, podendo elas serem boas ou ruins, a depender do uso que se faz dela. É, ao mesmo tempo, veneno ou antídoto, bem como a cura ou a morte (SILVIO YASUI; FLAVIA CRISTINA S. LEMOS, 2016, RICARDO PIMENTEL MÉLLO, 2016).

Desse modo, temos aqui uma controvérsia importante: o uso de medicações psicotrópicas, embora possam funcionar como parte de um processo terapêutico no agenciamento do cuidado em saúde, não tem a função de cura em si mesma e depende de outros elementos, sendo eles humanos ou não humanos, rede para produzir determinados efeitos, sempre imprecisos: a prescrição, o modo de usar, a quantidade que se usa, a interação com outras substâncias - desde alimentos a outros componentes químicos -, a fisiologia, a qualidade dos componentes, a indústria farmacêutica e seu lucro, o trabalho clínico de assistência farmacêutica em acompanhar as reações adversas e assim por diante.

A prescrição massiva de medicações psicotrópicas, portanto, precisa ser compreendida em diferentes campos de análise.

Cabe também analisar os jogos de poder que incidem nas práticas de excessiva medicalização como dispositivo de contenção química de corpos indesejáveis em oposição às produções de subjetividades marcadas pela hipervalorização dos modos de vida saudáveis, atrelando o lucro da indústria farmacêutica à gestão da vida: aos corpos indesejáveis, contenção química com substâncias sedativas. Aos que precisam produzir com eficiência, estimulantes⁹⁸.

Diferentes autores (SILVIO YASUI; FLÁVIA CRISTINA S. LEMOS, 2016; ANA MARIA P. LOPES, 2016; FLAVIA CRISTINA S. LEMOS; DOLORES GALINDO; RENATA VILELA RODRIGUES, 2020) sinalizam que a excessiva medicalização tem relações econômicas que as sustentam, sendo a indústria farmacêuticas um dos setores que mais crescer

98 Cristiana de Siqueira Gonçalves e Rosa Maria Leite Ribeiro Pedro (2018) produzem uma discussão interessante sobre as chamadas “drogas da inteligência” para aumentar a eficiência no mundo do trabalho ou/em concursos e vestibulares.

na última década (SILVIO YASUI; FLÁVIA CRISTINA S. LEMOS, 2016) e, em se tratando de medicações psicotrópicas, a relação entre a oferta e a procura aumenta exponencialmente em tempos de crise.

Essa equação parece elementar. Entretanto, há outra parte desse cálculo, menos visível, que precisa aparecer quando falamos em autonomia: refere-se à produção de modos subjetivação imperativos sobre vida saudável, como estratégia biopolítica de medicalização da vida: nesse sentido, como dissemos na abertura do capítulo, cria-se um ideal de mundo saudável como norma. Nesse sentido, constroem-se parâmetros rígidos sobre ser saudável que, para se atingir, exige uma série de investimentos em produtos e práticas, a partir da emergência do que Foucault (2008b) chamou de sujeito empresário de si. O empresário de si investe em si mesmo para obter melhorias – como se fosse um *software* – para ter vantagens nas relações sociais e comerciais, em tempos de neoliberalismo (FLAVIA CRISTINA S. LEMOS; DOLORES GALINDO; RENATA VILELA RODRIGUES, 2020).

Isso significa dizer que, ainda dentro de uma lógica bastante cartesiana, ser saudável passou a ser sinônimo de autonomia, cabendo às pessoas que não se cuidam, dentro dessa racionalidade, serem tidas como descapacitados, afinal: “quem não se cuida, supostamente não se governa” (*Ibidem*, p. 326). Assim, a saúde tem sido pensada a partir de atos normativos, cujos efeitos se modulam por meio da psiquiatrização e medicalização da vida.

Produzir linhas de fuga à lógica medicamentosa tem sido o grande desafio das políticas de saúde no Brasil e no mundo e no campo das drogas se imbrica, como discutiremos a seguir, na garantia de direitos, invertendo lógicas meritocráticas de cuidado.

Assim, a GAM nasce justamente no intuito de favorecer ao usuário a possibilidade de conduzir sua vida, reduzindo ou eliminando o uso de medicações, em uma inversão à lógica do sujeito empresário de si: é pela rede de relações e pela coletividade que se produzem mais possibilidades em relação à vida e ao viver. Implica, ademais, dentro dos serviços de saúde, remodelação das práticas em saúde mental que passam a escutar o sofrimento desde a experiência subjetiva e não somente regulando os sintomas (LOURDES RODRÍGUEZ DEL BARRIO; NADINE PERRON; JEAN-LUCAS OUELLETTE, 2008).

Para finalizar, é importante circunscrever que colocamos a lente na prática prescritiva para tentar entendê-la enquanto uma certa racionalidade no atendimento às pessoas que fazem uso de drogas, mas que não se limita ao profissional médico. Ricardo sinaliza isso, mesmo em relação aos profissionais tidos, nas palavras dele, como mais progressistas:

Porque quando os profissionais se veem dentro daquele modelo biomédico reducionista, cá entre nós, por mais que a pessoa possa ser progressista, antiproibicionista e não sei o que, o que resta pra ele é ajudar a controlar o consumo.

Você tenta controlar mais *soft*, menos *soft*, mais brutal ou menos brutal, mas você tenta controlar o consumo. E não oferece nada de diferente. A gente fala assim – ah, então vamos fazer um grupo de música, um grupo disso, um grupo daquilo, mas é só pra distração (Ricardo, diário de campo).

Esse foi o deslocamento da profissional de saúde, cuja fala apareceu na abertura desse subitem: a GAM possibilitou, ao escutar os participantes, que ela não tomasse autonomia como sinônimo de responsabilização individual. Ela desenvolveu essa discussão, em uma apresentação sobre a GAM em um evento público e completou a narrativa dizendo que seus acolhimentos com as pessoas que tornavam a fazer uso de drogas, quando pretendiam estar abstinentes, ou mesmo às que estavam reduzindo danos e, em um determinado momento, extrapolou o consumo era sempre o mesmo: responsabilizar o sujeito pelos seus atos.

Pela participação na GAM, nas palavras dela, foi possível compreender que a recaída – termo comum no campo e que ela aboliu da sua clínica – não era responsabilidade exclusiva do usuário. Tampouco era responsabilidade do serviço, porque não se tratava de responsabilizar, no sentido da culpabilização, mas de corresponsabilizar a todos, no sentido de coletivizar o cuidado.

A prática clínica, seja ela qual for, quando não se direciona para as singularidades, os diferentes modos de vida e para a possibilidade de criação, tende-se a cronificar, na mesma medida em que se faz com os usuários. Como nos sinaliza Antonio Lancetti (2012), os CAPS envelhecem, segmentarizam-se, reduzem os recursos e a equipe volta a centralizar suas práticas na psiquiatria: os CAPS padecem quando os profissionais escolhem pacientes e buscam adaptá-los às especialidades, aos modelos terapêuticos, aprendidos com seus terapeutas.

A clínica artesanal, citada pelo autor, em contrapartida, é aquela embebida de inventividade, plasticidade afetiva e ânsia constante por liberdade e autonomia de todos envolvidos. Desburocratizar para turbinar. O CAPS turbinado é o que não escolhe pacientes, nem almeja que estes se adaptem a suas corporações, modelos ou grupos de pertinência. Trata-se de ativar dimensões dissolventes da subjetividade aprisionada na droga e de suas linhas duras, paranoicas e intensificadas na morte (*Ibidem*, 2012).

Sabemos que o campo AD demanda muitos agenciamentos dos quais a clínica não pode prescindir: de conectores que não se produzem no cérebro, mas na multiplicidade da vida. Aspectos estes que falaremos nos próximos capítulos.

6.5 Inverter a lógica meritocrática: a vida no centro da atenção

“Existem outras coisas além de drogas e remédios”.

Rodrigo, participante do grupo GAM

A tentativa de trazer o breve relato histórico-político da questão das drogas e sua entrada tardia na política de saúde mental, pela pauta das reformas psiquiátrica e sanitária, no primeiro capítulo, teve por objetivo sinalizar efeitos analisadores dessas imbricações nas estratégias de cuidado às pessoas que fazem uso de drogas.

O processo de medicalização do uso de drogas, discutido no capítulo anterior, é também efeito da centralidade do cuidado às pessoas que fazem uso de drogas no campo da saúde mental, com toda a potência das bases histórico-políticas e dos princípios éticos da reforma psiquiátrica brasileira.

A medicamentação nos serviços de saúde é aspecto não reformado da reforma psiquiátrica (ROSANA ONOCKO et al, 2013, LUCIANA TOGNI DE LIMA S. SURJUS et al, 2020) e que, no caso do uso de drogas, tem como sustentação o entendimento que o uso drogas é uma doença psiquiátrica a ser tratada. O local, portanto, destinado ao cuidado, dentro dessa lógica, é o CAPS-AD, quando poderia ser um dos serviços complementares da rede, caso houvesse a garantia dos direitos essenciais, somado às ações de orientações, prevenção, promoção de saúde, testagem das substâncias e redução de danos.

A partir do que os participantes da GAM enunciaram nos grupos, cabe-nos questionar sobre a corresponsabilização do cuidado para além dos CAPS-AD e considerando o preconceito e a moralização dos outros pontos da rede, herança da criminalização do uso de drogas. Compreendemos, no capítulo 1, que, estrategicamente, produziu-se a tentativa política de incluir a questão das drogas na pasta da Saúde Mental, vinculada ao Ministério da Saúde, para não a tratar apenas como uma questão de segurança pública.

Esse processo se deu pela tentativa necessária de vincular as ações de redução de danos enquanto estratégia – e não, somente, como um conjunto de práticas – à política de saúde mental. Entretanto, quando foi operacionalizada a proposta dos CAPS-AD, importaram os modelos de atendimento e toda estrutura à semelhança dos CAPS-Adultos: as propostas de oficinas, de consultas médicas e com psiquiatras, dispensação de medicação e com equipes multiprofissionais, apesar dos valores de financiamento serem diferentes entre os CAPS-AD, CAPS Adulto e CAPS infanto-juvenil. O equipamento com mais recurso, até o momento, em

decorrência da emergência do combate ao crack, instituído pelo programa da gestão anterior Crack é possível vencer⁹⁹, é o CAPS-AD.

Há dimensões singulares e necessidades diferentes em relação ao cuidado das pessoas que fazem uso de drogas, assim como no campo da infância e da adolescência e nas demandas da população adulta em sofrimento psíquico. Gabriel Rocha Teixeira Mendes et al. (2020) sinalizam a dificuldade dos equipamentos, tanto da saúde, quanto da assistência, em produzirem lógicas de cuidado que contemplem outros tipos de territorialidades no atendimento às pessoas que fazem uso de drogas:

fixos em seus equipamentos e nas políticas restritas à territorialidade sedentária (Deleuze; Guattari, 2012), os serviços se percebem atados e, de longe, veem os atendidos circularem. Não seria o momento de construir políticas que contemplem os viradouros? [referindo-se à experiência de ‘viração’ de crianças em situação de rua] (GABRIEL ROCHA TEIXEIRA MENDES et al., 2020, p. 95)

E acrescentamos: que incluam o morar e o comer como prioridade.

A narrativa de Tobias nos sinaliza isso quando nos contou, na cena enunciativa 2, que aceitou ir para a comunidade terapêutica para poder dormir, comer e chapar de medicação – nas palavras dele – para poder suspender temporariamente as dificuldades da trajetória da vida nas ruas.

Na Pesquisa Nacional sobre o uso de crack (2014), pessoas consumidoras de drogas foram questionadas sobre quais aspectos consideravam necessários para facilitar o acesso aos serviços públicos de saúde: 93,8% consideraram importante ter alimentação no local, 93,5% consideraram importante ter local para banho e higiene e 92,5% achavam necessário apoio para inserção do mercado de trabalho.

A maioria das discussões e falas mais exaltadas no grupo tinham relação com o comer e o dormir: estar de Projeto Terapêutico Singular Intensivo (PTS) dava direito as pessoas de se alimentarem no CAPS e a frequentarem a convivência do equipamento durante todo o dia, aspectos que não eram gozados por todos.

Cabe dizer que a convivência é um espaço amplo, na parte de trás do CAPS-AD que tem cadeiras, mesa e um rádio. Ali eles ficam conversando, ouvindo música, alguns fumando cigarros, bebendo bebida alcoólica ou utilizando outras substâncias, quando levavam escondido na mochila, sem que os profissionais vissem. Espaço para socializar.

99 Sobre o financiamento dos CAPS, acessar: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 05/01/2020.

Em alguns momentos, conforme descrito nas cenas enunciativas, quando a equipe precisava se reunir para discutir aspectos de organização do serviço e, para isso, precisava fechar a convivência gerava muita repercussão porque não tinham para onde ir, a não ser para os espaços de consumo de drogas, que são, em muitos casos, um dos poucos onde se constrói uma rede de amizades e sociabilidade (YGOR DIEGO DELGADO ALVES, 2017; GABRIEL ROCHA TEIXEIRA MENDES et al, 2020). Acessar diferentes territórios e transitar pela cidade não é possibilidade dada a todos: o preço da passagem, os horários de circulação de transporte público e a própria geografia das periferias e a arquitetura da cidade determina a circulação, restringindo os lugares que se pode acessar, a depender das condições socioeconômicas e das dimensões de gênero e de raça.

Em um dos grupos GAM, já no final de 2017, conversamos exatamente sobre esse assunto: fala-se muito para os frequentadores do CAPS-AD criarem estratégias de ampliação de relações sociais e afetivas, como possibilidade de evitar lugares e situações que produzam gatilhos para situações de uso, mesmo com a possibilidade de circulação tão restritas. Ed, um dos participantes do grupo GAM, nesse sentido, relatou que atualmente não sai de casa para nada e quando sai, vai ao cinema, ao parque e ao teatro, sendo 90% desses passeios organizados pelo próprio CAPS.

Rodrigo nos conta um ótimo relato sobre a importância de considerar a ampliação das relações como possibilidade de cuidado de si, independente do desejo de alguns de parar o consumo de drogas ou não:

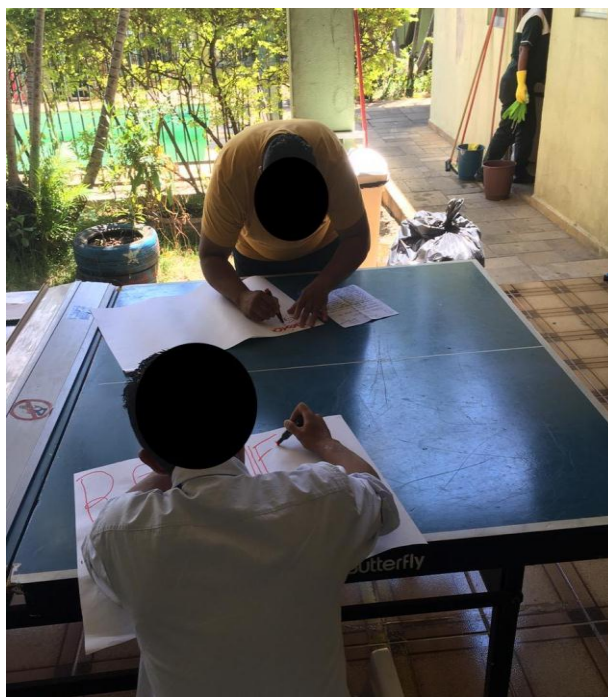
Eu quero curtir, mas quero fazer isso com substâncias que me deixam bem e tenho frequentado outros ambientes para experimentar coisas diferentes. Comecei a curtir páginas no *facebook*, como a da Marcha da Maconha, por que maconha me faz bem. Eu tô conseguindo! Eu saio do trabalho e vou fumar meu baseado indo para outros bairros. Até o estilo de música muda. É outro convívio. Eu fui caminhando até o SESC da Vila Mariana e isso é que é vida. Deixar de lado uma coisa e tentar outras. Esses dias eu fui sozinho na Avenida Afonso Bovero¹⁰⁰ sem conhecer ninguém e fui criando amizades. Sai de lá e não tive vontade de usar cocaína. Só tomei uma cerveja de leve.

Nos grupos GAM fala-se sobre a dificuldade cotidiana de se construir relações, permeadas pela desconfiança e preconceito em relação às pessoas que usam drogas e que a construção de rede não pode ter como único objetivo, embora possa ser uma estratégia, o de evitar o impulso de usar substâncias. Nos grupos foi possível sustentar a escuta de situações de desamparo, como é o caso do Jairo que sinaliza que não consegue conhecer novas pessoas, nem

100 Uma rua com alguns bares com música ao vivo, que fica no bairro de Perdizes, região oeste de São Paulo, conhecida por ser bairro classe média alta.

ir a outros lugares: “não é simples assim” ou, como nos diz Ilton: “estou cansado de sofrer: quando acaba o dinheiro a gente não tem mais amigo”, além de relatarem sofrer preconceito quando dizem para pessoas que estão conhecendo há pouco tempo que fazem tratamento no CAPS, pois muitos consideram os CAPS instituições que cuidam de loucos.

Figura 18: Espaço da convivência e, ao fundo, uma piscina.



Fonte: arquivos pessoais

Para ocupar os leitos da hospitalidade noturna, era preciso estar em situação de crise e/ou situação de risco, a partir da avaliação do profissional de referência em conjunto com a equipe. Nesse sentido, alguns participantes da GAM, ao sinalizarem o desejo/ necessidade em acessar o leito e não conseguirem, ou quando era construída a alta nessa modalidade de atendimento e eles saíam de lá e não tinham para onde ir, sentiam-se injustiçados, construindo versões próprias do que seria estar em crise para conseguir acessar o leito: se gritar mais alto e causar, consegue HN¹⁰¹ aqui.

Situações de crise no CAPS-AD têm estreita relação com a desgarantia de direitos sociais e agravamento das vulnerabilidades sofridas, de modo que a construção da escolha da equipe para a ocupação dos leitos ou mesmo encaminhamento para a Unidade de Acolhimento

101 Abreviação de hospitalidade noturna, ou seja, o direito a ocupar o leito de urgências destinado aos CAPS que são de tipo III, com funcionamento 24h.

(UA), parte de uma série de critérios, muitas vezes subjetivos, a partir do profissional de referência. Entram em análise, para conseguir o acesso à moradia, o modo como a pessoa se comporta no serviço, a rede de apoio e as dimensões singulares das vidas dos sujeitos ou mesmo a composição e o perfil das pessoas que vivem na casa.

Não é raro, nesse sentido, escutar que os CAPS-AD são equipamentos da saúde e não da assistência social, de modo que a garantia da alimentação e moradia não fazem parte de sua atribuição, apesar da intersetorialidade entre saúde e assistência social ser explicitada como algo fundamental em diferentes políticas (BRASIL, 2004a; 2005; 2005a, 2009), mesmo na atual Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2019), ainda que direcionada para o projeto de desmonte da rede de atenção psicossocial, uma vez que sequer é citado o CAPS-AD como equipamento de saúde no cuidado às pessoas que fazem uso de drogas.

Tomar a questão das drogas, desde sua multifatorialidade e complexidade, a partir de uma análise que considere os determinantes sociais na produção dos processos de saúde, implica em compreender que a saúde, sozinha, não consegue abranger essa amplitude:

Por isso os dispositivos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centro POP) e serviços de acolhimento institucional (SAI) possuem grande importância na abordagem à temática, devendo ser incorporados à rede de atenção aos usuários de drogas. Ademais, segundo as políticas na área, não se deve desconsiderar os recursos comunitários, como os grupos de ajuda mútua (GAMs) e entidades socioassistenciais que atuam na assistência a usuários de drogas (PEDRO HENRIQUE ANTUNES DA COSTA; TELMO MOTA RONZANI; FERNANDO ANTONIO BASILE COLUGNATI, 2018)

Foram muitas as cenas em que os participantes do grupo enunciaram que o CAPS-AD era um dos poucos serviços públicos da rede de apoio deles, aspecto que Pedro Henrique Antunes da Costa, Telmo Mota Ronzani e Fernando Antonio Basile Colugnati (2018) chamaram de “CAPSolarização” para nomearem a centralidade do CAPS-AD como dispositivo que regula os serviços assistenciais ao usuário de drogas e do processo de trabalho. Este estudo mapeou todos os serviços da rede socioassistencial do município Juiz de Fora, Minas Gerais, e quantificou as relações entre eles, com a presença e sem a presença do CAPS-AD na rede, no atendimento às pessoas que fazem uso de drogas.

A análise dos dados é interessantíssima pois também sinaliza a diminuição de quase 15% das relações estabelecidas quando o CAPS-AD é retirado do fluxo dos atendimentos, ademais, a trajetória do usuário na rede tende a ser maior, sinalizando demora no acesso às necessidades de saúde das pessoas que usam drogas. Outro analisador importante, que permeou nossa discussão acerca dos efeitos da patologização do uso de drogas, foi em relação aos

encaminhamentos dessas pessoas sem a presença do CAPS-AD na rede: a maioria para serviços especializados, como ambulatórios de saúde mental, a rede hospitalar e de urgência e emergência em detrimento aos dispositivos de base comunitário/territorial (PEDRO HENQUIRE ANTUNES DA COSTA; TELMO MOTA RONZANI; FERNANDO ANTONIO BASILE COLUGNATI, 2018)

Esses aspectos também aparecem nas narrativas dos participantes da GAM, sobretudo na atividade de produção dos ecomapas, conforme sinalizado na cena enunciativa 2, quando os participantes sinalizaram a presença das políticas públicas em suas vidas. Alguns mencionaram a UBS do bairro, outros do CAPS Adulto e raros nomearam serviços da assistência social, mesmo a grande maioria com história de viver nas ruas e/ou com situações socioeconômicas muito difíceis. O CAPS-AD acaba se tornando corresponsável, quase que solitariamente na rede de serviços públicos, pela dimensão clínica, política e afetiva do cuidado das pessoas que fazem uso de drogas no território. Em relação às demais redes, podemos citar as igrejas como atores não-humanos importantes na rede de relações comunitárias.

Figura 19: Atividade do Ecomapa.



Fonte: arquivos pessoais

Figura 20: Atividade do Ecomapa.



Fonte: arquivos pessoais

Para nos ajudar nessa reflexão, a seguir, trago brevemente algumas experiências vivenciadas no intercâmbio de um mês em Barcelona, Porto e Lisboa, oportunizado por meio de um financiamento da própria PUC-SP (Plano de Incentivo à Pesquisa) com o objetivo de auxiliar Grupos e Núcleos de Pesquisa. O intuito da viagem foi o de conhecer a rede de saúde mental e de cuidado às pessoas que fazem uso de drogas, com foco na noção de autonomia, e trocar experiências sobre práticas da GAM - Gestão Autônoma da Medicação que na Catalunha se chama “*Gestión Colaborativa de la Medicación*” (GCE), pesquisa desenvolvida pelos professores Angel Martinez Hernáez (URV), Assumpció Pié Balaguer (UOC) e Mercedes Serrano (Universitat de Barcelona).

Aproveitando a oportunidade de estar em continente europeu, vivenciei durante duas semanas as atividades da rádio Nikosia, projeto autogestionário de pessoas com e sem itinerários medicalizados de sofrimento, como eles se definem. Aproveitei para conhecer a experiência de redução de danos com mulheres sobrevivendo à violência, em Barcelona, chamado *Metzineres*, as ações de redução de danos em Gaia com administração de metadona para consumidores de heroína, o Projeto de Consumo Vigiado em Lisboa, Portugal, onde é possível a aplicação de drogas injetáveis em local protegido e seguro e, por fim, a proposta do *Housing First* de Lisboa.

Todo o diário de campo da viagem foi registrado em formato de blog, para que fosse acessível a todos que quisessem acessá-lo¹⁰². Todo o conteúdo escrito foi enviado para as pessoas que me receberam nos programas supracitados, de modo que as informações foram ajustadas, quando houve necessidade, e validadas pela maioria.

A questão da moradia na produção de autonomia: Quando o grupo NUPLIC - Núcleo de pesquisa em Lógicas Institucionais e Coletivas da PUC-SP¹⁰³, no qual essa pesquisa se vincula, decidiu fazer um evento formativo sobre o tema drogas e autonomia, o eixo moradia estava incluído como uma das pautas fundamentais a ser discutida e contou com a participação de Roberto Tykanori Kinoshita, Denis Recco e Letícia Ferreira Menezes. Nesse sentido, assim que estive em Lisboa, procurei conhecer a proposta do *Housing First*, após entrar em contato com a ONG Crescer¹⁰⁴.

Parece óbvio, mas a proposta, grosso modo, é a de que é preciso comer e dormir antes de qualquer proposta terapêutica: por isso, o nome *Housing first* (morar primeiro). Roberto Tykanori Kinoshita (2020) nos conta que a proposta é originária dos Estados Unidos, a partir da iniciativa do psicólogo Sam Tsemberis da ONG chamada *Pathways Housing*¹⁰⁵, transformando um método de trabalho em política pública de moradia para pessoas em situação de rua. Trata-se de um projeto alternativo a lógica do tratamento em primeiro lugar.

Cristiane Merendeiro, psicóloga responsável pelo projeto do *Housing first* em Lisboa, recebeu a mim e à Lara – que foi aluna do Ricardo Pimentel Mello, coordenador do Núcleo de Estudos sobre Drogas - NUCED da UFC e estava em Portugal realizando estágio extracurricular – com muita disposição. Explicou-nos, com muito cuidado, toda a proposta do *housing first* e o que mais me comoveu em sua fala foi a convicção pelo projeto e a avidez pela afirmação da proposta na produção de autonomia da vida das pessoas que participam do projeto.

Diferentes contextos demandam modos de organização singulares e, no caso de Lisboa, a proposta do projeto tem relação com a história da implementação da política de Redução de Riscos e Minimização dos Danos (RRMD) em Portugal, a partir do crescente consumo de heroína na Europa, na década de 1990. Conta-nos Cristiane que Lisboa era a cidade com o maior local de consumo de heroína do continente, concentrado em um bairro chamado "Casal Ventoso".

102 Para acessar o blog: <<http://pesquisandoautonomia.blogspot.com>>. Acesso em 08/01/2021.

103 Coordenado pela professora Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin.

104 Disponível em: <<https://crescer.org/projetos/e-uma-casa/>>. Acesso em: 12/01/2021.

105 Para mais informações: <<https://pathwaystohousingpa.org>> Acesso em 06/01/2021.

Circulavam, em média, de 5 mil pessoas ao dia para consumirem heroína e outras drogas¹⁰⁶. Dentro dessa lógica, praticamente todo o bairro, direta ou indiretamente, passou a viver da economia local produzida pelo tráfico de drogas: “e o fluxo de pessoas usando drogas a céu aberto e as moradias improvisadas eram literalmente visíveis para todos que passavam pela Ponte 25 de abril para deslocar-se para o norte ou para o sul do país” (CLEYTON EZEQUIEL DOS SANTOS, 2017, p. 107).

Figura 21: Bairro Casal Ventoso na década de 1990



Fonte: Reportagem do diário de notícia¹⁰⁷.

Um dos poucos locais de cuidado às pessoas que utilizavam drogas, vinculados à saúde, era o Centro de Taipas, que passou a receber situações de saúde degradantes em relação às morbidades associadas ao uso de heroína injetável (CLEYTON EZEQUIEL DOS SANTOS, 2017). Além dos aspectos vinculados à saúde, a questão do uso de heroína tornou-se um problema social grave, a partir da noção de risco (SIMÃO PEDRO MATA, 2020) que imbricou

106 Em relação ao bairro do Casal Ventoso: “Essas práticas iniciaram-se com a comercialização de liamba e haxixe em finais dos anos 70 do século XX e evoluíram, desde o início dos anos 80 até ao final dos anos 90, para o mercado de heroína e cocaína” (SIMÃO PEDRO MATA, 2020, p. 64)

107 Disponível em: <https://www.dn.pt/pais/casal-ventoso-nao-basta-deitar-um-bairro-abaixo-para-a-droga-desaparecer-10518919.html>. Acesso em 06/01/2021.

a narrativa midiática associando o que se chamou de toxicodependente de rua ao aumento da criminalidade (*Ibidem*), com o período de contaminação do HIV/AIDS, também pelo compartilhamento de seringas (CLEYTON EZEQUIEL DOS SANTOS, 2017), demandando as primeiras respostas de redução de riscos com a troca de seringas e kits de prevenção, assim como estava acontecendo em diferentes lugares do mundo. Com a implementação das ações RRMD enquanto medida de política pública, sobretudo de saúde, atuando junto às pessoas consumidoras de drogas, sem a pretensão de fazê-las interromper o uso, verificou-se melhoria nos indicadores de saúde. Outra medida implementada foi a demolição das casas de uso do bairro do Casal Ventosa, as pessoas que lá viviam foram realocadas para condomínios residenciais populares¹⁰⁸.

Todos esses aspectos foram importantes, somados à pressão da sociedade para que o governo português desse respostas à questão das drogas¹⁰⁹, na promulgação de duas leis fundamentais para que as ações de RRMD tornassem políticas públicas e se consolidassem até hoje: o foco nas medidas sanitárias com garantia de direitos para as pessoas consumidoras de drogas e descriminalização do uso. De acordo com as informações do SICAD – Serviços de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, vinculado ao Sistema Nacional de Saúde Português¹¹⁰, é partir da lei nº. 30 de 2000, que é garantida a proteção sanitária e social para as pessoas que consomem drogas sem prescrição médica e a lei nº. 130-A de 2001 deixou de considerar crime o consumo de droga, a aquisição e a posse para consumo próprio.

Nesse sentido, as ações implementadas pelo SICAD nesse campo, passaram a incluir eixos de prevenção, tratamento, RRMD – assumida como princípio fundamental no conjunto de ações –, reinserção social – é nesse eixo que a política do *Lisboa Housing First* entra – e dissuasão – em contraposição à criminalização –, potenciando a responsabilização pessoal através da “aplicação de medidas sancionatórias à população consumidora, em alternativa a medidas que na sua essência são consideradas mais punitivas”¹¹¹, a partir de equipes multiprofissionais que, em tese, não cumprem função de vigilância mas de possibilidade de

108 De acordo com o relato de Cristiane, essa realocação foi bastante tensionada: pelo contrário, apesar do trabalho social e comunitário feito com a população, muitas famílias tinham vínculos familiares, afetivos e de trabalho nesse território. Algumas reportagens portuguesas que li a respeito dizem que a demolição não interrompeu o fluxo de uso de drogas: afinal, as pessoas migraram para outras regiões de Lisboa, como era de se esperar.

109 Diz que Cristiane que há um aspecto importante que impulsionou esse conjunto de medidas político-sanitárias, mas que não aparece na história oficial: o fato de que muitas famílias influentes politicamente tinham parentes que faziam uso de heroína e morriam de overdose. A questão do uso de drogas atravessava, e ainda atravessa, diferentes camadas sociais: a diferença, no caso brasileiro, é seletividade penal racializada.

110 Para mais informações, acessar: <<http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>>. Acesso em: 07/01/2021.

111 Página oficial do SICAD, disponível em: <<http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>>. Acesso em: 07/01/2021.

construir uma proposta terapêutica a partir da relação entre o consumir com seu consumo (CARLOS POIARES, 2000). Lembrando que descriminalizar o uso não é mesmo que a legalizar as drogas e, nesse sentido, há muito caminho para se percorrer.

Outro aspecto fundamental a se mencionar: embora vinculado ao Sistema Nacional de Saúde, a questão das drogas não está vinculada à saúde mental e esse aspecto é importantíssimo de se mencionar: de acordo com Cristiane há uma militância dos trabalhadores para que a questão de drogas não vá parar no campo da Saúde Mental pelo risco de patologização e medicalização dos consumidores de drogas, além da desarticulação socioassistencial.

O *Housing first* em Lisboa segue todos os passos da metodologia do *Housing first* que teve origem em Nova Iorque, Estados Unidos, e é amplamente executado em diferentes países europeus, como França, Espanha e Finlândia, bem como no Canadá.

Figura 22: Imagem do programa “É uma casa”.



Fonte: site da ONG Crescer

A principal prerrogativa é construir estratégias para que as pessoas em situação de rua crônico, ou seja, pessoas que já estão há tempos vivendo nas ruas, sem conseguirem se inserir em programas de abrigos temporários, nem em casas transitórias, como quartos, cortiços ou pensões, consigam ter mais autonomia para saírem dessa condição e o primeiro passo é ter uma casa.

Bem, é importante dizer que não podemos correlacionar a situação de rua com o consumo de drogas. Entretanto, a estratégia do *Housing First* mostrou resultados positivos relacionados ao problema de uso de álcool e outras drogas em comparação às abordagens mais tradicionais que priorizam o tratamento (*Treatment First*) (ROBERTO TYKANORI KINOSHITA, 2020). Em estudo comparativo na cidade de Nova Iorque, verificou-se a diminuição do uso de drogas, diminuição no uso de serviços especializados às pessoas que fazem uso de drogas e maior aderência ao programa. A justificativa dos entrevistados que abandonaram o programa era para se juntarem a suas famílias em outras cidades (DEBORAH K. PADEGETT et al., 2011). Em outra pesquisa, na mesma cidade, Deborah K. Padgett; Leyla Gulcur e Sam Tsemberis (2006) discutiram a inclusão, a permanência e eficácia de programas cujo foco era o tratamento (*Treatment First*) em relação ao *Housing First*, para pessoas com histórico de estarem em situação de rua e com “transtornos psiquiátricos”¹¹². Uso de álcool e outras drogas, apesar de não ser critério para a participação desse estudo, foi relatado em 90% dos participantes.

Os resultados desse estudo são interessantíssimos e nos implica questionar e redimensionar as práticas de cuidado no campo AD. O primeiro aspecto identificado foi que o requisito de sobriedade não foi cumprido pela maioria das pessoas que está vinculada a programas com foco no tratamento. Ou seja: tais restrições são insuficientes para que as pessoas, cuja necessidade é a moradia, se mantenham abstinentes, mesmo que o uso de substâncias tenha sido subnotificado por ambos os grupos.

Ademais, os indivíduos com doenças mentais graves e problemas com uso de substâncias não precisam se submeter a tratamento obrigatórios para poderem viver de maneira independente na comunidade. Foi observado que os programas que priorizaram moradia e redução de danos não tiveram aumento no uso de substâncias, mesmo este não sendo um critério para permanência ou não no programa. Com esses aspectos, o estudo conclui que o pressuposto de que problemas de saúde mental e ausência de moradia só podem ser sanados desde que as pessoas que utilizam drogas estejam abstinentes e sóbrias não se sustenta:

Indeed, engagement and retention may be far more effective when clients who are dually diagnosed are able to actively participate in their own treatment decisions. Yet long-held beliefs are difficult to change. Research has shown that consumers who are dually diagnosed and homeless prefer independent living while clinicians recommend supervised congregate housing (Schutt, Weinstein, & Penk, 2005; Watkins et al.,

112 O critério para determinar a condição de agravo na saúde mental foi o autorreferenciamento (DEBORAH K. PADGETT; LEYLA GULCUR; SAM TSEMBERIS, 2006)

1999). (DEBORAH K. PADGETT; LEYLA GULCUR; SAM TSEMBERIS, 2006, p. 81)¹¹³

No mesmo direcionamento que os estudos apontaram, Cristiane do *Housing First* de Lisboa, sinaliza o método do programa: em contraposição a modelos de tratamento que se amparam por estratégias que levem em conta o mérito e o comportamento das pessoas para acessarem programas de moradia, o *Housing First* de Lisboa começou com 7 pessoas que a maioria dos técnicos mais desacreditavam. Eram os casos "que ninguém achava que conseguiríamos", nas palavras dela.

Há cerca de 40 pessoas no programa hoje e cada uma delas tem um apartamento alugado em diferentes locais da cidade que elas mesmas podem escolher. Vejam: a ideia não é só fornecer um teto para morarem. É criar lar e pertença e, para isso, as pessoas podem escolher onde querem morar a partir de critérios singulares, dentro do orçamento possível do projeto. Outro ponto: elas não moram todas no mesmo local de modo a produzir institucionalização. A dispersão na cidade tem por objeto descaracterizar as casas como espaços das pessoas do projeto para serem lares.

Na aproximação com essa metodologia, o programa “De Braços Abertos”, experimentado pela prefeitura de São Paulo, de 2014 até meados de 2017, que articulava moradia, renda e redução de danos, teve impacto positivo na vida de 90% dos beneficiários, sobretudo em relação a direitos mínimos assegurados, de acordo com pesquisa independente realizada pela Plataforma Brasileira de Política de Drogas¹¹⁴.

Entretanto, um dos aspectos mencionados pelos próprios beneficiários nesta pesquisa, assim como discutido na dissertação de mestrado de Lilian Breschigliaro França de Oliveira (2019), havia dificuldades em relação às pactuações entre as instituições que fizeram a gestão do projeto, as organizações sociais de saúde, com os proprietários dos hotéis onde haviam sido locados os quartos do programa; precariedades, como alguns chuveiros que só funcionavam com água fria, mesmo no inverno, de acordo com relatos de trabalhadores que conheci pessoalmente; sem possibilidade de levar pessoas dentro do hotel e diversas outras dimensões

113 Tradução minha: “Certamente, o envolvimento e a retenção podem ser muito mais eficazes quando os clientes com diagnóstico duplo são capazes de participarem ativamente de suas próprias decisões em relação ao tratamento. No entanto, crenças antigas são difíceis de mudar. A pesquisa mostrou que os consumidores com diagnóstico duplo e sem-teto preferem uma vida independente, enquanto os médicos clínicos recomendam moradias coletivas supervisionadas (Schutt, Weinstein, & Penk, 2005; Watkins et al., 1999)”. (DEBORAH K. PADGETT; LEYLA GULCUR; SAM TSEMBERIS, 2006, p. 81).

114 Documento disponível em: <<http://fileserv.idpc.net/library/PESQUISA%20DE%20BRAÇOS%20ABERTOS.pdf>>. Acesso em 08/01/2021.

bastante diferentes da proposta do *Housing First*, a partir de uma aposta radical na autonomia das pessoas.

Ainda assim, o DBA possibilitou mudanças afetivas, econômicas, familiares e na relação dos usuários com o consumo. Múltiplas performances de autonomia estão narradas no trabalho de Lilian Breschigliaro França de Oliveira (2019) que partem da necessidade em habitar e da possibilidade de transitar em territórios físicos e existenciais. Como afirmou Ricardo Pimentel Mélo (2020), é preciso investir em propostas que impulsionem o autocuidado, entretanto, também o cuidado solidário e os modos de potencializar a vida, em vez de torná-la cadeia de sofrimento (p. 122).

Outra aposta importante na importância da moradia para as pessoas que fazem uso de drogas foi a criação da Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) pelo Ministério da Saúde e da Secretaria de Políticas sobre Drogas (SENAD) em 2011, na tentativa de condensar um único modelo de serviço residencial para esse público (DENIS WILSON RECCO; MARCOS MUNIZ DE SOUZA; THAIS CASSIANO BEIRAL, 2020). O que difere as UAAs do programa DBA, é a necessidade da primeira em o usuário estar vinculado ao CAPS-AD e também o tempo de permanência no projeto. Essa vinculação, embora potente na construção e acompanhamento do projeto terapêutico singular do participante pode fazer com que “se criem regras próprias para acesso ao direito à moradia, correndo-se o risco de também exercer um processo meritocrático de acesso ao morar com dignidade” (DENIS WILSON RECCO; MARCOS MUNIZ DE SOUZA; THAIS CASSIANO BEIRAL, 2020, p. 163). O DBA, assim como o *Housing First*, é considerado um serviço de baixa exigência em relação à porta de entrada.

As políticas públicas específicas para as pessoas em situação de rua insistem nas práticas de assistência homogeneizantes, massificadoras e segregacionistas, apesar da Política Nacional de inclusão social da população em situação de rua (BRASIL, 2008) direcionar para reestruturação a partir da heterogeneidade e diversidade das pessoas. É o que vemos em muitos albergues geridos por instituições religiosas em São Paulo. Trâmites e burocracias para as pessoas estarem, entre elas, a necessidade de entrar no abrigo no horário que muitas pessoas que trabalham não conseguem chegar e acrescenta-se o fato de não poder entrar pessoas que tiverem feito uso de drogas. Falta de espaço para as pessoas guardarem seus pertences e ausência de canil para abrigarem seus animais de estimação – e sabemos da importância desse tipo de produção afetiva, nesse contexto –, assim como tentativa de inserção no mercado de trabalho sem considerar desejos e habilidades.

Quando iniciei a pesquisa de doutorado, em 2017, participei de uma Reunião do Fórum de Redução de Danos e Direitos Humanos da Zona Norte¹¹⁵ no equipamento de acolhimento institucional para pessoas em situação de rua chamado Zaki Narchi, que fica na região de Santana e acolhe cerca de 500 pessoas: 400 no período da noite e 100 também durante o dia. Entre os relatos dos profissionais e beneficiários, chamou-me a atenção a fala de um senhor que foi encaminhado a uma frente de trabalho do recém implementado programa intitulado Trabalho Novo¹¹⁶ da prefeitura de São Paulo, em parceria com a ONG Rede Cidadã. Ele dizia que foi encaminhado ao serviço de chapeiro de uma rede de lanchonetes famosa. Não perguntaram nada a ele, somente encaminharam e os profissionais da instituição de acolhimento, que acompanhavam os beneficiários, não foram consultados. Quando chegou ao local de trabalho, sentiu seu rosto derreter em frente à chapa, pois já havia sofrido um acidente e tinha partes de metal em seu rosto, após procedimento cirúrgico. Por isso, precisou abandonar o trabalho, teve o valor do uniforme descontado dos poucos dias de trabalho e foi para o final da fila para tentar se recolocar.

Na experiência do *Housing First* de Lisboa, conta Cristiane que o financiamento dos apartamentos é custeado quase integralmente com dinheiro público. Uma pessoa custa ao programa 21 euros por dia, sendo que 19 euros são provenientes de verba pública e os outros 2 euros custeados pela ONG Crescer.

Para garantir sustentabilidade ao projeto e como estratégia de inserir as pessoas no mercado de trabalho, há um restaurante chamado “É um restaurante” gerenciado pela instituição onde as pessoas que fazem parte do programa são treinadas, formadas e inseridas no trabalho por um ano.

Elas trabalham no turno que for possível para elas e **recebem o justo por isso**, o mesmo que qualquer pessoa receberia por um trabalho de meio período, por exemplo. As pessoas se formam, se capacitam, trabalham e, portanto, conseguem ter tempo de experiência no currículo para buscarem emprego na área, posteriormente. Eles também criam parcerias com outras instituições para conseguirem inserção em empregos de baixa limiar, como eles chamam. Ou seja, mais flexíveis.

115 Fórum que acabou se enfraquecendo, após a saída do então prefeito, Fernando Haddad, para a entrada de João Dória. Muitos trabalhadores, nesse momento de transição, relatam perseguição e falta de apoio em relação ao remanejamento da agenda nos serviços para participarem dos fóruns.

116 Para acessar o site do programa: <https://www.redecidada.org.br/empregb-geracao/trabalho-novo/>. Acesso em 08/01/2021

Figura 23: Restaurante gerido pela ONG Crescer e em um bairro turístico de Lisboa.



Fonte: Google

Outro pressuposto do projeto original, amplamente estudado e validado, é que todas as pessoas que estão no projeto custeiam com 30% de seus salários para o pagamento das despesas de moradia. Esse é um valor que todas as pessoas, em média, gastam para prover esses gastos. Se a pessoa não recebe nada ela não contribui com nada e participa do projeto do mesmo modo. Se ela passa a receber €600, por exemplo, isso significa que €180 serão repassados para a instituição para cobrir os gastos com moradia e alimentação. Outra exigência para estar no projeto é que os beneficiários aceitem a visita dos profissionais para acompanhamento 6 vezes no mês.

O que me chama atenção aqui é que não há nenhuma estratégia que não seja ancorada na realidade material digna para se viver: nem os salários pagos pelo projeto são fictícios – como ajudas de custo, no caso do DBA–, nem o valor a ser repassado é irreal em relação ao custo que temos para viver nas cidades. Aos poucos, as pessoas vão se fortalecendo e conseguindo construir autonomia na condução de sua própria vida, muito embora dentro de um sistema que monetiza as relações.

Esse modelo é mais eficaz e inclusive mais econômico, de acordo com Cristiane, porque o governo não precisa gastar dinheiro com grandes estruturas que retroalimentam a volta das pessoas às ruas, pela não adaptação às regras enrijecidas. Ademais, partem do pressuposto que a vida na rua produz diversos traumas pelas violências e privações vividas e, por isso, respeitar o tempo de cada um é fundamental. Nesse sentido, não há tempo para que a pessoa esteja inserida e saia do projeto, por exemplo. Nem há exigência de um trabalho em período

integral, tampouco a necessidade abstinência do uso de drogas. A prefeitura de Lisboa criou uma meta, junto com a ONG Crescer, que até 2023 serão 400 pessoas inseridas no programa o que acabaria com a situação crônica de pessoas em situação de rua na cidade e, com efeito, atuaria junto no fortalecimento das ações de RRMD para pessoas que fazem uso de drogas.

Estamos falando de uma perspectiva antes da pandemia do coronavírus e de uma cidade europeia que, ainda que vive recessão econômica, não se compara em termos de desigualdade social e econômica com o Brasil, que tem, estimadamente, 221.869 pessoas em situação de rua, em março de 2020, de acordo com IPEA (2020)¹¹⁷.

Com esse debate, no que tange pensar as múltiplas práticas de autonomia, é importante inspirarmo-nos em iniciativas que, embora não possam ser transpostas, nos dão pistas, em como conduzir, tanto a construção de políticas públicas, quanto em relação à micropolítica do cuidado. É indubitável a necessidade de inverter a lógica meritocrática do cuidado ampliando o acesso com baixa exigência. Trabalho, território e moradia são os três grandes eixos no cuidado em saúde mental (ANTONIO LANCETTI E PAULO AMARANTE, 2006) os quais, no campo das drogas, precisam ir além do escopo das políticas de saúde mental e afirmarem-se como pauta transversal das políticas públicas.

Roberto Tykanori Kinoshita (1998) nos lembra que o cuidado em saúde mental precisa estar permeado por três dimensões de contratualidades: a dos afetos, a de mensagens (possibilidade de comunicação) e de bens. Reabilitar, de acordo com o autor, é restituir esse poder contratual do usuário com vistas a ampliação de autonomia. Garantir bens no sentido de viabilizar materialmente o viver é ponto chave. Benedetto Saraceno (2011) aponta para a centralidade da cidadania no cuidado em saúde mental, não como simples aceitação da diversidade, mas como exercício constante de afirmação de direitos, entre eles: trabalho, renda, moradia e alimentação, conforme vimos neste subcapítulo. Essa dimensão da autonomia, portanto, que se efetiva por meio da garantia dos direitos sociais é fundamental, sobretudo quando falamos em territórios marcados pela pobreza e pela falta.

É preciso uma ampla mudança nas dimensões societárias e econômicas que priorizem a comunalidade do viver, sendo mais amplo que reivindicações por um Estado de Direito. Jacques Rancière (2014), nesse sentido, é categórico ao dizer que não existe sistema democrático em sociedades neoliberais, isso porque a democracia está aquém e além do Estado. Aquém porque não alcança os princípios igualitários – uma vez que não há cálculo possível entre o limite dos direitos em relação ao ilimitado da acumulação de riqueza – e além, porque contaria a tendência

117 Foram levantados dados de pessoas cadastradas no Cadastro Único e informadas pelo Censo SUAS.

de todo Estado em monopolizar e despolitizar a esfera comum. Para o autor, portanto, vivemos em Estados oligárquicos de direitos, mais ou menos democráticos.

Nesse sentido, um dos efeitos dessa concepção de democracia que se produz pelo desejo de manutenção constante do poder, é uma cultura de consenso que, nas palavras do autor, “repudia conflitos antigos, habitua a objetivar sem paixão os problemas de curto e longo prazo que as sociedades encontram e discuti-las com os representantes qualificados dos grandes interesses sociais” (*Ibidem* p. 96).

Seguindo o raciocínio de Rancière (1996, 2004), a lógica consensual dessa democracia de mercado meritocrático, tenta distribuir os corpos no espaço, permitindo maior ou menor visibilidade ou, até mesmo, invisibilidade a partir da concordância e homogeneização dos modos de ser, os modos de fazer e os modos de dizer. Mas há outra lógica, que estamos empreitando neste trabalho, que rompe com essa suposta harmonia pelo fato de atualizar constantemente a contingência da igualdade de quaisquer seres viventes. Igualdade é recolocada, pelo autor, em ato: não é universal e não pode ser feita desse modo. Democracia, nesse sentido, é o ato constante e contínuo de verificação da igualdade.

Assim, garantir direitos é fundamental, pois sabemos que o Brasil impõe desafios importantes – diferentes das análises de países europeus –, mas ainda é parte de um processo mais amplo que permita pensarmos em autonomia pelo comum, com as diferenças, com dissensos e com a força das vozes dos que não têm direito de ser contados como seres falantes (JACQUES RANCIÈRE, 1996).

Nunca foi tão importante falar sobre isso.

6.6 Produzir o comum em mundo com as drogas: autonomia na afirmação dos diferentes modos de vida.

“Não somos uma ilha”.
Luís, participante da GAM

“Autonomia é ter coragem de cuidar de si mesmo”
Jairo, participante da GAM

Algumas pistas, que partiram das situações narradas pelos participantes da GAM, foram analisadas nos itens anteriores: a primeira focalizou os processos de medicamentação em relação à pessoa que faz uso de drogas, e seus efeitos heterônomos, iatrogênicos e necropolíticos

na vida dessas pessoas. Sinalizamos, também, a possibilidade de relações agonísticas em relação à prescrição de drogas com vistas a ampliação da qualidade de vida e a importância das relações de cuidado artesanais nos CAPS, a partir das singularidades. Com isso, faz-se necessário desburocratizar as práticas, com vistas à possibilidade de criação de novos modos de ser e estar nos serviços. A segunda pista versou sobre a patologização do usuário de droga - na intersecção com a lógica criminal - e a necessidade de propostas de cuidado que componham com campo da saúde mental com vista à ampliação da garantia de direitos - este como aspecto apontado como um vetor de autonomia importante derivados dos grupos GAM (EDUARDO PASSOS et al, 2013; LAURA LAMOS MARTINS GONÇALVES; ROSANA ONOCKO-CAMPOS, 2017) - bem como a importância da descriminalização do uso de drogas.

Os grupos GAM possibilitam o compartilhamento de muitas histórias que nos sinalizaram a importância de situarmos a questão do uso de drogas pelas diferenças e não pelos lugares comuns que a justiça criminal, a medicina, a psicologia e muitos outros campos de saber normativos o coloca. Os diferentes modos de vida tensionam os grupos GAM, os trabalhadores, o serviço e a rede de saúde porque produzem planos de visibilidades à diversidade de situações que escapam às lógicas de cuidado na rede. Há muitos nós que precisam ser criados nela e é por essa necessidade de se tecer conexões que se produz plasticidade nos serviços diante do que é singular.

Também por isso, os grupos da GAM no CAPS-AD são muito intensos e também intensivos, na perspectiva deleuziana, pois “geram potenciais que fazem as regiões estáveis entrarem em desorganização, embaralhando afetos e a solidez dos territórios supostamente estabilizados” (REGINA MARIA SANTOS DIAS, 2019, p. 228). Sem pretender, nesse momento, tratar do plano intensivo em sua complexidade teórica, cabe apontar que ele se produz por meio de elementos heterogêneos e compõe o processo de individuação, pela multiplicidade e singularização (GILLES DELEUZE, 2018).

As situações narradas, quase sempre muito delicadas, enunciam inúmeras violências de Estado, mortes e desgarantia de direitos. Por isso, esses aspectos - que nos doem como corpo coletivo da GAM e nos faz mobilizar incômodos nos grupos - sobressaltaram as dimensões heterônomas das práticas biopolíticas e, também, necropolíticas, além de nos chamar atenção para os efeitos destas no cuidado. E esse é um aspecto importante para pensarmos, nesse momento, em autonomia: diante desses quase três anos de grupo, compartilhamos muitas histórias que desafiam as medidas normativas do viver saudável, contestam as razões e as relações de poder e vão produzindo narrativas de recusa à realidade posta.

Quando Tobias, que era um homem negro, gay e estava em situação de rua desde os nove anos, diz que “quem é dono da vida somos nós mesmos e quem vai dar alguma gestão autônoma somos nós mesmos”, não é o mesmo que afirmar que ser autônomo é conseguir dar conta das dimensões da vida sozinho. Trata-se de um paradoxo que, por um lado, diz das dificuldades de acessar serviços e direitos. Mas por outro, diz de uma autonomia que não se recebe de alguém, se constrói e, nesse sentido, não se constrói sozinho.

Diante das falas de Tobias e de outros participantes, mesmo as mais difíceis de dizer e escutar, conseguimos enquanto grupo sustentar. Foi possível, assim, compartilhar estratégias e composições coletivas, afirmando que a gestão autônoma da vida se faz coletivamente, ao passo que se configura sempre singular, a partir de *uma vida*, que é:

Imanência da imanência, a imanência absoluta: ela é potência completa, beatitude completa [...] vida imanente que transporta os acontecimentos ou singularidades que não fazem mais do que se atualizar nos sujeitos e nos objetos” (GILLES DELEUZE, 2002, p. 12;14).

Com isso, tomamos autonomia pela sua singularização e não pelo individualismo. E essa diferença é importante. Vejamos.

A ideia de que somos empresários de nós mesmos, produzindo um falso entendimento de que isso é ser autônomo, tem sido bastante difundida e capilarizada. Esta concepção é analisada de modos distintos por diferentes autores (MICHEL FOUCAULT, 2005; 2008, GILLES DELEUZE; FELIX GUATTARI, 2011, BYUNG-CHUL HAN, 2015; PIERRE DARDOT; CHRISTIAN LAVAL, 2017; MAURIZIO LAZZARATO, 2017) mas há convergência no entendimento em relação ao seu uso, como estratégia de gestão da vida pelo mercado, de modo que a produção de subjetividade se atrela à economia e cujo produto é o sujeito empreendedor. Esse processo de tornar-se empresário de si, de modo a garantir pessoas que governem a si mesmas, dentro do que se estabelece como normal, se dá desde a tenra infância, com métodos de aprendizagem que tem por objetivo tornar a criança eficiente para passar nos vestibulares, ao trabalhador que almeja ascensão ininterrupta na carreira ou mesmo no modo de se lidar com a precarização das relações de trabalho, a partir do fenômeno da “uberização” (RICARDO ANTUNES, 2020) de diferentes segmentos.

A noção parte da produção sobre biopolítica em Michel Foucault (2005, 2008b) a partir do investimento do Estado nas estratégias de controle da vida: selecionando, segregando, padronizando e excluindo por meio de parâmetros normativos, derivados das relações de saber, com efeito de poder, no entrelaçamento entre biologia, saúde pública e ciências econômicas. Entretanto, é a partir de seus estudos sobre o cuidado de si que o tema da governamentalidade

emerge em sua relação com o liberalismo, transformando o indivíduo em empresário de si. Isso porque, conforme discute Peter Pál Pelbart (2016) o poder, nesse momento, é pensado como ação sobre uma ação, colocando o sujeito, a partir da relação de si, no centro: “o poder tem, como contrapartida ou como condição de possibilidade, a liberdade dos sujeitos [...] a relação a si é o meio através do qual no governo pode operar” (p. 257).

Seguindo esse diálogo, a governamentalidade em sociedades neoliberais tem produzido, conforme nos alerta Nikolas Rose (2011), estratégias de governo que tem por objetivo constituir cidadãos democraticamente alinhados à sua lógica e, nesse sentido, não se trata de prescindir da participação destes, como em sociedades autoritárias, mas de incluí-los desde as motivações e interpelações do Estado. Assim:

A perspectiva de governo chama a nossa atenção para todos os numerosos programas, propostas e políticas que têm tentado moldar a conduta de indivíduos – não somente controlar, subjugar, disciplinar, normalizar ou reformá-los, mas também torná-los mais inteligentes, sábios, felizes, virtuosos, saudáveis, produtivos, dóceis, empreendedores, satisfeitos, cheios de autoestima, dotados de poder, ou o que quer que seja. Ela nos ajuda a nos libertarmos da visão profundamente enganadora de que devemos entender as práticas de normatividade que têm modelado nosso presente em termos do aparato político do Estado (NIKOLAS ROSE, 2011, p. 25).

Para Maurizio Lazzarato (2017), trata-se de uma estratégia de poder que agrega a economia política com a genealogia da moral no capitalismo contemporâneo, cujo objetivo é o controle dos modos de vida e produção de subjetividades assujeitadas: esta não como ponto de partida, mas como resultado e ponto de chegada do capital em sua forma “mundial e integrada”, conforme sinaliza Gilles Deleuze e Felix Guattari (2011).

Este maquinismo capitalístico funciona por meio de vetores de subjetivação e focos de enunciação que sugerem, solicitam e priorizam certas ações do mesmo modo que vetam e impedem determinados pensamentos e afetos, agindo sempre no interior de um agenciamento e de um coletivo (MAURIZIO LAZZARATO, 2017). O controle da subjetividade se dá por meio de dois dispositivos diferentes que se relacionam: sujeição social e dessubjetivação. No primeiro, tenta-se fixar os sujeitos em determinadas dimensões identitárias – sexo, profissão, nacionalidade, raça –. No segundo, o objetivo é tornar o sujeito em máquina: ele é, antes de tudo, fonte de informação para a engrenagem do sistema capitalista, na era da pós-verdade e dos algoritmos. Nessa lógica, o produto dessas duas estratégias é o sujeito responsável por si mesmo e suas próprias ações e comportamentos: o “sujeito livre” e empreendedor de si que “escolhe a maneira soberana em meio a uma panóplia infinita de mercadoria” (*Ibidem*, 2017, p.172).

Essa noção se assemelha e, de algum modo, complementa a ideia de que deixar de usar drogas é uma questão de força de vontade: basta querer. Parar de usar drogas ou ser uma pessoa de sucesso na carreira, ambas pela individualidade, não incluem os muitos agenciamentos existentes na produção da vida e do trabalho e que não são pré-determinados. Traça-se uma rota sem considerar os acontecimentos¹¹⁸, e, assim, mimetiza a pessoa que consome drogas a um conjunto de respostas predeterminadas que levariam à abstinência do consumo, sempre extrínseca aos modos de vida do sujeito e suas dimensões singulares.

São exemplos disso: seguir os doze passos sem poder contorná-los, nas experiências de grupos de apoio; medicar-se, assim como frequentar espaços religiosos –sejam eles quais forem – almejando salvação e livramento. Vejam: a crítica, aqui, não se faz às estratégias de que cada um se vale para cuidar de si. Mas em tomar as estratégias em sua normatividade que classifica e direciona a partir de métricas próprias, em uma relação servil de constante obediência. Isso é o que Michel Foucault (2008b) chamou de poder pastoral.

Este é um poder de governo da vida diferente do poder político, pois governa-se pelas condutas, introduzido pela igreja cristã¹¹⁹. O poder pastoral, sinaliza Foucault, se manifesta pelo zelo e pela dedicação do pastor em relação ao seu rebanho, mais no sentido de vigilância “do que pode ser feito de errado, mas principalmente como vigilância pelo que pode acontecer de nefasto” (*Ibidem*, 171).

Peter Pál Pelbart (2016), traçando um paralelo entre as diferentes obras de Foucault acerca do tema de si, nos lembra que o poder pastoral visa a humilhação, obediência, desapego e uma destruição da forma do si, subordinado à figura do pastor. Quando Foucault se dedica a estudar os gregos, como estratégia de compreender os dispositivos de sexualidade à parte da repressão do cristianismo, encontra nos estoicos a técnica de si relacionado a um certo domínio de si, a partir de diferentes estratégias.

Decantando um pouco mais o conceito, para Michel Foucault (1985), o cuidado de si pode ser compreendido como uma ética do sujeito consigo mesmo a partir das chamadas técnicas de si¹²⁰ tais como: “operações sobre seus corpos e suas almas, seus pensamentos, suas

118 Voltaremos nessa noção.

119 Foi a igreja cristã que coagulou todos esses temas de poder pastoral em mecanismos precisos e em instituições definidas, foi ela que realmente organizou um poder pastoral ao mesmo tempo específico e autônomo, foi ela que implantou seus dispositivos no interior do Império Romano e que organizou, no coração do Império Romano, um tipo de poder que, creio eu, nenhuma outra civilização havia conhecido (MICHEL FOUCAULT, 2008b, p. 174)

120 Importante mencionar que Foucault (1985) discute, ao longo de sua obra, quatro técnicas no quais os indivíduos operam saberes sobre si mesmo: a) as técnicas de produção (produzir, transformar e manipular objetos); b) as técnicas de sistemas de signos, sentidos, símbolos e significação; c) a técnicas de poder (objetivando o sujeito) e d) as técnicas de si, conforme discutido acima. Para o autor é raro essas técnicas operarem separadamente, mesmo estando em formas de dominação/ momentos distintos.

condutas, seus modos de ser, de transformarem-se a fim de atender um certo estado de felicidade, de pureza, de sabedoria, de perfeição ou imortalidade” (*Ibidem*, 1985, p.2). O cuidar de si, embora possa apresentar uma noção equivocada de práticas ou ações individualistas ou egoístas, “não constitui um exercício de solidão, mas sim uma verdadeira prática social” (*Ibidem*, 1985, p.57) a partir de “saberes e práticas voltados para a construção do lugar do eu e do outro” no viver em sociedade (JOSÉ RICARDO AYRES, 2004, p.79). Trata-se de um princípio da gestão de si por meio de diversas técnicas, através de cartas, diários, meditações, jejuns, entre outros, com a perspectiva de criar cuidados permanentes de si, ser médico de si, visando a condução de um viver melhor e de uma bela vida (MÁRCIO FONSECA, 2016).

Há, também, nas práticas do cuidado de si e dos outros, algo que gostaríamos de sinalizar que é exercício da *parresía*, que do grego, significa coragem de dizer a verdade”, “falar livremente”, “dizer tudo” e (MICHEL FOUCAULT, 2014) e que, diferente da retórica, se produz em meio a um pacto de quem assume o risco de dizer a verdade em relação àquele que aceita ouvi-la. Trata-se de um fala franca, sem dissimulação ou retóricas que a máscara, em que o outro não é a mero espectador, mas alguém cujo vínculo permite a produção dessa interlocução.

O sentido do cuidado de si irá deslocar-se com o cristianismo, deixando de ser uma tecnologia de cuidado consigo e adquire uma função auto vigilante e autopunitiva do dizer-verdadeiro a um confessor, pelo poder pastoral, conforme já discutimos (MICHEL FOUCAULT, 2004). Posteriormente, com o advento do nascimento da clínica – momento em que emerge uma nova racionalidade médico-científica cujo foco é a doença (MICHEL FOUCAULT, 2008b), vê-se outro deslocamento: o cuidado do corpo delegado a um tipo de saber-poder inacessível que decide sobre as dietas da alma em busca de uma vida feliz e saudável: é ao médico, e não mais ao sacerdote, necessariamente, que o indivíduo passa a confiar sua vida.

Bem, temos aqui uma discussão, nessas últimas obras de Michel Foucault, em que a questão do sujeito ganha uma certa centralidade: o mesmo autor dos poderes disciplinares e biopoder, acusado por muitos teóricos de ter “matado o sujeito” ao longo de sua obra. Um equívoco, de acordo com Peter Pál Pelbart (2016), e essa é uma discussão bastante importante para nós: o aparecimento do sujeito não significou um desvio de rota em relação às produções sobre biopolítica, mas, justamente se valeu delas para pensar as relações de poder sobre a vida que passa pelo sujeito:

Se nas análises das disciplinas ainda se poderia considerar o sujeito psicológico como espécie de efeito da incidência material do poder sobre os corpos, a análise do

biopoder requer, na relação com a vida, as técnicas de si, a relação a si, a mediação do sujeito (*Ibidem*, p. 259).

Citando o trabalho de Muriel Combes, Pál Pelbart (2016) apresenta uma noção interessante: “a vida sobre a qual as técnicas de si incidem é, sobretudo, uma vida capaz de condutas e esse é objeto que incide o biopoder” (p. 259)

As práticas de si, portanto, nessa articulação com a produção sobre governamentalidade, nos conduzem para uma discussão sobre a dimensão ética do cuidado de si como modo de proporcionar aos indivíduos possibilidades de constituição de si no enfrentamento aos modos de subjetivação aprisionantes: nesta configuração, não há lugar para autonomia, nem para a liberdade (MÁRCIO FONSECA, 2016). “O indivíduo constituído pela norma é impedido de ser ético porque é impedido de exercer a liberdade: assim, a liberdade não é uma possibilidade ética entre as outras, mas é a própria possibilidade ética” (*Ibidem* p. 137).

Vladimir Safatle (2015), tomando um caminho diferente, mas que compõe conosco, discutiu as dimensões de autonomia em relação aos mecanismos disciplinares e poderes de gestão da vida, a partir de uma crítica acerca das noções hegemônicas de biopolítica que mimetizam o sujeito a essas relações heterônomas de maneira ontológica:

Esse esvaziamento ontológico da vida no interior das reflexões sobre as estratégias políticas faz com que todo reconhecimento de uma dimensão vital no interior do campo político seja compreendido como crescente codificação na ordem estatal, como contínua modelagem da vida pelo poder. Isso abre as portas, ao menos no interior da leitura proposta por Agamben, para toda biopolítica possível tornar-se indiscernível das formas de gestão próprias a um poder soberano que opera através da completa despossessão dos sujeitos (VLADIMIR SAFATLE, 2015 p. 338).

Safatle, em relação a essa leitura de alguns autores, entre eles o Agamben, sobre biopolítica esvaziada da noção de vida, associa ao uso político da dimensão biológica da vida, não apenas por meio de políticas eugenistas e racistas, no âmbito da segunda guerra mundial. Mas por toda espoliação econômica que se produziu a partir do darwinismo social, pela defesa de uma sociedade hierarquizada, com vistas a um ideal de “harmonia” coletiva. Cita Hobbes, como exemplo, sobre o entendimento de que conflitos sociais eram patologias do corpo social e a política, nesse sentido, é a imunização contra essas doenças. A biologização da política, de acordo com o autor, é o movimento “complementar de uma verdadeira judicialização da vida, pois é a expressão da vida como o que se deixa de pensar sob a forma das normas jurídicas e de nossos modelos de poderes e legitimidade” (*Ibidem*, p. 339).

Sem nos alongarmos, nesse momento, na vasta e qualificada discussão do autor, cabe-nos apontar o caminho interessante que ele percorreu, a partir da obra de George Canguilhem, para citar a dimensão da vida em meio às práticas de governamentalidade, a partir do

entendimento dela como errância. “Não é porque sou um ser pensante, não é porque sou sujeito, no sentido transcendental do termo, é por que sou ser vivente que devo procurar na vida a referência da vida” (GEORGES CANGUILHEM, 1983, p. 352 *apud* VLADIMIR SAFATLE, 2015, P. 339). Assim, dialoga Safatle com Canguilhem, que o sujeito, não é uma noção abstrata de um ser transcendental cuja condição é prévia à existência. A vida se expressa na minha condição de existente e, nesse sentido, “por ela ser o que faz da minha existência uma expressão, o movimento conceitual do meu pensamento não pode distanciar-se por completo da reprodução do movimento da vida” (VLADIMIR SAFATLE, 2015, P. 339). E nesse sentido, toma-a não somente como objeto das práticas de poder, mas também como potência pois é uma atividade que se produz pela errância, por meio do que Safatle (2015), a partir de Canguilhem, nomeou como *mobilidade normativa do existente*. Parece contraditório falar em errância e normatividade, mas Canguilhem coloca a vida como ativamente normativa, pois confere a todo organismo biológico a possibilidade de selecionar a partir de valores: por isso o termo norma, na perspectiva do autor. Em relação ao ser humano, à normatividade vital não se dá na forma de condicionamento, nem por determinação a partir do meio, mas pelos afetos, pelas sensações e os modos de afecções. Conclui: “não é por outra razão que Canguilhem dirá que a norma da vida é exatamente sua capacidade de mudar continuamente de norma” (*Ibidem*, p. 343). É a partir da possibilidade de transitar, movimentar e tomar para si a fonte do movimento que se confere ao ser vivente a possibilidade de conduzir-se.

Práticas de si. Transitar. Uma vida capaz de condutas. Noções que nos ajudam a compor a discussão sobre como produzir autonomia em tempos de desencanto, a partir da nossa experiência nos grupos GAM e há esforço, nesse sentido, de construir o diálogo teórico a partir dos participantes em suas práticas de autonomia.

Nesse sentido, tivemos muitos relatos de como cada um faz para enfrentar as dificuldades em relação ao uso de drogas em sua vida cotidiana. Compartilhamentos sobre como cada um vive, com a família, sem a família, na rua ou nas dificuldades em se perceber sem lugar, mesmo habitando. Também falamos dos amores: dos filhos e netos que permitem recondução afetiva. Famílias e desafetos. Pudemos reposicionar as drogas também como substância que permitem prazer, para além da culpa em relação ao consumo. Riram muito entre si quando falamos da onda que cada substância produz nos corpos, mas também pensamos estratégias para diminuir a *bad trip*¹²¹ que, em 90% dos casos, tinha relação com se sentirem perseguidos, acharem que iriam morrer ou serem presos pela polícia: delírios com as coisas

121 Tradução nossa: “viagem ruim” que tem relação com efeitos indesejados em relação ao uso de droga.

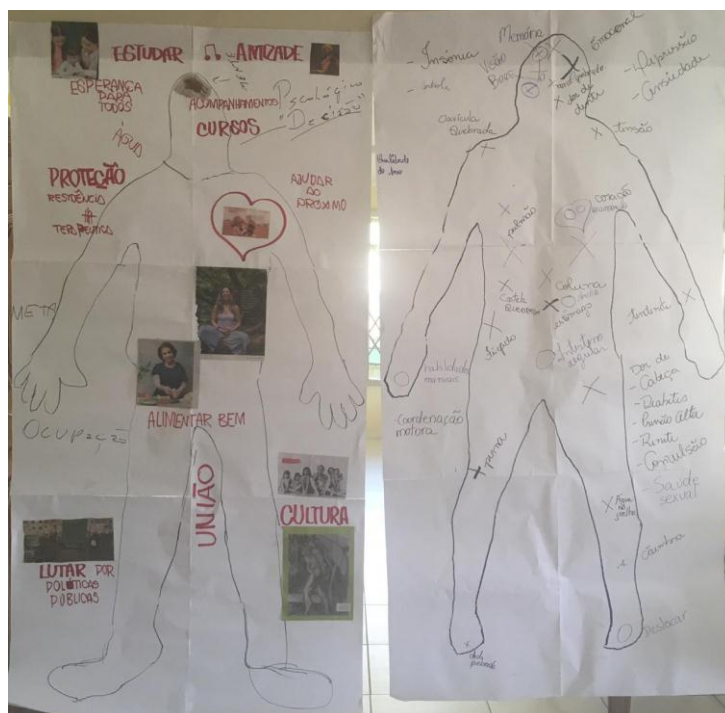
reais, como diria o cantor Belchior. Escutamos a sabedoria popular de Valdo sobre as ervas que planta para ajudar na ansiedade e no consumo intenso de álcool e construímos concepções coletivas sobre as dimensões de saúde-doença, a partir das dimensões singulares do que cada um vive no seu cotidiano. Experimentações que não estão nos scripts do cuidado.

Figura 24: Atividade sobre concepções de saúde-doença.



Fonte: arquivos próprios

Figura 25: Atividade sobre concepções de saúde-doença.



Fonte: arquivos próprios

Esse trabalho artesanal permitiu colocar visibilidade às muitas práticas de cuidado de si, instaurando modos de vida. A esse respeito, Peter Pál Pelbart (2016) falando sobre a arte de existir, menciona a obra de Étienne Souriau (2017) sobre a necessidade de instaurarmos existência, como arte de fazer-se existir. Esta, não como aspecto pré-determinado, por que não há um ser que tenha substância em si mesmo: para subsistir o ser deve ser instaurado. Conquistar existência, em relação a apenas existir, portanto, como um campo aberto e cujo trajeto possa ser percorrido, a partir das dos desafios e imprevistos que a vida impõe, sempre singularmente.

Essa instauração implica inúmeras experimentações singulares – a liberdade –, sucessivas determinações – a eficácia – e uma profusão de equívocos – a errabilidade –: “exige sempre discernir em meio ao caos do mundo o que é factível. Nenhuma intencionalidade, nenhum antropocentrismo, nenhuma mistificação da obra impossível – mas a instauração, o trajeto, a alma equivalente a uma perspectiva” (PETER PÁL PELBART, 2016, p. 394).

Deste modo, retomando a discussão de acontecimento, tal aspecto é central nesta concepção de Souriau (2017) na instauração de existência, pois no mundo que nos é concebido, constrangido pelas diferentes forças e relações que produzem subjetividade, é pelo *acontecimento*, por aquilo que advém – sem determinação e determinismos –, que se passa a um plano de existência diverso, pois muda-se de estatuto. A noção de acontecimento parte dos estudos de Michel Foucault (2003) acerca da filosofia da história: para o autor, diferente de outros historiadores, não por grandes fatos históricos que se conta a história, mas por suas descontinuidades e, com isso, o autor propõe aos estudos historiográficos, acontecimentalizar: “um acontecimento é, sempre, uma ruptura evidente – a emergência de uma singularidade –, mas, ao mesmo tempo, é uma ruptura das evidências: uma problematização” (AMADEU DE OLIVEIRA WEINMANN, 2013, p. 55).

As práticas que homogeneizam são barreiras para que as pessoas instaurem existências.

Diante da pluralidade de planos de existência que encontramos nos CAPS-AD e do compartilhamento de modos de instaurá-las no grupos GAM, percebemos a desestabilização de lógicas normatizadoras que interferem nessas vidas capazes de condutas. E não, tão somente, de condução: “não há novo modo de existência que não seja fruto de uma mutação subjetiva, de uma ruptura com significações dominantes” (*Ibidem*, p. 412).

Romper o instituído.

No dia em que Tobias morreu o grupo ficou muito tempo circulando a mesma temática pastoral, como modo de conseguirem falar sobre a morte dele. O uso de drogas mata! – disseram alguns enfaticamente. “Olha que o que está prestes a acontecer conosco se a gente não

se cuidar”. “Se a gente não sair dessa o único caminho é o cemitério”. E assim, iam cada vez mais se enredando nessas capturas cujo efeito é torná-los incapazes de conduzir a si mesmos que não seja pela renúncia do uso de drogas como única condição possível.

Jairo, falaremos no próximo subitem um pouco mais sobre ele, foi o primeiro a colocar elementos que não circunscrevam a culpa em relação ao uso de drogas e ressaltou o quanto viver na rua, ser negro e ser gay eram elementos difíceis em nossa sociedade e o quanto isso contribuiu para sua morte. É importante frisar, conforme dissemos na cena enunciativa 2, que Tobias morreu com complicações pulmonares e não por algo estritamente relacionado ao uso de qualquer substância.

Foi nesse momento que o tema da coletividade foi ganhando espaço e cada um foi contando as muitas artimanhas para viver diante de tantas dificuldades. A grande parte das estratégias versava sobre a produção de rede: afetivas, de apoio e de sustentação. Lembramos, nesse sentido, da fala do colega Ricardo Pimentel Mélo, sobre o que seria a rede no campo AD. Ricardo, para explicar o conceito, fez alusão àquela rede de circo que fica posta quando as pessoas fazem acrobacias e se lançam do trapézio: salta-se sabendo que há uma rede que sustenta, não a queda – fugindo da ideia de recaída – mas o próprio salto.

Lançar-se à vida, não seria, acontecimentalizar a existência?

Marilda sinalizou as dificuldades de ser mulher e viver na rua e o quanto ela, muitas vezes, bebia para se encorajar e assim combater o machismo e a violência. Falou em estar em bandos. Michael foi relembando as histórias que viveu com Tobias e um outro colega quando viajaram pra Santos. Compartilhou as estratégias coletivas para poderem estar na rua e em outra cidade: a cada momento um fica de vigia, sem dormir, para garantir a segurança do grupo. Também nos contou sobre a importância de sempre ter, ao menos, uma das pessoas do grupo mais sóbria para conseguir apoiar o coletivo, em caso de risco.

Ciro coloca no grupo a importância daqueles compartilhamentos de afeto que acontecem nos grupos GAM e diz: “aqui [no CAPS] eu não sou o Pingueiro. Eu sou o Ciro”. Essa foi uma fala muito importante, diante do relato das muitas perdas que teve, incluindo mudança de cidade, falta de perspectiva, por ter sua singularidade mimetizada ao uso de álcool, além do sofrimento em relação ao racismo vivido em diversas situações.

As cenas narradas nos permitiram apostar em uma noção de autonomia que se dá pela diferença, mas também pelo comum. Autonomia é coletiva e se dá pelo encontro com todas as complexidades, singulares e acontecimentos que fazem deste comum, uma boa aposta.

6.7 Construir comunalidade no dissenso

No início de 2018, quando, depois de muito discutirmos a importância de circularmos a palavra entre todos, respeitar a opinião do outro, poder escutar e ser ouvido pelo grupo, um senhor queria iniciar as atividades da GAM com uma oração que se faz no grupo de Alcoolicos Anônimos (AA). Eu olhei para a profissional técnica que estava no grupo. Ela olhou para o apoiador que estava moderando o encontro. Todos nós, que revezávamos a função de moderadores, nesse momento, nos calamos para esperar o grupo se manifestar. De repente, um rapaz, com muita educação, sinalizou: “Olha, na moral, com todo respeito. Aqui no grupo cada um tem uma crença e não acho que caiba fazer essa oração agora”. O grupo endossou a laicidade do encontro e esse foi um momento muito importante, em que se fez circular o papel do moderador entre os outros participantes e afirmou, naquele momento, a GAM como espaço das diferenças.

Há muitas outras situações, algumas delas já citadas nas cenas enunciativas e que são efeito do caráter cogestivo do grupo, que vão nos conduzindo a ideia de que o grupo vai produzindo comuns a partir das diferenças. Gostaria de destacar as vezes em que apareceram falas homofóbicas, histórias de vida que denunciam o racismo estrutural brasileiro ou frases pejorativas em relação ao próprio uso de drogas, classificando os consumidores de drogas lícitas como melhores em relação aos que consomem drogas ilícitas, reprodução da narrativa proibicionista.

O processo de Jairo, em relação aos últimos dois aspectos, é exemplo do que anunciamos acima e merece destaque. Ele é um dos poucos participantes que faz parte do grupo desde o início, em 2017, e se mantém até os dias de hoje, em 2021. Poucos foram os momentos em que ele não apareceu. Jairo, cabe dizer, é um homem branco que vinha de uma família com condições socioeconômicas diferente da grande maioria das pessoas do território. Ele era um pequeno empresário há anos atrás, nos contou.

Logo no início dos grupos, presenciamos uma briga entre ele e o Tobias, com ofensas homofóbicas e gritos, quase chegando ao limite da agressão física. Essa foi uma discussão pautada no grupo e conversada no momento pós-GAM. Em outros momentos, ao decorrer dos grupos, notávamos argumentos que relacionavam a superioridade de quem fazia uso de álcool em relação às outras drogas ilícitas. Para ele, nesse momento, e para outros participantes, os usuários de crack eram chamados de nóia. Interrogamos o termo, do mesmo modo que discutimos o quanto essas nomeações carregavam consigo estigmas e que reduziam a vidas das pessoas a esses atributos. A primeira parte do Guia GAM, que menciona que “somos uma pessoa e não uma doença” precisou ser retomado com frequência e ampliado: eu sou uma

pessoa, não sou uma doença, mas também não sou um nóia e nem pé de cana. Em um dos grupos, um senhor concordou: “não dá pra chamar de nóia, eu também não gosto que me chamem de “pingaida”!

Foram quase três anos de muita mediação e circulação da palavra, no intuito de trazer elementos distintos que partam das experiências e não do saber especialista para contrastar com as respostas prontas, empreendedoras de verdades. Nesse sentido, cabe apontar que há proximidades teóricas e metodológicas no manejo grupal da GAM que dialoga com as práticas de educação popular, inspiradas na produção de Paulo Freire e em seus desdobramentos no movimento de educação popular em saúde. Esta se expressa pelo compartilhamento dos saberes sobre a vida de todos envolvidos, também questiona as hierarquias e tem como finalidade transformação da realidade. Este processo se dá pela valorização da sabedoria popular sobre a compreensão dos processos de saúde e doença do sujeito e de seu entorno, além da valorização das expressões locais e participação popular (BRASIL, 2014). Lembra-nos Eduardo Mourão Vasconcelos (2013) que a educação popular em saúde é uma das tendências mais importantes na produção de conhecimento e na pesquisa em saúde mental, a partir da noção de empoderamento e que, para nós, salvo todas as imprecisões em relação ao termo utilizado por Vasconcelos, já comentado no capítulo 3, produz ressonância com a discussão sobre autonomia, sobretudo quando a localizamos na possibilidade de ampliação de participação popular em espaços decisórios.

Como já dissemos, no dia da morte de Tobias, Jairo colocou o preconceito de raça e de gênero como aspectos que não podem ser extirpados das dimensões da vida, e também da morte, de Tobias. As convulsões que chegou a sofrer em alguns momentos, antes da internação, podiam ter relação com as situações de violência que viveu, contou-nos a estagiária de psicologia que o acompanhava mais de perto.

Colocar no centro da mesa as discussões mais densas dentro dos serviços de saúde, como a medicamentação, o racismo e as questões de gênero, se dá, quase sempre, por meio de relatos muito dolorosos que, ao serem acolhidos, sem a necessidade de consenso, vão produzindo dimensões importantes de comum. Peter Pal Pelbart (2017), discutindo a produção de Antonio Negri sobre comum, nos lembra, nesse sentido, que a dor nunca é individual. Ao contrário, ela é uma chave que abre a porta da comunidade, sendo ela fundamento democrático da sociedade política, do mesmo modo que o medo é a base ditatorial. Todos os sujeitos coletivos expressivos na luta contra a opressão se formaram pela dor (ANTONIO NEGRI, 2007).

Parece muito distante a ideia de aproximar os movimentos de comunalidade produzidos no Grupo GAM com a luta social pela produção de um comum maior. Entretanto, é também pela micropolítica – que não se separa da macropolítica – que o comum se exerce, conforme sinaliza Ricardo Teixeira (2017).

A discussão sobre comum é densa e transita entre diferentes autores. Optamos por tomá-la a partir dos estudos de Ricardo Teixeira (2014; 2015; 2020) com foco nas políticas saúde e por autores que transitam nas concepções teórico-metodológicas que tempos adotado ao longo do trabalho.

Para pensarmos o comum na saúde, Ricardo Teixeira (2020) sinaliza que é preciso redimensionar a própria discussão de saúde que não pode ser reduzida à sua dimensão biológica e que no caso de uso de drogas, conforme sinalizamos na discussão anterior, tomá-la como transtorno psíquico ou mimetizá-la às reações neuroquímicas cerebrais, tem impedido as pessoas de instaurarem a própria existência, nos termos de Étienne Souriau (2017). No limite, esse último aspecto, intrinsecamente relacionado com os anteriores, é o que tem embasado as narrativas contrafissuradas a respeito das interações compulsórias.

Amparado pelas noções de saúde e processos de adoecimento a partir das obras de George Canguilhem, Ricardo Teixeira (2020) nos conduz a uma noção que também já apareceu aqui: o que é dito normal, ou patológico, se constrói a partir de um conjunto de práticas médicas que confere à psiquiátrica, no campo da saúde mental, instituir doenças mentais por um conjunto de aspectos que partem dos modos de viver das pessoas, durante a consulta. Não há materialidade objetiva na construção dos quadros nosológicos. Para Canguilhem não há, inclusive, nenhum tipo de patologia objetiva: “podem descrever objetivamente estruturas ou comportamentos, mas não podem chamá-los de patológicos com base em nenhum critério puramente objetivo” (GEORGES CANGUILHEM, 2009, P. 91).

Nesse sentido, faz-se possível afirmar que todo ser vivo não é indiferente às condições sociais que lhes são postas na garantia ou não de sua própria existência. Entretanto, ao invés de pensar essa relação de maneira teleológica, é possível compreender que saúde e doença são valores vitais e que, de acordo com Ricardo Teixeira (2020), utilizando o aporte filosófico de Baruch Espinosa, se expressam em valores-afetos que um corpo experiencia na relação com o mundo. Assim, saúde é um valor produzido pela vida, logo, produzir saúde – a partir da experimentação de afetos – é produzir vida (*Ibidem*; 2015, 2020).

Com essa discussão, o autor dá um passo adiante: se por um lado, construiu um raciocínio sobre a não objetividade dos processos de saúde-doença e críticas ao modelo que reduz saúde àquilo que é verificável, seja por meio de práticas biomédicas ou por dados

epidemiológicos, por outro também amplia a noção de determinantes sociais em saúde (DSS) e de promoção de saúde, dois conceitos bastante utilizados no campo da saúde coletiva atualmente.

Ambos partem da ideia de que a saúde se relaciona intrinsecamente com as condições de vida. Até aí, concordamos, mas é preciso adensar. Para produzir saúde, a partir de uma noção mais clássica de DSS, com centralidade nas ações de promoção de saúde, faz-se necessário pensar em algumas dimensões de organização dos serviços de saúde que levem em consideração os estilos de vida, os avanços tecnológicos da saúde, a dimensão territorial e política e, por fim, organização dos serviços de saúde (RICARDO TEIXEIRA, 2020).

A crítica do autor, e esse é um aspecto interessantíssimo, é em relação aos argumentos técnico-científicos que embasam e medem esses eixos: o próprio indicador de IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), muito utilizado para analisar a qualidade de vida nos territórios, ainda carrega consigo parâmetros bastante normativos, alinhados às concepções econômicas, para mensurar o que o autor chama de modelos de bem-estar predatórios. Estes relacionados ao paradigma da vida saudável como dimensão biopolítica empreendedora de verdade, como já discutimos nos eixos anteriores. Ou seja, medem-se dimensões do bem-estar e qualidade de vida, entretanto, tais métricas não se ajustam aos modos de vida singulares, até porque estes não cabem: desviam e deslocam. Como se mede, por exemplo, urbanidade e respeito mútuo, questiona Ricardo Teixeira (2020)?

Dentro do campo da saúde, em contraposição a essas noções economicistas de determinantes sociais e saúde, o autor cita, dentro da perspectiva brasileira, a Política de saúde mental como uma das poucas que incluiu a arte e a possibilidade de criação, aspectos que modificaram modos de produzir saúde, pela ética da liberdade; mobilizou e produziu diálogos entre saúde e sociedade para desconstrução de padrões de normalidade na relação com a loucura. O Centro de Convivência e Cooperativa (CECCOS), na cidade de São Paulo, por exemplo, é um dispositivo criado no momento em que a Reforma Psiquiátrica brasileira está se constituindo como política, e que tem por objetivo ser um equipamento cultural, mas vinculado à saúde, como espaços de convivência entre os frequentadores dos serviços de saúde e sociedade e, também, como fonte de renda, pelo cooperativismo, em contraposição à lógica do trabalho, pelo capital. Um híbrido entre saúde e cultura: cuidado e criação¹²².

122 Para conhecer a potência dos trabalhos nos CECCOS, acessar a tese de Maria Cecília Galetti (2007). Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15617/1/Maria%20Cecilia%20Galletti.pdf>>. Acesso em 13/03/2021

6.7.1 Sobre transitar como prática de liberdade

Quando estivemos em Barcelona, em janeiro de 2020, pouco antes da pandemia [e esse aspecto é bastante significativo porque o relato fala em transitar], fomos apresentadas ao projeto da Radio Nikosia, pela professora Mercedes Serrano, da *Universitat* de Barcelona, com quem temos parceria junto ao Observatório Internacional das Práticas GAM. A Radio Nikosia, foi, inclusive, um dos espaços em que o grupo de pesquisadores da Catalunha realizou grupo GAM, na pesquisa que deu origem ao *Gestión Colaborativa de la Medicación*;

Trata-se de uma instituição autogestionária, afetiva e democrática na desconstrução de estigmas em relação às pessoas em sofrimento psíquico e à loucura, com financiamento estatal. Na definição por eles mesmos¹²³:

Nikosia es un dispositivo, un colectivo y una asociación formada por personas con y sin itinerarios medicalizados de sufrimiento: hay artistas, economistas, filólogos, escritoras, poetas, dietólogos, profesionales de la duda, psicólogos, educadores, antropólogos y un gran etc. Desde aquí se reivindica como un lugar social en el que la lucha evita los exclusivismos identitarios forzosos para abrirse a la pluralidad necesaria en todo encuentro que intente abordar lo complejo. Nikosia es cotidianamente y sobre todo un territorio político; una asamblea, una serie de espacios e instancias de cuidados comunes y acompañamiento; talleres activados en centros culturales, programas e intervenciones radiofónicas, literarias, audiovisuales, académicas, etc. En general, no más y no menos que situaciones de encuentro y construcción compartida planteadas desde una predisposición sensible a lo intersubjetivo, en los cruces de lo propio y lo común desde un cuidado honesto hacia la subjetividad del otro/a

Há uma aposta em sustentar um coletivo que preserve sua dimensão singular. Espaços em que caibam a diferença e a heterogeneidade. Tivemos acolhimento de Lúcia e Martin: dois argentinos que vivem há muito tempo em Barcelona e trabalham no projeto. Apresentaram-nos ao grupo logo no dia da assembleia, relatando que ficaríamos junto a eles por duas semanas, em atividades de estágio. Assembleia é um dos dispositivos mais importantes dentro dos espaços coletivos, desde que se tente, de fato, valer a voz de todos, mesmo que não haja consenso: espaço em que todos possam caber (não desde um ponto de vista fantasioso da harmonia, mas que se possa ter a oportunidade de estar). Assembleia é um dispositivo central na reforma psiquiátrica italiana.

123 Tradução nossa: “Nikosia é um dispositivo, um coletivo e uma associação formada por pessoas com e sem itinerários medicalizados de sofrimento: há artistas, economistas, filósofos, escritoras, poetas, nutricionistas, psicólogos, educadores, antropólogos e um grande etcetera. Desse lugar se reivindica como um espaço social em que a luta evita as exclusões identitárias forçadas para abrir a uma pluralidade necessária em todo o encontro que se tente abordar por completo. Nikosia é cotidianamente e sobre um território político, uma assembleia, uma série de espaços e instâncias de cuidados comuns e acompanhamento: oficinas realizadas em centros culturais, programas e intervenções radiofônicas, literárias e audiovisuais, acadêmicas e etc. Em geral, nada mais e nada menos que situações de encontro e construção de contrapartida planejadas a partir de uma pré-disposição sensível ao intersubjetivo do outro”. Disponível no site: <<https://radionikosia.org/es/quienes-somos/>>. Acesso em 20/02/2021.

Lembramos das orientações que se dá aos alunos de graduação na saúde, quando começam seus estágios nos serviços de saúde mental: conheçam os espaços e as atividades. Entenda se ali há assembleia ativa e se há atividades fora dos muros do CAPS: se sim, tentem se inserir nelas.

Partimos, com essa orientação, da noção de desinstitucionalização, em contraposição à ideia de desospitalização, arduamente discutida em Franco Rotelli, Ota de Leonardis e Diana Mauri (2019) no âmbito da reforma psiquiátrica italiana: é preciso desinstitucionalizar o paradigma manicomial cotidianamente nas relações e na vida em sociedade.

Quando chegamos à assembleia da rádio Nikosia, não foi possível identificar quem era técnico ou usuário e isso, realmente, não importa: a participação, a fala e o modo de estar no grupo não se balizam pelo diagnóstico. Bem, é certo que chama a atenção o fato de as pessoas estarem todas bem vestidas e isso tem relação, claro, com uma dimensão de autocuidado, mas tem relação também com algumas garantidas do Estado de Direito, na Espanha¹²⁴.

Há uma realidade material que possibilita alguns trânsitos e deslocamentos das pessoas da Nikosia na cidade e esse aspecto é fundamental para a desconstrução dos estigmas. Todas as oficinas são feitas nos centros cívicos e espaços na cidade. As oficinas, com grande diversidade de temas, são abertas para pessoas com ou sem diagnóstico, descrição utilizada por eles: e esse aspecto também se mostra essencial ao que chamamos de reabilitação psicossocial: desmanicomializa-se, assim, o campo social e as estruturas de poder manicomiais.

124 Na Espanha há fundos de pensões por “discapacidad” algo próximo do que chamamos de pensão por invalidez. Há graus para valorar a incapacidade, não sei se é o melhor termo, e essa diferença muda o valor de pensão a se receber. Pelo que pude ler - e tem chances de estar errada nisso, confirmo se for diferente assim que puder - há um teto de quase 400 euros se a incapacidade for acima de 65% e que pode somar um valor de 50% a mais para garantir fomento ao cuidador. Somam-se quase 600 euros, que significa, em termos de moeda brasileira, 3 mil reais. Não é muito para a realidade em Barcelona, é verdade. Retirei essas informações daqui: <<http://web.gencat.cat/es/tramits/tramits-temes/Pensio-no-contributiva-per-invalidesa-00002>>.

Figura 26: Centro Cívico de San Augustí



Fonte: Arquivos pessoais.

Figura 27: Centro Cívico de San Augustí



Fonte: Arquivos pessoais.

Fazemos relações, nesse sentido, com os CECCOs (Centros de Convivência e Cooperativa) em São Paulo, equipamentos criados na gestão da Erundina e que tem por objetivo ser um dispositivo fundamental da reforma, ou os CUCAs, em Fortaleza, como me apresentou Ricardo Pimentel Mélo nos tempos em que estivemos lá.

É com esse imperativo ético que notamos, nas oficinas, muitos espaços de sociabilidade que cabiam nesse ir e vir das atividades: os frequentadores da Rádio Nikosia, por exemplo, combinam de frequentar os cafés do Centro Cívico trinta minutos antes de entrarem nas atividades. Eles conversam, se reúnem, ocupam o lugar junto à todas outras pessoas que circulam por lá. Isso não quer dizer, todavia, que não há tensionamentos: contou Lucía que no fim do ano passado eles proibiram os frequentadores de esquentarem suas marmitas no micro-ondas pelo cheiro que exala da comida. Não confinar e ocupar o público é o enfrentamento necessário que precisamos nos propor a fazer enquanto trabalhadores e pesquisadores da Reforma. É possível fazermos relações com a proposta da Clínica Aberta da Psicanálise que se dá nos espaços públicos: na praça e na Vila Itororó, centro comunitário que fica na região da Bela Vista, perto da região do Bexiga. Daniel Guimarães, psicanalista e um dos idealizadores do projeto, produziu uma discussão fundamental sobre acesso à cidade e à psicanálise e começa o texto com a seguinte pergunta: Num tempo de cidades e vidas mercantilizadas, seria possível pensar em transportes urbanos gratuitos? E em psicanálise sem dinheiro?

A proposta do projeto, que nasce da retirada de moradores da região do Bexiga, em São Paulo, para construção do Centro Comunitário da Vila Itororó como modo de produção de reparação psíquica a essa política, propõe pensar a psicanálise que pode ser democrática e feita sem a mediação do dinheiro – em tempos de crise e neoliberalismo – e pelo acesso das pessoas à cidade.

No contexto espanhol, como dissemos no relato anterior, há uma política de pensões não contributivas, para as pessoas que não conseguiram contribuir com o fundo de pensão espanhol, melhor que a nossa em termos de valores: assim é possível, obviamente, garantir o direito de ir e vir, coisa que não se faz possível para muitas pessoas que não conseguem pagar quase R\$10,00 para ir e voltar de transporte público. Ademais, Barcelona é uma cidade pequena e muitas das atividades se pode fazer a pé. Há muitas ciclovias e a grande parte das pessoas anda de bicicleta. Os metrô atravessam a cidade inteira. É possível morar em regiões mais afastadas e estar no centro em 30 minutos de metrô.

As atividades nos centros comunitários, para pessoas com ou sem diagnóstico, com espaços de encontros e sociabilidades; acesso e possibilidade de transitar nos diferentes territórios da cidade, as oficinas são espalhadas por centros cívicos em toda Barcelona; contar com transporte público de qualidade e ciclovias que permitem o deslocamento das pessoas de bicicleta ou patinete em segurança. Todos esses aspectos que pude acompanhar possibilitam produção de autonomia, pelo deslocamento do diagnóstico em saúde mental para produção de

relações, somado às condições materiais e acesso a direitos. O trânsito ao qual nos referimos, no título do relato, não diz somente da circulação na cidade e o direito ao espaço público, noção importante, uma vez que a produção do comum não se limita a ocupação do público, em contraposição às formas privadas do viver, conforme afirma Ricardo Teixeira (2015). Aqui, transitar permite o acontecimento em diferentes espaços, interrompendo a captura da vida em sua forma capital: a loucura em trânsito e transitando pela pluralidade afetiva na cidade.

Aproximando com a discussão sobre saúde de Ricardo Teixeira (2020), as ciclovias, os cafés antes dos encontros nos espaços públicos, a urbanidade e o acesso ao transporte público cabem nas métricas do que promove saúde no território e seus determinantes sociais?

Bem. Contamos o quanto a lógica do empresário de si, como efeito faz estratégias de biopoder que colocam a vida, não mais os corpos ou as populações, no centro de suas intervenções. Isso por que, nos sinaliza Peter Pál Pelbart (2015) a mudança nas relações de trabalho, no seio do capitalismo neoliberal, tem priorizado o trabalho dito imaterial: ao invés de sapatos e eletrodomésticos, produz informações e serviços que existem a partir dos estilos de vida e da maneira de viver. Como diz o autor: do mesmo modo que consumimos geladeiras, que podemos trocar por Iphones, por exemplo, consumimos também “toneladas de subjetividade” (p. 20). A questão da produção do comum, nesse sentido, extrapola das dimensões político-jurídicas e econômicas entre público e privado (RICARDO TEIXEIRA, 2015). Produzir comum é um problema posto e, também conduzido, pela própria vida.

Os exemplos que temos tomado e escutado nos grupos, desde a diversidade, dissensos, discordâncias e diferentes modos de viver, são aspectos que, na perspectiva de Pál Pelbart (2015) vai nos direcionando para a produção de um comum, não como uma massa homogênea, mas como uma multidão heterogênea, plural, não-hierarquizada e sem um sentido unívoco. O comum, que parece uno, é múltiplo e, nesse sentido, o termo multidão, de acordo com o autor, é um conceito que tenta expressar exatamente essa conjunção entre o comum e o singular. “Jamais o comum se sobrepõe ao singular, é a multiplicidade e a variação. É a desmedida da potência de multidão que o poder tentar controlar, tenta conter, tenta regular, tenta modular” (*Ibidem*, p. 24).

Dissemos, no fim do capítulo anterior, que um dos problemas da democracia, que Jacques Rancière (1996; 2005; 2014) chama de Estado oligárquico de direitos, é a manutenção do consenso enquanto projeto de sociedade, em prol da governabilidade política. Romper com essa homogeneização, portanto, que define, a priori, os que podem ser vistos e escutados, se dá, de acordo com o autor, pelo dissenso. É pela produção constante de reposicionamento das dimensões instituintes, como uma recusa dos lugares predeterminados dos que não tem voz ou

lugar, que se produz a partilha do sensível. Política para o autor é pensada também em sua dimensão estética e micropolítica, a partir de regimes de afeto.

A partilha do sensível, noção central na obra do autor, portanto, se dá na medida em que há descontinuidade no modo como percebemos os jogos relacionais entre os planos de visibilidades dos que podem ser vistos ou não. Esse tensionamento que faz romper e descontinuar só se faz possível pelo dissenso que produz desarmonia na chamada igualdade. Assim, ação política é quando um indivíduo rejeita o tempo e o espaço que ele deveria ocupar, desde concepções consensuais designadas a ele de modo hierárquico e que tem efeitos em seu cotidiano. De acordo com o autor:

A política existe porque aqueles que não tem direito de ser contados como seres falantes conseguem ser contados e instituem uma comunalidade pelo fato de colocarem em comum o dano que nada mais é o próprio enfrentamento, a contradição de dois mundos alojados em um só: o mundo em que estão e aquele em que não estão, o mundo onde há algo “entre” eles e aqueles que não os conhecem como seres falantes e contáveis (JACQUES RANCIÈRE, 1996, p.40-41)

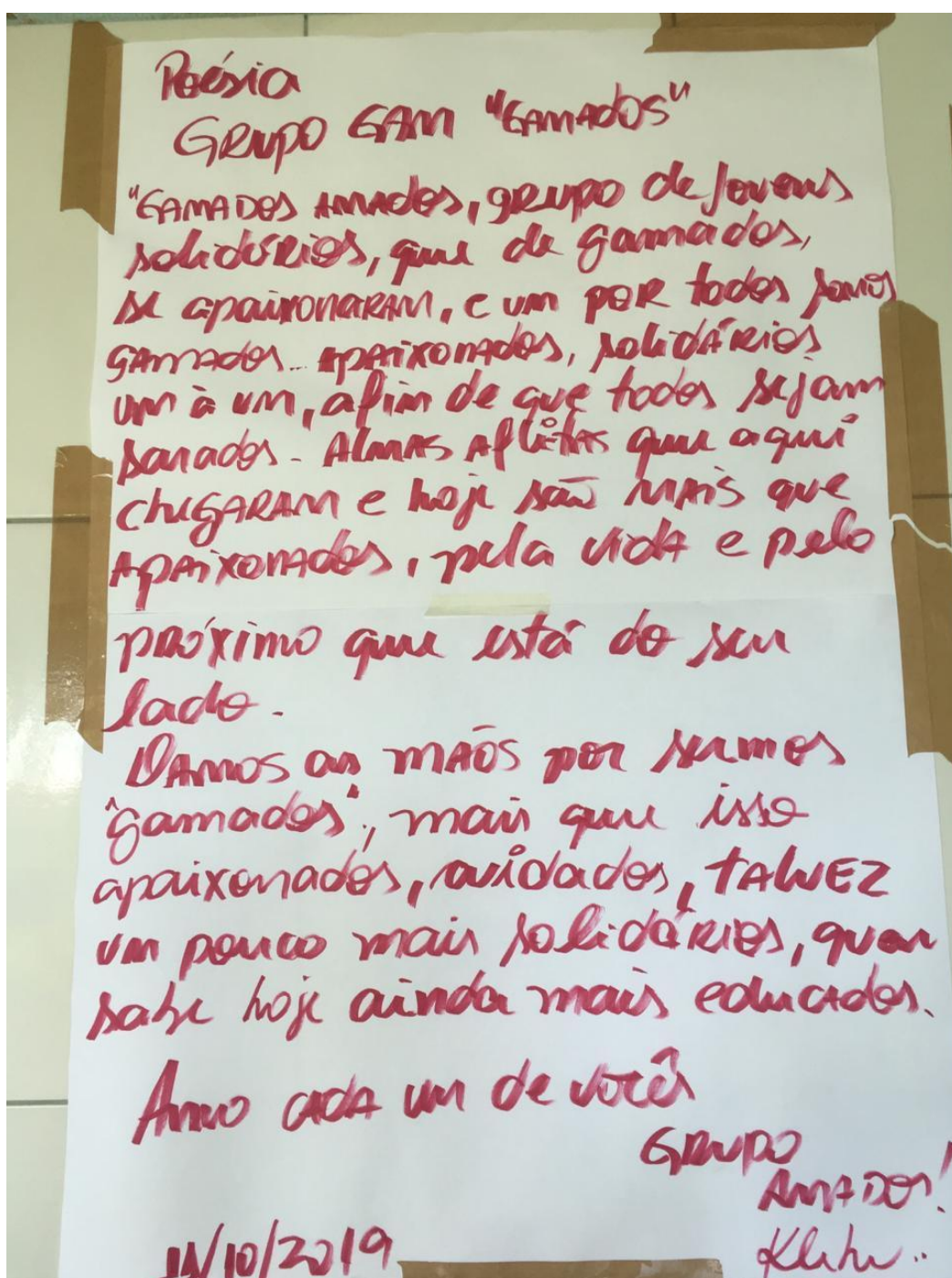
As pessoas consumidoras de drogas, sobretudo as ilícitas, são colocadas nos planos de invisibilidade do sistema social e político, como os que não tem parte no plano consensual de um ideal de mundo saudável. Romper com essa harmonia, recolocando as drogas, inclusive, no lugar do prazer, do desejo e como parte dessa trama complexa do viver, é um modo importante de partilhar o sensível e que não se limita aos grupos GAM, como vimos na narrativa sobre o vinho na mesa da reunião de educação permanente no território. A multidão que se produziu, em meio aos dissensos, nos grupos GAM do CAPS-AD, atravessou as práticas normalizadoras do campo da saúde, gerando reflexões nos profissionais de saúde e instaurando crise na função prescritora e segue rompendo com as muitas linhas divisórias que separam as drogas lícitas, ilícitas e proscritas.

Aquilo que vislumbramos como igualdade, assim como autonomia, se coloca em ato: não é universal e se constitui no dia a dia pela afirmação da voz dos que são cerceados de falarem e pela produção contínua do exercício dos dissensos e rupturas às hierarquizações do viver. A chamada revolução é cotidiana e não se traduz nos que muitos entendem por coerência ideológica, mas pela densidade de pensamento e pela plasticidade afetiva: “Se dá pela atenção ao fenômeno, por suas qualidades sensíveis, que eles se tornarão uma potência real, e não por sua coerência ideológica. A incompreensão, a impaciência e a negligência, eis os inimigos. O real é aquilo que resiste.” (COMITÉ INVISÍVEL, 2018, p. 233).

Para finalizar e, conforme temos discutido ao longo da pesquisa, é preciso pensar em um comum que rompa com as lógicas racistas e utópicas de pensar uma comunidade sem

estrangeiros (ACHILLE MBEMBE, 2018): em-comum. A máquina necropolítica que pulsa no coração do Estado brasileiro e constrói toda uma lógica de extermínio pela Guerra às Drogas, permaneceu intocada durante todos os governos até os dias de hoje (CENTELHA, 2019) e exige de nós a construção de uma comunidade descolonizada, em que o ideal de branquitude seja rompido de seu lugar consensual.

Figura 28: Poesia



Fonte: Arquivos próprios

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto contrafissurado brasileiro, em tempos de neoliberalismo e avanço da extrema-direita, tem tomado às drogas como o grande inimigo do Estado. Temos presenciado, desde o início dessa pesquisa, uma sequência de mudanças em relação à Política Nacional sobre Drogas (PNAD, 2020), com foco em ações de saúde que privilegiam a abstinência do consumo e investimento em comunidades terapêuticas, bem como na redução da oferta, pelo combate ineficaz, sabemos todos, ao tráfico de drogas. Foram retiradas da PNAD (2020), assim como da nota técnica 11/2019 do Ministério da Saúde, as estratégias de redução de danos e contamos, atualmente, com desfinanciamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e aumento de investimentos em instituições privadas, como as comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos, na (des)assistência às pessoas que fazem uso de drogas. Um museu de grandes novidades, como cantava Cazuza.

Isso porque a manicomialização das pessoas que fazem uso de drogas sempre existiu, como medida de contenção dos corpos indesejáveis e reestabelecimento da ordem social. Internação compulsória em sanatórios foi a primeira medida de tratamento a essa população, adotada na década de 1920 pelo Estado brasileiro (MAURÍCIO FIORE, 2007), por determinação do sistema penal brasileiro, com validação do poder médico. Luísa Saad (2018) nos relembra, nesse sentido, que associar uso de substância à loucura era parte do projeto higienista da medicina brasileira na época, que, com ideias racistas de uma nação embranquecida, produziu inúmeros estudos sobre a importância da superioridade branca para a manutenção da hierarquia social e desenvolvimento da nação. Com isso, manicomializaram as pessoas negras e criminalizaram seus costumes, como: cultos religiosos, capoeira e o uso de maconha, chamado pito de pango, em uma sociedade que recém havia saído do período nefasto da escravidão. Chegamos, portanto, a um campo de análise importante para a pesquisa: proibicionismo, racismo e patologização do uso de drogas sempre foram elementos inseparáveis dentro desse campo-tema (PETER SPINK, 2003) complexo.

Feito isso, buscamos compreender a polissêmica noção de autonomia. Foi difícil, no início, construir caminhos teóricos pela diversidade de autores que discutem esse tema, relacionando-o com diferentes campos do saber. Por isso, optamos por realizar revisão integrativa com a produção acadêmica sobre a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no Brasil, além de selecionarmos artigos, dissertações e teses que interseccionassem a estratégia GAM com o tema das drogas proscritas, lícitas e prescritas. Ademais, reticulamos todas as

bibliografias utilizadas nesses artigos para mapear linhas analíticas e interventivas para dialogar com nosso campo de experiência.

A discussão sobre a cogestão foi central na experiência brasileira. Conforme dissemos no capítulo terceiro, parte de uma estratégia de produção de autonomia em diálogo permanente com os serviços de serviços de saúde e com os diferentes atores envolvidos, fazendo com que a GAM seja um dispositivo de fortalecimento da reforma psiquiátrica brasileira. A opção de trazer a GAM para o SUS, junto às universidades públicas, em um primeiro momento, é estratégico e difere da experiência precursora do Canadá e das pesquisas recentes na região da Catalunha, na Espanha.

É possível perceber, nesse sentido, a partir da nossa experiência no CAPS-AD, mudanças significativas no modo de produzir saúde no território pelas atividades de educação permanente realizadas pelos deslocamentos produzidos nas práticas de cuidado por meio da grupalidade da GAM, pelo atravessamento intensivo dos diferentes modos de vida trazido nos grupos, desestabilizando os lugares comuns das práticas homogeneizantes e prescritivas nos serviços da rede de saúde.

Nesse sentido, percebemos que há uma multiplicidade de práticas narradas nos grupos GAM a partir do cotidiano de cada participante que enuncia tanto as relações heterônomas, sobretudo em relação às dimensões do cuidado contrafissuradas e, quanto as que produzem autonomias – sempre no plural –. Ou seja: não há nenhum sentido de autonomia que seja absoluto, naturalizado, nem consensual, uma vez que os modos de vida são sempre singulares, assim como a relação da vida com o uso de substâncias. Desse modo, tomamos a GAM como um dispositivo que “faz ver e faz falar” (GILLES DELEUZE, 1996) e com as três cenas-enunciativas, produzidas a partir dos elementos narrados pelos participantes da GAM – entre frequentadores, trabalhadores, estagiários e pesquisadores –, ao longo da experiência, demarcamos as tensões e os deslocamentos entre relações de heteronomia e efeitos de autonomia. Por vezes, nos deu a impressão de que as forças heterônimas contrafissuradas tomavam grande parte das cenas narradas, dadas as dificuldades cotidianas na vida das pessoas que consomem drogas em bairro periféricos, sobretudo quando estão em situação de rua, quanto em relação aos trabalhadores que, por vezes, se sentiam exaustos e inertes diante da complexidade das histórias, reproduzindo respostas já esperadas nos serviços de saúde, como a medicamentação.

A discussão sobre a prescrição de medicações para as pessoas que fazem uso de drogas e as muitas misturas e composições desta em relação às drogas proscritas e legalizadas, além de central, só pôde ser trazida para o grupo pela construção de uma pertença e da comunalidade,

a partir do manejo cogestivo que se produziu não só nesses espaços, como nas atividades de educação permanente no território.

A medicamentação, como parte de um processo maior que é a medicalização da vida no nosso cotidiano, diz da prática prescritiva no campo AD como foco das relações de cuidado. O que nos chamou atenção, nesse sentido, é que, ao tentarmos acessar estudos de revisão sistemática acerca da eficácia das medicações comumente utilizadas nos CAPS-AD, não encontramos evidências suficientes que justificassem tais prescrições em massa. Desse modo, tentamos compreender os diferentes sentidos atribuídos às prescrições de modo a ampliar a análise desse campo problemático, a partir da racionalidade médica. Um caminho importante que começa a ser mais recentemente debatido, ainda com muitas dificuldades, e ao qual devemos estar atentos, é o dos estudos das drogas psicodélicas no campo do cuidado em saúde/saúde mental.

Nenhuma análise pode ser feita sem levantarmos o campo heterogêneo e múltiplo que conecta a droga a muitos outros elementos. Por isso, não basta sinalizar a medicamentação do uso de drogas, e responsabilizar profissionais que prescrevem, se produzir um debate importante acerca do esvaziamento das redes de sustentação e de suporte no cuidado às pessoas que fazem uso de drogas, tanto na rede de saúde, quanto na rede intersetorial. O estudo de Pedro Henrique Antunes da Costa, Telmo Mota Ronzani e Fernando Antonio Basile Colugnati (2018) é interessantíssimo, nesse sentido, pois chamou a atenção para o fenômeno da “CAPSularização” da rede de saúde, ou seja: há centralidade do CAPS-AD no cuidado às pessoas que fazem uso de drogas. Isso significa dizer, em outras palavras, que é pela saúde mental que as pessoas, em sua maioria, acessam seu cuidado, mas com pouca circulação em outros serviços que possibilitem o direito à moradia, trabalho e renda. A primazia é a do viver e, por isso, é preciso inverter a lógica meritocrática do cuidado. Colocar os equipamentos da saúde mental quase que isoladamente na assistência às pessoas que fazem uso de drogas pode intensificar os fenômenos de patologização e medicamentação.

O pesquisar-junto, compondo com as pessoas do CAPS e vivendo as intensidades daqueles modos de vida sempre tão singulares – afetando e sendo afetados –, foi essencial na construção das análises sobre os deslocamentos vividos. Pois exigiu delicadeza no trato das narrativas e mexeu com as sensações, produziu algo porque nos colamos disponíveis para o campo das experimentações, em meio às diversidades. Fomos produzindo um certo comum no dissenso (JACQUES RANCIÈRE, 1996; 2005; 2014) e com heterogeneidade não totalizável, mesmo diante de tantas narrativas totalizantes sobre o uso de drogas.

Nesse sentido, no campo AD, a GAM mostrou-se não apenas um dispositivo grupal que pode acionar deslocamentos nas relações de heteronomia em direção às práticas de autonomia, mas fez ver e falar modos de produzir relações não contrafissuradas com as drogas, afirmando composições entre drogas e autonomia.

Encerramos o trabalho com mais de 300 mil mortes de pessoas por COVID-19 no Brasil. A máquina necropolítica segue a todo vapor e, por todos os cantos que olhamos, sentimo-nos invadir pelas forças heterônimas dessa política de morte que constrange nossa potência de multidão. Precisamos chorar os nossos mortos, produzir memória e construir direcionamentos para tempos melhores, porque eles virão. Haverá tempos de recomeço depois de tanta destruição e, nesse momento, temos que estar atentos às não reproduções de velhos consensos.

Dar continuidade aos avanços interrompidos e construir nossos arranjos possíveis. Não poderemos, retomando as pistas para uma vida não fascista, de Michel Foucault, ancorarmos em respostas fáceis, consensuais, homogeneizantes e que prescindam da multiplicidade dos modos de vida. Apostamos no dissenso como deslocamento constante dos modos de subjetivação que impedem as pessoas de instaurarem existência e como estratégia importante para dissolver as práticas contrafissuradas no campo das drogas.

Nesta direção, entendemos ser fundamental o debate sobre outras cosmovisões que nos ajudem a pensar propostas societárias mais integrativas e sistêmicas, depois que a pandemia passar. Precisamos aprender a suspender o céu:

Cantar, dançar e viver a experiência mágica de suspender o céu é comum em muitas tradições. Suspender o céu é ampliar o nosso horizonte; não o horizonte prospectivo, mas existencial. É enriquecer as nossas subjetividades, que é a matéria que este tempo que nós vivemos quer consumir. Se existe uma ânsia por consumir a natureza existe também uma por consumir subjetividades. Então vamos vivê-las com a liberdade que formos capazes de inventar, não botar ela no mercado. Já que a natureza está sendo assaltada de uma maneira tão indefensável, vamos pelo menos, ser capazes de manter nossas poéticas sobre a existência. Definitivamente não somos iguais, e é maravilhoso saber que cada um de nós que está aqui é diferente do outro, como constelações. O fato de podermos compartilhar esse espaço, de estarmos juntos viajando não significa que somos iguais; significa exatamente que somos capazes de atrair uns aos outros pelas nossas diferenças, que deveriam guiar nosso roteiro de vida. Ter diversidade, não isso de uma humanidade como um protocolo. Porque isso até agora foi só uma maneira de homogeneizar e tirar nossa alegria de estar vivos. (AILTON KRENAK, 2020, p. 23 -24)

REFERÊNCIAS

- ABP, AMB, CFM, FENAM, ABIPD, SBNp; **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil**. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), 2020. Disponível em: <<https://www.abp.org.br/diretrizes>>. Acesso em: 27 jan. 2021.
- AGAMBEN, G. **Estado de Exceção**. São Paulo: Boitempo, 2008.
- AGAMBEN, G. **Homo Sacer - O Poder e a Vida Nua** – 2. ed. São Paulo: São Paulo: Boitempo, 2010.
- ALVES, D.S.N. et al. **Reestruturação da atenção em saúde mental**: situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P. D.C. (Org.). *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- ALVES, P. C. B; SOUZA, I. M. A. **Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde**: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C; ALVEZ P. C.B; SOUZA I. M. A (Org.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
- ALMEIDA, S. L. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.
- ALVES, Y. D. D. **Jamais fomos zumbis**: contexto social e craqueiros na cidade de São Paulo. Salvador: Ed. UFBA, 2017.
- ANTUNES, R. C. Qual é o futuro do trabalho na Era Digital? **Revista Laborare**, v. 3, n. 4, p. 6-14, 2020. ISSN: 2595-847X. Disponível em: <<https://revistalaborare.org/index.php/laborare/article/view/46>>. Acesso em: 10 ago. 2020.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2019.
- AUSTIN, J. **Quando Dizer é Fazer: Palavras e Ação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990 [1962].
- AVARCA, C. A. C; PEREZ, T; SILVA, A; SILVA, A; SILVA, B. **Dispositivo GAM sobre uso de medicamentos e outras drogas em um CAPS-AD**. Anais do 6. Congresso Brasileiro de Saúde Mental. Brasília, 2018.
- AVARCA, C. A. C. **Drogas e Autonomia em tempos de contrafissura**. Relatório de Qualificação de Tese. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social. PUC-SP. São Paulo, 2019.
- AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, p. 73-92, 2004. ISSN 1807-5762. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1414-32832004000100005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 mar. 2021.
- BACCARI, I. O. P.; CAMPOS, R. T. O.; STEFANELLO, S. Recovery: revisão sistemática de um conceito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 125-136, 2015. ISSN: 1413-8123. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n1/125-136/>>. Acesso em 28 jun. 2020.

BASTOS, F. I. P. M.; BERTONI, N. (Org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: ICICT, 2014. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019>>. Acesso em: 15 jan. 2021.

BEZERRA JR, B. **Da contracultura à sociedade neuroquímica: psiquiatria e sociedade na virada do século.** Em: ALMEIDA, Maria Isabel; NAVES, Santuza Cambraia. Por que não? Rupturas e continuidades da contracultura. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2007.

BILGE, S. Théorisations féministes de l'intersectionnalité, **Diogène**, vol. 225, no. 1, 2009, pp. 70-88. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-diogene-2009-1-page-70.html>. Acesso em: 4 maio 2020.

BLEGER, J. **Temas em Psicologia: entrevista e grupos.** 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BOITEUX, L. Brasil: Reflexões críticas sobre uma política de drogas repressiva. **Revista SUR.** N 21, 2015. ISSN 1806-6445. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/5_0.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2021.

BORBA, R. A linguagem importa? Sobre performance, performatividade e peregrinações conceituais. **Cadernos Pagu**, n. 43, p. 441-474, 2014. ISSN 0104-8333. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-83332014000200441&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 out. 2019.

BORGES, J. Mulheres negras na mira. **Revista SUR.** v.15 n.28. 45 – 53. ISSN 1806-6445. Disponível em: <<https://sur.conectas.org/mulheres-negras-na-mira/>>. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. **Ministério da Justiça. Lei 6.368**, de 21 de outubro de 1976. Brasília, DF, 1976.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Relatório Final 8. Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei 3.657.** Brasília, DF, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei federal número 8080 de 19 de setembro de 1990.** Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, DF, 1994.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Decreto 2.632, de 19 de junho de 1998.** Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.** Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei No 10.216, de 6 de abril de 2001.** Política Nacional de Saúde Mental. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: MS; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, 2. Ed. – Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Conselho Nacional Antidrogas; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.028, de 1 de julho de 2005**. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**. Brasília, DF, 2010.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007. ISSN 1809-4481. ISSN eletrônico: 2238-152X. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006>. Acesso em: 27 maio 2020.

BUTLER, J. **Bodies that Matter: On the Discursive Limits of "Sex"**. Nova York, Routledge, 1993.

CALIMAN, L. V.; CÉSAR, J. M. A GAM no ES: invenções com crianças, familiares e trabalhadores. **Revista Polis e Psique**, v. 10, n. 2, p. 166-188, 2020. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/104628>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

CALIMAN, L. V.; PASSOS, E.; MACHADO, A. M. **A medicação nas práticas de saúde pública**: estratégias para construção de um plano comum. Em: KASTRUP, V., MACHADO, A. M. Movimentos macropolíticos em saúde, formação e reabilitação. Curitiba: CRV, 2016.

CAMPOS, G. W. D. de S. et al. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de saúde pública**, p. 141-144, 1997. vol.13, n.1, pp.141-144. ISSN 1678-4464. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000100025&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2021.

CAMPOS, G. W. D. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. In Um método para análise e co-gestão de coletivos (p. 236-236). São Paulo: HUCITEC, 2000.

CAMPOS, G. W. O. O SUS entre a tradição do Sistema Nacional e o modelo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. Supl., p.1865-1874, 2007. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700009>. Acesso em: 28 maio 2020.

CAMPOS, R. T. O. et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 967-980, 2012. ISSN 1414-3283. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000400009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2021.

CAMPOS, R. T. O., & Campos, G. D. S. (2006). Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. Em: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado da Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec, 2006.

CAMPOS, R. T. O. et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2013, vol.18, n.10, pp.2889-2898. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000013>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

CANGUILHEM, G. **Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie**. Paris: Vrin, 2009.

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, p. 529-549, 2009. ISSN 1809-4481. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000200016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 11 maio 2020.

CARON, E. **Experimentações intensivas: psicofármacos e produção de si no contemporâneo**. 2019. 260 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

CARON, Eduardo; FEUERWERKER, Laura C.M. Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. **Saude soc.**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 14-24, Dez. 2019. ISSN 1984-0470. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2021

CARON, E.; FEUERWERKER, L. C. M.; PASSOS, E. H. GAM, apoio e cuidado em CAPS AD. **Revista Polis e Psique**, v.10, n.2, p.99-121, 2020. ISSN eletrônico: 2238-152X. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/103408>>. Acesso em: 11 maio 2020.

CARVALHO, A. B. e BESSET, V. L. **Resistência ao cuidado**: uma abordagem psicanalítica. Em: Marisa Schargel Maia (Org.) Por uma ética do cuidado. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica**: A Idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978;

CASTORIADIS, C. **As encruzilhadas do labirinto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

CASTORIADIS, C. **As encruzilhadas do labirinto II – os domínios do homem**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

CECILIO, L. C. de O. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 22, p. 345-351. 2007. ISSN 1807-5762
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2021.

CECILIO, L. C. de O. et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.30, n.7, p. 1502-1514, 2014. ISSN 1678-4464.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000701502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2021.

CENTELHA. **Ruptura**. São Paulo: N-1 editora, 2019.

COELHO, V. A. A. *et al.* Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 19, n. 08, ago. 2014. ISSN 1413-8123. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803605&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 jan. 2021.

COIMBRA, C. M. B., & NACIMENTO, M. L. **Sobreimplicação**: práticas de esvaziamento político? In E. M. M. Arantes, M. L. Nascimento & T. M. G. Fonseca (Orgs.), Práticas psi – inventando a vida (p. 27-38). Niterói: EdUFF, 2007.

COLLINS, P. H. Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro. **Sociedade e Estado**, v. 31, n. 1, p. 99-127, 2016.

COMITÊ INVISÍVEL. **Motim e destituição agora**. N-1 editora: São Paulo, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. 2018.

CORDEIRO, M. P.; SPINK, M. J. P. Por uma Psicologia Social não perspectivista: contribuições de Annemarie Mol. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 3, p. 338-356, 2013. ISSN 1809-5267. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672013000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2021.

CORRÊA, G. C. **Drogas para além do bem e do mal**. In: SANTOS, L. M. (org). Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. – Porto Alegre: Ideograf / Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

COSTA, P. H. A. da; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, F. A. B. No meio do caminho tinha um CAPS ad: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3233-3245, 2018. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018001003233&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 03 fev. 2021.

CRENSAHAW, K. **A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero**. In: Acaoeducativa.org.br. (Org.), Cruzamento: Raça e gênero p. 7-16. Brasília: Ação Educativa, 2004.

DALMOLIN, B. M. **Esperança Equilibrada**. Cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio De Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **Comum**: ensaio sobre a revolução no século XXI. São Paulo: Boitempo Editorial, 2017.

DAVID, E. de C. **Aquilombar a cidade**: território, raça e produção de saúde em São Paulo. Disponível em: <<https://www.sescsp.org.br/files/arquivo/ed1b8c90/390b/40dc/a292/10cd06de06b7.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2021.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2016.

DEL BARRIO, L. R. et al. Gaining Autonomy & Medication Management (GAM): new perspectives on well-being, quality of life and psychiatric medication. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2879-2887, 2013. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000012>. Acesso em: 10 mar. 2020.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: DELEUZE, G. **O mistério de Ariana**. Lisboa: Vega, 1996.

DELEUZE, G. A imanência: uma vida. **Educação & realidade**, v. 27, n. 2, 2002. ISSN: 2175-6236.

DELEUZE, G. GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: 34, 2012.

DELEUZE, G. **Rachar as palavras, rachar as coisas**. (in) Conversações. São Paulo. Editora 34, 2013.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. Tradução de Luiz Orlandi e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018.

DEMETRI, F. D.; TONELI, M. J. F. Performatividade contra a precariedade: modulações do sujeito político na obra de Judith Butler. **Revista Psicologia Política**, v. 17, n. 39, p. 318-326,

2017. ISSN 2175-1390. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1519-549X2017000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2021.

DERRIDA, J. **A farmácia de Platão**. São Paulo: Editora Iluminuras, 2005.

DIAS, R. M. S. Intensidades, desejo e clínica. **Mnemosine**, v. 15, n. 1, 2019. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/45983>>. Acesso em: 03 ago. 2020.

DOTTO, P. M. G. **Usos da liberdade e agonismo em Michel Foucault**. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Filosofia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

DUARTE, T. Recovery da doença mental: uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. **Análise Psicológica**, v. 25, n. 1, p. 127-133, 2007. ISSN: 1646- 6020. Disponível em: <<http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/434>>. Acesso em: 15 nov. 2020.

EMERICH, Bruno Ferrari; CAMPOS, Rosana Onocko; PASSOS, Eduardo. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 685-696, 2014. ISSN: 1807-5762. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2014.v18n51/685-696/pt/>>. Acesso em 28 jan. 2020.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. **Espaço, território e saúde**: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. Raega - O Espaço Geográfico em Análise, v. 17, 2009.

FASSHEBER, V. B. et al. **O processo de reforma psiquiátrica no Município de Barbacena-MG no período 2000-2004**: um estudo de caso acerca da cidade dos loucos. Dissertação (Mestrado em saúde pública), ENSP, Rio de Janeiro, 2009.

FAVERO, C. P. et al. Grupo de gestão autônoma da medicação num centro de atenção psicossocial: experiência de usuários. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 21, p. 91, 2019. ISSN: 2182-2883. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000400015&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 15 maio. 2020.

FAVRET-SAAD, Jeanne. Os afetos, a etnografia. **Cadernos de Campo**, v. 13, n. 13, p. 149-153, 2005. ISSN - 2316-9133. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/cadernosde-campo/article/view/50262>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

FERREIRA, I. M. F. **Gestão Autônoma de Medicação (GAM) e Redução de Danos no contexto potiguar**: uma composição possível? Dissertação (Mestrado em Psicologia), Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

FERREIRA, I. M. F.; FEITOSA, C. E. S.; AMORIM, A. K. de M. A. Gestão Autônoma de Medicação (GAM) como dispositivo grupal: uma experiência de pesquisa-intervenção. **Revista Polis e Psique**, v. 10, n. 2, p. 205-226, 2020. ISSN: 2238-152X. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/103567>>. Acesso em: 20 maio 2020.

FIGLIORE, M. **Prazer e risco**: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre uso de “drogas”. Em: LABATE, B. C. et al (Org.). Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.

FIGLIORE, M. **Uso de drogas**: controvérsias médicas e debate público. São Paulo: Mercado das letras, 2007.

FLORENCE, A. C.; YASUI, S. Abordagem Open Dialogue na Finlândia: entrevista com Jaakko Seikkula. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, e180239, 2019. ISSN 1807-5762. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100600&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2021

FONSECA, M. A. **Michel Foucault e a constituição do sujeito**. São Paulo: EDUC, 2016.

FOUCAULT, M. **Introdução à vida não fascista-prefácio**. Deleuze, G. e Guattari, F. Anti-Édipo: Capitalismo e Esquizofrenia. 1977.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M. **A Ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

FOUCAULT, Michel. **A ética do cuidado de si como prática da liberdade**. In: Ditos & Escritos V – Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 2008a.

FOUCAULT, M. **Segurança, território e população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2009.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. São Paulo: Editora: Forense Universitária, 2011.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo: Editora perspectiva, 2014.

FOUCAULT, M. **A Coragem da Verdade**: O Governo de Si e dos Outros II. Martins Fontes, São Paulo, 2014.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: NAU, 2013.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. Fatores associados ao uso pesado de álcool entre estudantes das capitais brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 267-273, 2010. ISSN 0034-8910. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000200006>. Acesso em: 13 jan. 2021.

GALINDO, D. Dados científicos como argumento: o caso da redução de parceiros sexuais na prevenção ao HIV no Brasil. **Athenea Digital: Revista de Pensamento e Investigación Social**, n. 4, p. 26-41, 2003. ISSN: 1578-8946. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/39027825.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

GERMANO, I. M. P.; MONTEIRO, R. A. F. G.; LIBERATO, M. T. C. Criminologia Crítica, Feminismo e Interseccionalidade na Abordagem do Aumento do Encarceramento Feminino. **Psicologia, Ciência e Profissão**. Brasília, v. 38, n. spe2, p. 27-43, 2018. ISSN 1982-3703.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOMES, T. M.; VALERIO, R. Gestão autônoma de medicamentos: participação do usuário da saúde mental na construção do seu tratamento. **Brazilian Journal of Development**, v.5, n.11, p. 26429-26435, 2019. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/4824>>. Acesso em: 10 de ago. 2020.

GONCALVES, L. L. M.; CAMPOS, R. T. O. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, e00166216, nov. 2017. ISSN 1678-4464. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001105002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2021.

GONCALVES, C. de S.; PEDRO, R. M. L. R. “Drogas da Inteligência?”: Cartografando as controvérsias do consumo da Ritalina® para o aprimoramento cognitivo. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 53-67, nov. 2018. ISSN 1688-7026. Disponível em: <<https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/513/366>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

GOWING, L.; ALI, R.; WHITE, J. M. Opioid antagonists with minimal sedation for opioid withdrawal. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n.5, 2017. ISSN: 1469-493X. Disponível em: <https://www.cochrane.org/CD002021/ADDICTN_use-opioid-antagonists-minimal-sedation-manage-opioid-withdrawal>. Acesso em: 10 mar. 2021.

GREEN, Carla. Gender and use of substance abuse treatment services. **Alcohol. Res Health**, v. 29, n., p. 55-62, 2006. ISSN 1930-0573. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16767855/>>. Acesso em: 27 jan. 2021.

GUATTARI, F. **Revolução Molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1985.

GUATTARI, F. **Caosmose**: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro, Ed. 34, 1992.

HAN, B-C. **Sociedade do cansaço**. Editora Vozes Limitada, 2015.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Multidão**: guerra e democracia na era do império. Editora Record, 2012.

HART, C. L. Slogans vazios, problemas reais. **Revista Sur**, v. 12, n. 21, 2015. ISSN 1806-6445. Disponível em: <<https://sur.conectas.org/slogans-vazios-problemas-reais/>>. Acesso em: 19 fev. 2021.

HART, C. L. **Um preço muito alto**. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

HART, C. L. **Drug Use for Grown-Ups: Chasing Liberty in the Land of Fear** (English Edition) e-book kindle version. New York: Penguin Press, 2021.

HIRATA, Helena. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo social**, v. 26, n. 1, p. 61-73, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702014000100005>. Acesso em: 21 jan. 2021.

IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

IFOPEN. **Levantamento nacional de informações penitenciárias**. Ministério da Justiça. Brasília, 2017a.

IFOPEN. **Levantamento nacional de informações penitenciárias de mulheres**. Ministério da Justiça. Brasília, 2017b.

JORGE, M. S. B. et al. Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1543-1561, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000400015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 mar. 2021.

KALCKMANN, Suzana et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde soc.**, São Paulo, v.16, n.2, p.146-155, ago. 2007.

KASTRUP, V.; BARROS, R. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

KASTRUP, V. Autopoiéses e subjetividade: sobre o uso da noção de autopoiéses por Deleuze e Guattari. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**. 7 (1), 87-97. 1995. ISSN 0104-8023. Disponível em: <<http://evolucaocriadora.blogspot.com/2010/01/autopoiese-e-subjetividade-virginia.html>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

KASTRUP, V. **O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção**. In: Castro, L. R. & Besset, V. L. (Org.). **Pesquisa-intervenção na infância e juventude**, p. 465-489. Rio de Janeiro: Trarepa/FAPERJ, 2008.

KINOSHITA, R. T. **Contratualidade e reabilitação psicossocial**. Em: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

KINOSHITA, R. T. **Autopoiese e reforma psiquiátrica**. In: Autopoiese e reforma psiquiátrica. 2016. p. 308-308. São Paulo: HUCITEC, 2016.

KINOSHITA, R. T. **Prolegômenos para a dissolução de uma pedra de crack no sapato do Estado**. Em: ALENCAR, R.; SILVA, R. E.; AVARCA, C. A. C. (org.) Drogas e autonomia: interseções entre clínica e política. São Paulo: Benjamin Editorial, 2020.

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo**. 2ª. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In G. Campos et al. (Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. (pp. 615-634) São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fio-cruz, 2006.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo. Hucitec, 2012.

LANCETTI, A. Subjetividades drogadas. **Cadernos de Subjetividade**, n. 15, p. 37-43, 2013.

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 mar. 2021.

LATOUR, B. **Ciência em ação**: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: UNESP, 2000.

LATOUR, B. **Reagregando o social**. Salvador: EDUFBA, 2012.

LAURIA, B. C. **Eu não sou uma droga**: Um diálogo hermenêutico sobre a GAM no CAPS AD. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação de Ensino em Ciências da Saúde), Universidade Federal de São Paulo, Baixada Santista, 2020.

LAZZARATO, M. **O governo do homem endividado**. São Paulo: N-1 edições, 2017.

LEAL, E. M. **Clínica e Subjetividade**: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FIGUEIREDO, A. C. CAVALCANTI, M. T. (Org.). A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização. Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental - Dezembro de 2001. Rio de Janeiro: Edições CUCA - IPUB/UFRJ, 2001.

LEMKE, R. A.; DA SILVA, R. A. N. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 9-20, 2013.

LEMO, F. C. S.; GALINDO, D.; RODRIGUES, R. V. Medicalização, bioeconomia e processos de subjetivação: algumas considerações sobre a governamentalidade neoliberal no mercado de saúde. **Mnemosine**, v. 16, n. 1, 2020. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/52698>>. Acesso em: 30 nov. 2020.

LIMA, E. J. B. O cuidado em saúde mental e a noção de sujeito: Pluralidade e movimento. Em: SPINK, M. J, FIGUEIREDO, P. BRASILINO, J. (org). **Psicologia social e personalidade**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais e ABRAPSO, 2011.

LINDENMEYER, T. William B.; DIELO, M. L.; AZAMBUJA, M. A. Redução de danos e gestão autônoma da medicação: cartografando a experiência de um acadêmico em psicologia. **Barbarói**, p. 119-136, 2019. ISSN: 1982-2022.

Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/14070>>. Acesso em 22 maio 2020.

LOBOSQUE, A. M. **Intervenções em saúde mental**: um percurso pela reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: HUCITEC, 2020.

LOMONACO, D. F. F.; FREI, A. E. A metodologia da gestão autônoma da medicação radicalizada às drogas proscritas: proposições éticas e biopotências. Cadernos do CEAS: **Revista crítica de humanidades**, n. 246, p. 92-120, 2019. Disponível em: <<https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/397>>. Acesso em: 26 mar. 2021.

LOPES. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1595-1601, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 fev. 2021.

LOURAU. R. Implicação e sobreimplicação (1990). In: ALTOÉ, Sônia (Org.). **Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MACHADO; A.R. **Uso Prejudicial e Dependência de Álcool e Outras Drogas na Agenda da Saúde Pública**: Um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde no Brasil para usuários de álcool e outras drogas. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde pública), Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, 2006.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006>. Acesso em: 20 maio 2020.

MACRAE, E. **Prefácio**. Em MACRAE, E; TAVARES, L. A; NUÑEZ, M. E. Crack: contextos, padrões e usos. Salvador: EDUFBA, 2013.

MALHEIRO, L. **Tornar-se mulher usuária de crack**: trajetória de vida, cultura de uso e políticas sobre drogas no centro de Salvador-BA. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Antropologia), Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

MARQUES, A. L. M.; MANGIA, E. F. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 433-444, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2021

MARTIN, D; SPINK, M. J.; PEREIRA, P. P. G. Corpos múltiplos, ontologias políticas e a lógica do cuidado: uma entrevista com Annemarie Mol. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 295-305, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100295>. Acesso em: 20 out. 2020.

MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, Á. et al. The collaborative management of antipsychotic medication and its obstacles: A qualitative study. **Social Science & Medicine**, v. 247, p. 112811, 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953620300307>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

MATA, S. P. Mata **Atores do pó na idade da pedra**: relatos de uma revisitação etnográfica a territórios psicotrópicos do Porto. Tese de Doutorado (Doutorado em Psicologia), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto, 2020.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: N-1 edições, 2018.

MBEMBE, A. **Crítica da Razão Negra**. Tradução de Sebastião Nascimento. São Paulo: N-1 edições, 2018.

MCLELLAN e cols. Drug Dependence, A Chronic Medical illness, Implications for treatment, Insurance and outcome evaluation. **JAMA**, 2000, 284, 13. ISSN 1538- 3598. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11015800/>>. Acesso em: 15 jan. 2021.

MEDEIROS, R. G. **O bem e o mal-estar das drogas na atualidade**: Pesquisa, experiência e gestão autônoma. Dissertação de Mestrado. (Mestrado em Psicologia Social e Institucional), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MÉLLO, R. P. Corpos, heteronormatividade e performances híbridas. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 24, n.1, 2012.

MÉLLO, R. P. Em metodologias tenso ativas, pesquisam-se agregados em redes heterogêneas. Em: LANG, C. E; BERNARDES, J. S; RIBEIRO, M. A.; ZANOTTI, S. V (org). **Metodologias: pesquisa em saúde, clínica e práticas psicológicas**. Maceió: Edufaz, 2015.

MÉLLO, R. P. As drogas cotidianas em tempo de sobrevivência. In: VIEIRA, L. L. F; RIOS, L. F; QUEIROZ, T. T. (org). **A problemática das drogas: contextos e dispositivos de enfrentamentos**. Recife: Editora UFPE, 2016.

MÉLLO, Ricardo Pimentel et al. Uma Composição Experimental do Guia GAM: favorecendo vidas pulsantes. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, RS, v. 10, n. 2, p. 227-246, jul. 2020. ISSN 2238-152X. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/103875>>. Acesso em: 28 mar. 2021.

MENDES, Á. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde soc.**, São Paulo, v.22, n.4, p.987-993, dez. 2013. ISSN 0104-1290. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400002>. Acesso em: 26 maio 2020.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; & GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 17(4), 758-764, 2008. ISSN 1980-265X. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018. Acesso em: 10 fev. 2019.

MENDES, R. T. M., et al. **Circulação de crianças e adolescentes no centro de São Paulo**: os circuitos entre o SUS e o SUAS. Em: ALENCAR, R.; SILVA, R. E.; AVARCA, C. A. C. Drogas e Autonomia em tempos de contrafissura: interseções entre clínica e políticas públicas. Benjamin Editoria: São Paulo, 2020.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e co-operação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, p. 07-14, 2015. ISSN 2318-8081. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309>>. Acesso em: 16 maio 2020.

MOL, A. **Ontological Politics: a word and some questions**. In J. Law & J. Hassard (Orgs.), Actor Network Theory. Oxford: Blackwell Publishing, 1999.

MONCEAU, G. L'intervention socianalytique. **Pratiques de Formation: analyses**, n. 32, p. 25-38, 1996.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. Fractal, **Rev. Psicologia**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.19-26, jun. 2008. ISSN 1984-0292. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922008000100007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 20 mar. 2019.

MONCRIEFF, J. Research on a 'drug-centred' approach to psychiatric drug treatment: assessing the impact of mental and behavioural alterations produced by psychiatric drugs. **Epidemiology and psychiatric sciences**, v. 27, n. 2, p. 133-140, 2018. ISSN 2045-7979. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29022518/>>. Acesso em: 12 jan. 2021.

MONTEIRO, C. F. de S. et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 90-95, mar. 2011. ISSN 1414-8145. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2021.

MONTEIRO, C. F. de S. et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 90-95, Mar. 2011. ISSN 1414-8145. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2020.

MOREIRA, C. E. **Asimov, robôs e a psiquiatria das drogas**. Em: NERY FILHO, Antonio et al. (Ed.). As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais. SciELO-EDUFBA, 2012.

NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. M.; RIBEIRO, L. A. Is there a crack epidemic among students in Brazil? Comments on media and public health issues. **Cadernos de saúde pública**, v. 28, n. 9, p. 1643-1649, 2012. ISSN 0102-311X. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900004>. Acesso em: 12 maio 2019.

NEGRI, A. **Jó, a força do escravo**. Rio de Janeiro: Record, 2007.

NICÁCIO, M. F. **Da instituição negada à instituição inventada**. Em: LANCETTI, A. (direção). *Saúde loucura*, v. 1, São Paulo: Editora HUCITEC, 1989.

NIELSEN, S. et al. Opioid agonist treatment for pharmaceutical opioid dependent people. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, 2016. ISSN 1469-493X. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27157143/>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

OLIVEIRA, A. M. T. de et al. **Direitos, autonomia e liberdade**: o que faz a Gestão Autônoma da Medicação quando entra num CAPS ad? Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Coletiva), UNICAMP, Campinas, 2019.

OLIVEIRA, A. W. O conceito de acontecimento na pesquisa em história da educação. **Educação & Realidade**, v. 28, n. 1, 2003. ISSN 2175-6236. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/25662>>. Acesso em: 15 jan. 2021.

OLIVEIRA, C. F. A loucura e os processos de desinstitucionalização: aspectos de debates teóricos e políticos na segunda metade do século XX. **Embornal**, v. 10, n. 19, p. 101-114, 2019. ISSN 2177-160X. Disponível em: <<https://revistas.uece.br/index.php/embornal/article/view/3244>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

OLIVEIRA, L. B. F. **Uma sala-de-estar na Cracolândia de São Paulo ou uma heterotopia De Braços Abertos**. Dissertação de mestrado (Mestrado em Psicologia Social), Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da PUC-SP, São Paulo, 2019.

OLIVEIRA, N.; RIBEIRO, E. O massacre negro brasileiro na guerra às drogas. **Revista Sur**, v. 15, n. 28, p. 1-4, 2018. ISSN 1806-6445. Disponível em: <<https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2019/05/sur-28-portugues-nathalia-oliveira-e-eduardo-ribeiro.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2019.

OLIVEIRA, W. V. de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.141-154, mar. 2011. ISSN 0104-5970. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000100009>>. Acesso em: 17 dez. 2020.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 2. ed. São Paulo: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para classificação de Doenças em português. EDUSP, 1997.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2889-2898,

2013. ISSN 1413-8123. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000013>. Acesso em: 18 jun. 2019.

OURY, J. (2014) **Itinerários de Formação**. Trad. Jairo I. Goldberg. Revue Pratique nº 1 - 1991. 42-50. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0ByXY_A5ffcjvTWISMT-FoWnBvbDA/view?fbclid=IwAR3PCyjX13xTmaOJm1uMhKq2WmKR_UE-DFk6J0WtDHXjOF9t_BM8PfHJp7-0>. Acesso em: 10 fev. 2018.

PADGETT, D. K. et al. **Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness**: comparing housing first with treatment first programs. Community mental health journal, v.47, n.2, p.227-232, 2011. ISSN: 1573-2789. Disponível em: <<https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/20063061/>>. Acesso em: 10 maio 2020.

PALOMBINI, A. de L. et al. Produção de Grupalidade e Exercícios de Autonomia na GAM: a Experiência do Rio Grande do Sul. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, RS, v. 10, n. 2, p. 53-75, jul. 2020. ISSN 2238-152X. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/104142>>. Acesso em: 28 mar. 2021.

PASSOS, E; et al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia**, n. 41, p. 24-38, 2013. ISSN: 1983-2087. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200003>. Acesso em: 10 fev. 2021.

PASSOS, E.; CARVALHO, S. V.; MAGGI, P. M. de A. Experiência de autonomia compartilhada na saúde mental: o “manejo cogestivo” na Gestão Autônoma da Medicação **Pesquisas e Práticas Psicossociais** 7(2), São João del-Rei, julho/dezembro 2012 ISSN. 1809-8908. Disponível em: https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/Volume7_n2/Passos%2C_Eduardo%3B_Carvalho%2C_Silvia_Vasconcelos_%26_Maggi%2C_Paula_Milward_de_Andrade.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.

PASSOS, E; PALOMBINI, A. L.; CAMPOS, R. O. Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 3, n. 1, p. 4-17, 2013. ISSN: 2237-941X. Disponível em: <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1110>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: **Soc. [online]**. 2011, vol.23, n.1, pp.154-162. ISSN 1807-0310. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2020.

PASSOS, I.C.F. **Reforma psiquiátrica**: as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEIXOTO, Clayton et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 2010, vol.59, n.4, pp.317-321. ISSN 0047-2085. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000400008>>. Acesso em: 13 jan. 2021.

PELBART, P. P. Manicômio Mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. **Saúde Loucura**. n.2. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990.

PELBART, P. P. Políticas da vida, produção do comum e a vida em jogo... **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 19-26, jun. 2015. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0104-12902015s01002>>. Acesso em: 28 mar. 2021.

PELBART, P. P. **O avesso do niilismo**: cartografias do esgotamento. N.1 edições, 2016.

PELBART, P. P. **A força do escravo**: de Negri a Mbembe. Em: SANTIAGO, Homero Silveira; TIBLE, Jean; TELLES, V.; MARINHO, L. M. Negri no trópico 23°26'14", 2017.

PELBART, P. P. O devir-negro no mundo. **Revista cult**, 2018. Disponível em: <<https://revistacult.uol.com.br/home/o-devir-negro-do-mundo/>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

PINHO, L.; RIBEIRO, M. **Saúde Mental**: uma canetada não apaga 30 anos de luta. In: ABRASME. Crônicas da Resistência: Em tempos de desconfiguração da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Boletim da Saúde Mental 01, São Paulo, 2018.

PNAD, IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

POIARES, C. Descriminalização construtiva e intervenção juspsicológica no consumo das drogas ou recuperar o tempo perdido. **Revista Toxicodependências**, v. 6, n. 2, p. 7-16, 2000. ISSN. 0874-4890. Disponível em: <http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/257/2000_02_TXT2.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2020.

PRECIADO, P.B. **TESTO JUNKIE**: Sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. São Paulo: N.1 edições, 2018.

RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. **Revista de Ciências Sociais-políticas & trabalho**, v. 24, 2006. ISSN: 1517-5901. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/6600>>. Acesso em: 18 fev. 2021.

RANCIÈRE J. **A Partilha do Sensível**. São Paulo: Editora 34, 2005.

RANCIÈRE, J. **O Desentendimento**. São Paulo: Editora 34, 1996.

RANCIÈRE, J. **O ódio à democracia**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2015.

RECCO; D. W.; SOUZA, M. M.; BEIRAL, T. C. **Moradia transitória e cuidado aos usuários de álcool e outras drogas**: as experiências de uma Unidade de Acolhimento Adulto e de um hotel do Programa de Braços Abertos. Em: ALENCAR, R.; SILVA, R. E.; AVARCA, C. A. C. Drogas e Autonomia em tempos de contrafissura: interseções entre clínica e políticas públicas. São Paulo: Benjamin Editoria, 2020.

REIS, F. W. Notas sobre a reforma do Estado. **Revista do Serviço Público**, v. 45, n. 3, p. 17-26, 2015. ISSN eletrônico: 2357- 8017. Disponível em: <<https://doi.org/10.21874/rsp.v45i3.828>>. Acesso em: 30 jan. 2021.

RIBEIRO, M. M. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

ROCHA, M. L. da; AGUIAR, K. F. de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003. ISSN 1414-9893. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010>. Acesso em: 12 fev. 2020.

ROCHA, M.L. **Do Tédio à Cronogênese: uma Abordagem Ético-estético-política da Prática Escolar**. Tese de doutorado (Doutorado em Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1996.

RODRIGUES, H. de B. C. **Análise Institucional Francesa e Transformação Social: o tempo (e contratempo) das intervenções**. In: RODRIGUES, H. de B. C. e ALTOÉ, S. (Org.) Saúde Loucura 8. **Análise Institucional**. São Paulo: Hucitec, 2004:115-164.

RODRIGUES, H. de B. C. Os anos de inverno da análise institucional francesa. **Rev. Dep. Psicol.** UFF, Niterói, v.18, n.2, p.29-46, dez. 2006. ISSN 0104-8023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-80232006000200003>>. Acesso em: 28 fev. 2021.

RODRIGUES, S. E. **Modulações de sentidos na experiência psicotrópica**. Tese de Doutorado (Doutorado em Ciências Humanas e Filosofia), Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2014.

ROLNIK, R. Territórios negros nas cidades brasileiras: etnicidade e cidade em São Paulo e Rio de Janeiro. **Revista de Estudos Afro-Asiáticos**, v. 17, p. 1-17, 1989.

ROMAGNOLI, R. C. Apontamentos metodológicos da pesquisa-intervenção no contexto da assistência social: conexões entre universidade e equipe. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei, v.10, n.1, p.129-139, jun. 2015. ISSN 1809-8908. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082015000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 fev. 2021.

ROSA, E. Z.; VICENTIN, M. C. G.; AVARCA, C.; SERENO, D. Gestão Autônoma da Medicação: estratégia territorial de cogestão no cuidado. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, RS, v.10, n.2, p.76-98, jul. 2020. ISSN 2238-152X. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/103447/57533>>. Acesso em: 24 out. 2020.

ROSE, N. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI**. São Paulo: Paulus, 2013.

ROSE, N. **Inventando nossos selfs**. RJ: Editora Vozes, 2011.

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Revista Epos**, v. 5, n. 1, p. 156-181, 2014. ISSN 2178-700X. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2021.

ROTELLI, F. **A instituição inventada**. Em: ROTELLI, F.; DIANAMAURI, O. DE L. **Desinstitucionalização**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2019.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **A instituição inventada**. In: NICÁCIO, Fernanda. (Org.) **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2019.

- RUI, T. **Nas tramas do crack**: etnografia da abjeção. Sua Paulo: Terceiro Nome, 2014.
- SAAD, L. G. **Fumo de negro**: a criminalização da maconha no Brasil (1890-1932). Salvador: EDUFBA, 2018.
- SADE, C. et al. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2813-2824, 2013. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000006>>. Acesso em: 10 mar. 2020.
- SAFATLE, Vladimir. Uma certa latitude: Georges Canguilhem, biopolítica e vida como errância. **Sci. stud.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 335-367, jun. 2015. ISSN 2316-8994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662015000200335&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2021.
- SANTOS, C. E. dos. **Políticas e práticas de cuidado da rede portuguesa de Intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências**: contribuições para o modelo brasileiro. 2017. Tese de Doutorado (Doutorado em Ciências e Letras), Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2017.
- SANTOS, D. V. D. **A Gestão Autônoma da Medicação**: da prescrição à escuta. Campinas. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, 2014.
- SANTOS, D. V. D. dos et al. Da prescrição à escuta: efeitos da gestão autônoma da medicação em trabalhadores da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 261-271, 2019. ISSN 1984-0470. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000200021>. Acesso em: 10 maio 2019.
- SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 2002.
- SANTOS, M. **As exclusões da globalização**: pobres e negros. *Thoth*, n. 4, p. 147-160, 1998.
- SEIKKULA, J. et al. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. **Psychotherapy research**, v. 16, n. 02, p. 214-228, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/10503300500268490>>. Acesso em: 20 maio 2020.
- SENNA, L. L. de; AZAMBUJA, M. A. de. Gestão Autônoma da Medicação: saberes e visibilidades de usuários de saúde mental em universidades no interior do RS. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, RS, v. 9, n. 2, p. 67 – 86, 2019. ISSN 2238-152X. Disponível em: <<https://doi.org/10.22456/2238-152X.86774>>. Acesso em: 20 jan. 2021.
- SILVA, E. B. de O.; PEREIRA, A. L. de F. Perfil das mulheres usuárias de cocaína e crack atendidas em Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 2, p. 203-209, 2015. ISSN: 0104-3552. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13997>>. Acesso em: 30 jan. 2021.
- SILVA, E. V.; NAVES, J. de O. S.; VIDAL, J. O papel do farmacêutico comunitário no aconselhamento ao paciente. **Farmacoterapêutica**. Ano XIII, n. 4 e 5. 2008. ISSN: 1413- 9626.

Disponível em: <http://www.farmaceuticos.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/67/057a064_farmacoterapeutica.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.

SILVA, E. V.; VIDOTTI, C. **Busca de informação sobre medicamentos**: como separar o joio do trigo. *Boletim Farmacoterapêutica*, Brasília, v. 13, n. 1-3, p. 1-4, 2008. ISSN: 1413- 9626. Disponível em: <<http://revistas.cff.org.br/?journal=boletimfarmacoterapeutica&page=article&op=view&path%5B%5D=1452>>. Acesso em: 22 jan. 2021.

SILVA, R. A. **Reforma psiquiátrica e redução de danos**: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam. Dissertação de Mestrado. (Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência), Universidade federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

SILVEIRA, M.; MORAES, M. Gestão Autônoma da Medicação (GAM): uma experiência em saúde mental. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, v. 8, n. 1, p. 137-152, 2018. ISSN: 2237-941X. Disponível em: <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2078>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

SIMONINI, E.; ROMAGNOLI, R. C. Transversalidade e esquizoanálise. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*, Belo Horizonte, v. 24, n. 3, p. 915-929, dez. 2018. ISSN 1677-1168. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682018000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 mar. 2021.

SOURIAU, E. **Los diferentes modos de existência**. Cidade Autônoma de Barcelona: Cactus, 2017.

SOUZA, C. F. M. et al. **Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí**. *Escola Anna Nery*. v.15, n.1, p.90-95, 2011. ISSN 1414-8145. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000100013>>. Acesso em: 18 fev. 2021.

SOUZA, T. de P.; CARVALHO, S. R. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. *Revista Polis e Psique*, v.2, p. 37-58, 2012. ISSN eletrônico: 2238-152X. Disponível em: <<https://doi.org/10.22456/2238-152X.40319>>. Acesso em: 26 jan. 2021.

SOUZA, T. P.; DAMICO, J. G.; DAVID, E. C. Paradoxos das políticas identitárias:(des) racialização como estratégia quilombista do comum. *Acta Scientiarum*. Human and Social Sciences, v. 42, n. 3, p. e56465-e56465, 2020. ISSN on-line: 1807-8656. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/acta>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SOUZA, T. P. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”**: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). Tese de Doutorado (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. **Produção de sentidos no cotidiano**: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. São Paulo: Cortez, v. 2, p. 41-61, 1999. SPINK, MJ. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v.15, n.2, p.18-42, Dez. 2003. ISSN 1807-0310. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 fev. 2021.

SURJUS, L. T. S. (Coord.). **Projeto de pesquisa Observatório Internacional de práticas da Gestão Autônoma da Medicação**: rede-escola colaborativa de produção de conhecimento, apoio e fomento. Observatório Internacional das Práticas GAM. Disponível em: <<https://observatoriogam.unifesp.br/>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

SURJUS, L. T. S et al. Articulações GAM em Santos e a partir de Santos. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, RS, v. 10, n. 2, p. 122-142, jul. 2020. ISSN 2238-152X. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/103710>>. Acesso em: 28 mar. 2021.

TEDESCO, S. A linguística estrutural e o inconsciente freudiano. **Revista Mosaicum**, n. 16, 2012. Disponível em: <<https://revistamosaicum.org/index.php/mosaicum/article/view/172>>. Acesso em: 10 out. 2020.

TEIXEIRA, R. R. As dimensões da produção do comum e a saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 27-43, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00027.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2020.

TEIXEIRA, R. R. **Biopolíticas do comum na saúde**. Em: SANTIAGO, H. S.; TIBLE, J; TELLES, V.; MARINHO, L. M. Negri no trópico 23°26'14", 2017.

TEIXEIRA, R. R. Produzir saúde na produção do mundo. **Revista do Centro de Pesquisa e Formação**, n.10, agosto 2020, pp. 45-63. ISSN 2448-2773. Disponível em: <https://www.ses-csp.org.br/online/artigo/14642_RICARDO+RODRIGUES+TEIXEIRA>. Acesso em: 10 jun. 2020.

TENCHE, M. C. B.; Vicentin, M. C. G.; Pupo, A. C. **Integração ensino e serviço na formação em saúde**: a experiência do Pró-Saúde II-PUC/SP e Supervisão Técnica de Saúde da Fó-Brasilândia/SMSSP. **Distúrbios da Comunicação**, v. 26, n. 4, dez. 2014. ISSN: 2176-2724. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/19276>. Acesso em: 19 maio 2019.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2002.

TRENCH et al. **Implementação da rede de saúde na região da Freguesia do Ó e Brasilândia**. In: Almeida, S. I.; Kahhale, E. P.; Trench, M. C. B.; Vicentin, M. C. G. **Saúde Mental, Reabilitação e Atenção Básica: encontros entre a universidade e serviços de saúde**. São Paulo: Artgraph, 2016.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão**: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS EM. Derechos y empoderamiento de usuarios y familiares en el terreno de la salud mental. **Atopos salud mental, comunidad y cultura** 2011; issn.1982-8160. Disponível em: <[http://www.atopos.es/pdf_11/23-44_Derechos%20y%20empoderamiento\(empowerment\)%20de%20usuarios.pdf](http://www.atopos.es/pdf_11/23-44_Derechos%20y%20empoderamiento(empowerment)%20de%20usuarios.pdf)>. Acesso em: 28 maio 2020.

VASCONCELOS, E. M. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(10), 2825-2835. (2013). ISSN 1413-8123.

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232013001000007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 maio 2020.

VENTURINI, E. **A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

VIEIRA, F. S. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?** Nota Técnica. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Brasília, 2016.

WEBER, T. **Ética e filosofia do direito: autonomia e dignidade da pessoa humana**. Petrópolis: Editora Vozes Limitada, 2013.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**. 2016, v. 25, n. 3, pp. 535-549. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0104-129020162610>>. Acesso em: 06 set. 2019.

WETZEL, C. et al. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.2133-2143, Abr. 2011. ISSN 1678-4561. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez. 2020.

XAVIER R. B; BONAN C; SILVA, K. S.; NAKANO, A. R. Healthcare itineraries of women with histories of hypertensive syndromes during pregnancy. **Interface (Botucatu)**. 2015; 19(55):1109-20. ISSN 1807-5762. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401109&script=sci_abstract>. Acesso em: 27 maio 2020.

ZAFFARONI, Eugenio Raul. **Em busca das penas perdidas: a perda de legitimidade do sistema penal**. Tradução Vania Romano Pedrosa e Almir Lopez da Conceição. 5. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

ZAMBILLO, M.; PALOMBINI, A. de L. Autonomias errantes: processos de autonomização em saúde mental. **Estudos de psicologia (Natal)**. v.22, n.1 (mar. 2017), p. 78-88, 2017. ISSN 1678-4669. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2021.

ANEXO A

Seleção de artigos da Cochraine Library

<i>Author(s)</i>	<i>Title</i>	<i>Year</i>	<i>Keywords</i>
1 Egholm, JWM; Peder- sen, B; Møller, AM; Adami, J; Juhl, CB; Tøn- nesen, H	Perioperative alcohol cessa- tion intervention for postop- erative complications	2018	*Alcohol Abstinence; *Elective Surgical Procedures; Al- cohol Drinking [adverse effects, epidemiology, *preven- tion & control]; Female; Hospital Mortality; Humans; Male; Perioperative Care; Postoperative Complications [epidemiology, mortality, *prevention & control]; Pre- operative Care [*methods]; Randomized Controlled Tri- als as Topic; Secondary Prevention; Substance With- drawal Syndrome [prevention & control]; Surgical Pro- cedures, Operative [mortality]
2 Ipser, JC; Wilson, D; Akindipe, TO; Sager, C; Stein, DJ	Pharmacotherapy for anxi- ety and comorbid alcohol use disorders	2015	Alcohol-Related Disorders [*drug therapy, epidemiol- ogy]; Anxiety Disorders [drug therapy, epidemiology]; Anxiety [*drug therapy, epidemiology]; Buspirone [therapeutic use]; Comorbidity; Desipramine [thera- peutic use]; Humans; Paroxetine [therapeutic use]; Phobia, Social [drug therapy, epidemiology]; Publica- tion Bias; Randomized Controlled Trials as Topic; Sero- tonin Uptake Inhibitors [*therapeutic use]; Sertraline [therapeutic use]; Stress Disorders, Post-Traumatic [drug therapy, epidemiology]
3 Pani, PP; Trogu, E; Va- cca, R; Amato, L; Vecchi, S; Davoli, M	Disulfiram for the treatment of cocaine dependence	2010	Cocaine-Related Disorders [*drug therapy]; Disulfiram [*therapeutic use]; Humans; Naltrexone [therapeutic use]; Narcotic Antagonists [*therapeutic use]; Random- ized Controlled Trials as Topic
4 McCarthy, G; Myers, B; Siegfried, N	Treatment for Methaqualone dependence in adults	2005	*Diphenhydramine; *Drug Combinations; *Hypnotics and Sedatives; *Methaqualone; Adult; Humans; Sub- stance-Related Disorders [*rehabilitation]
5 Liu, J; Wang, LN	Baclofen for alcohol withdrawal	2019	Alcohol-Induced Disorders [*drug therapy]; Baclofen [adverse effects, *therapeutic use]; Chlordiazepoxide [adverse effects, *therapeutic use]; Diazepam [adverse effects, *therapeutic use]; Ethanol [adverse effects]; GABA Agonists [adverse effects, *therapeutic use]; Hu- mans; Randomized Controlled Trials as Topic; Sub- stance Withdrawal Syndrome [*drug therapy]
6 Perry, AE; Martyn-St James, M; Burns, L; Hewitt, C; Glanville, JM; Aboaja, A; Thakkar, P; Santosh Kumar, KM; Pearson, C; Wright, K; Swami, S	Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental health problems	2019	Adolescent; Adult; Case Management; Crime [preven- tion & control, statistics & numerical data]; Diagnosis, Dual (Psychiatry); Female; Humans; Law Enforcement; Male; Mental Disorders [*therapy]; Motivational Inter- viewing; Psychotherapy; Randomized Controlled Trials as Topic; Substance-Related Disorders [*therapy]; Therapeutic Community; Young Adult
7 Minozzi, S; Saulle, R; De Crescenzo, F; Amato, L	Psychosocial interventions for psychostimulant misuse	2016	
8 Hesse, M; Vanderplass- chen, W; Rapp, R; Broe- kaert, E; Fridell, M	Case management for per- sons with substance use dis- orders	2014	*Case Management; Humans; Quality of Life; Random- ized Controlled Trials as Topic; Substance-Related Dis- orders [*prevention & control, therapy]
9 Leone, MA; Vigna-Tagli- anti, F; Avanzi, G; Brambilla, R; Faggiano, F	Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alco- hol withdrawal and preven- tion of relapses	2010	Alcoholism [*complications]; Ethanol [*adverse ef- fects]; Humans; Randomized Controlled Trials as Topic; Secondary Prevention; Sodium Oxybate [adverse ef- fects, *therapeutic use]; Substance Withdrawal Syn- drome [*drug therapy]
10 Indave, BI; Minozzi, S; Pani, PP; Amato, L	Antipsychotic medications for cocaine dependence	2016	Antipsychotic Agents [*therapeutic use]; Aripiprazole [therapeutic use]; Benzodiazepines [therapeutic use]; Cocaine-Related Disorders [*drug therapy]; Haloperi- dol [therapeutic use]; Humans; Lamotrigine; Olanzap- ine; Patient Dropouts [statistics & numerical data]; Quetiapine Fumarate [therapeutic use]; Randomized Controlled Trials as Topic; Reserpine [therapeutic use]; Risperidone [therapeutic use]; Triazines [therapeutic use]

11	Agabio, R; Trogu, E; Pani, PP	Antidepressants for the treatment of people with co-occurring depression and alcohol dependence	2018	Adult; Alcohol Abstinence [statistics & numerical data]; Alcohol Drinking [epidemiology]; Alcoholism [complications, *drug therapy]; Antidepressive Agents [*therapeutic use]; Depressive Disorder, Major [complications, *drug therapy]; Diagnosis, Dual (Psychiatry); Female; Humans; Male; Placebos [therapeutic use]; Psychotherapy; Randomized Controlled Trials as Topic
12	Nielsen, S; Gowing, L; Sabioni, P; Le Foll, B	Pharmacotherapies for cannabis dependence	2019	Acetylcysteine [adverse effects, therapeutic use]; Adult; Anticonvulsants [adverse effects, therapeutic use]; Antidepressive Agents [adverse effects, therapeutic use]; Buspirone [adverse effects, therapeutic use]; Dronabinol [adverse effects, therapeutic use]; Female; Humans; Male; Marijuana Abuse [*drug therapy]; Randomized Controlled Trials as Topic; Serotonin Receptor Agonists [adverse effects, therapeutic use]; Serotonin Uptake Inhibitors [therapeutic use]; Young Adult
13	Harada, T; Tsutomi, H; Mori, R; Wilson, DB	Cognitive-behavioural treatment for amphetamine-type stimulants (ATS)-use disorders	2018	*Amphetamines [adverse effects]; Adult; Amphetamine-Related Disorders [complications, *therapy]; Cognitive Behavioral Therapy [*methods]; Female; Humans; Male; Patient Dropouts [statistics & numerical data]; Randomized Controlled Trials as Topic; Sample Size; Waiting Lists
14	Minozzi, S; Saulle, R; Rösner, S	Baclofen for alcohol use disorder	2018	Acamprosate [therapeutic use]; Alcohol Deterrents [adverse effects, *therapeutic use]; Alcohol Drinking [*prevention & control]; Alcoholism [*drug therapy]; Baclofen [adverse effects, *therapeutic use]; Craving [drug effects]; Depression [chemically induced]; Female; GABA-B Receptor Agonists [adverse effects, *therapeutic use]; Humans; Male; Middle Aged; Patient Dropouts [statistics & numerical data]; Randomized Controlled Trials as Topic; Recurrence
15	Konghom, S; Verachai, V; Srisurapanont, M; Suwanmajaj, S; Ramwattananon, A; Kim-songneun, N; Ut-tawichai, K	Treatment for inhalant dependence and abuse	2010	Adolescent; Adult; Humans; Inhalant Abuse [*therapy]
16	Minozzi, S; Amato, L; Pani, PP; Solimini, R; Vecchi, S; De Crescenzo, F; Zuccaro, P; Davoli, M	Dopamine agonists for the treatment of cocaine dependence	2015	Amantadine [therapeutic use]; Antidepressive Agents [therapeutic use]; Bromocriptine [therapeutic use]; Cocaine-Related Disorders [*drug therapy]; Depression [drug therapy]; Dopamine Agonists [*therapeutic use]; Humans; Levodopa [therapeutic use]; Randomized Controlled Trials as Topic; Selection Bias
17	Hides, L; Quinn, C; Stoyanov, S; Kavanagh, D; Baker, A	Psychological interventions for co-occurring depression and substance use disorders	2019	
18	Perry, AE; Martyn-St James, M; Burns, L; Hewitt, C; Glanville, JM; Aboaja, A; Thakkar, P; Santosh Kumar, KM; Pearson, C; Wright, K	Interventions for female drug-using offenders	2019	*Acceptance and Commitment Therapy; *Cognitive Behavioral Therapy; Buprenorphine [therapeutic use]; Case Management; Criminals; Female; Humans; Law Enforcement; Randomized Controlled Trials as Topic; Substance-Related Disorders [*therapy]
19	Terplan, M; Ramadnan, S; Locke, A; Longinaker, N; Lui, S	Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions	2015	*Psychotherapy; Female; Humans; Infant, Newborn; Length of Stay; Patient Dropouts [statistics & numerical data]; Pregnancy; Pregnancy Complications [psychology, *therapy]; Pregnancy Outcome; Pregnant Women [*psychology]; Premature Birth [epidemiology]; Randomized Controlled Trials as Topic; Reinforcement, Psychology; Substance-Related Disorders [psychology, *therapy]
20	Foxcroft, DR; Tsertsvadze, A	Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people	2011	*School Health Services; Adolescent; Alcohol Drinking [*prevention & control]; Alcoholic Intoxication [*prevention & control]; Central Nervous System Depressants [poisoning]; Child; Child, Preschool; Ethanol [poisoning]; Female; Humans; Male; Program Evaluation; Randomized Controlled Trials as Topic; Substance-Related Disorders [prevention & control]

21	Rösner, S; Hackl-Herrwerth, A; Leucht, S; Vecchi, S; Srisurapanont, M; Soyka, M	Opioid antagonists for alcohol dependence	2010	Alcoholism [*drug therapy]; Controlled Clinical Trials as Topic; Humans; Naltrexone [adverse effects, *analogs & derivatives, *therapeutic use]; Narcotic Antagonists [adverse effects, *therapeutic use]; Randomized Controlled Trials as Topic
22	Perry, AE; Neilson, M; Martyn-St James, M; Glanville, JM; Woodhouse, R; Godfrey, C; Hewitt, C	Pharmacological interventions for drug-using offenders	2015	*Criminals; Adult; Buprenorphine [therapeutic use]; Crime [prevention & control]; Female; Heroin [therapeutic use]; Humans; Male; Methadone [therapeutic use]; Naltrexone [analogs & derivatives, therapeutic use]; Narcotics [therapeutic use]; Opiate Substitution Treatment [methods]; Randomized Controlled Trials as Topic; Substance-Related Disorders [*drug therapy]
23	Pani, PP; Trogu, E; Pacini, M; Maremmani, I	Anticonvulsants for alcohol dependence	2014	Adult; Alcohol Abstinence [statistics & numerical data]; Alcoholism [*drug therapy]; Anticonvulsants [adverse effects, *therapeutic use]; Female; Humans; Male; Naltrexone [therapeutic use]; Patient Dropouts [statistics & numerical data]; Randomized Controlled Trials as Topic; Risk Assessment
24	Amato, L; Minozzi, S; Davoli, M	Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome	2011	Alcohol Withdrawal Seizures [*drug therapy]; Alcoholism [*complications]; Anticonvulsants [adverse effects, therapeutic use]; Baclofen [therapeutic use]; Benzodiazepines [adverse effects, therapeutic use]; Ethanol [*adverse effects]; Humans; Hydroxybutyrate [therapeutic use]; Nitrous Oxide [therapeutic use]; Substance Withdrawal Syndrome [*drug therapy]
25	Castells, X; Cunill, R; Pérez-Mañá, C; Vidal, X; Capellà, D	Psychostimulant drugs for cocaine dependence	2016	Central Nervous System Stimulants [*therapeutic use]; Cocaine-Related Disorders [*drug therapy]; Humans; Randomized Controlled Trials as Topic
26	Pani, PP; Trogu, E; Vecchi, S; Amato, L	Antidepressants for cocaine dependence and problematic cocaine use	2011	Antidepressive Agents [adverse effects, *therapeutic use]; Behavior, Addictive [therapy]; Cocaine-Related Disorders [*drug therapy, rehabilitation]; Humans; Opioid-Related Disorders [rehabilitation]; Patient Dropouts [psychology]; Psychotherapy [methods]; Randomized Controlled Trials as Topic
27	Gillman, MA; Lichtigfeld, F; Young, T	Psychotropic analgesic nitrous oxide for alcoholic withdrawal states	2007	Alcoholic Beverages [*adverse effects]; Alcoholism [*complications]; Analgesics, Non-Narcotic [*therapeutic use]; Humans; Nitrous Oxide [*therapeutic use]; Randomized Controlled Trials as Topic; Substance Withdrawal Syndrome [*drug therapy]
28	Pani, PP; Vacca, R; Trogu, E; Amato, L; Davoli, M	Pharmacological treatment for depression during opioid agonist treatment for opioid dependence	2010	Adult; Analgesics, Opioid; Antidepressive Agents [*therapeutic use]; Antidepressive Agents, Tricyclic [therapeutic use]; Depression [*drug therapy]; Female; Humans; Male; Narcotics [agonists, *therapeutic use]; Opioid-Related Disorders [drug therapy, *psychology]; Randomized Controlled Trials as Topic; Serotonin Uptake Inhibitors [therapeutic use]
29	Sarai, M; Tejani, AM; Chan, AHW; Kuo, IF; Li, J	Magnesium for alcohol withdrawal	2013	Administration, Oral; Adult; Alcohol Withdrawal Delirium [drug therapy]; Alcohol Withdrawal Seizures [drug therapy]; Alcoholic Beverages [*adverse effects]; Central Nervous System Depressants [adverse effects]; Ethanol [adverse effects]; Female; Hand Strength; Hospitalization; Humans; Magnesium Sulfate [administration & dosage]; Magnesium [*administration & dosage, blood]; Male; Middle Aged; Randomized Controlled Trials as Topic; Substance Withdrawal Syndrome [blood, *drug therapy, prevention & control]
30	Rösner, S; Hackl-Herrwerth, A; Leucht, S; Leher, P; Vecchi, S; Soyka, M	Acamprosate for alcohol dependence	2010	Acamprosate; Adult; Alcohol Deterrents [adverse effects, *therapeutic use]; Alcohol-Related Disorders [*drug therapy]; Diarrhea [chemically induced]; Humans; Placebo Effect; Randomized Controlled Trials as Topic; Taurine [adverse effects, *analogs & derivatives, therapeutic use]
31	Smith, EJ; Lui, S; Terplan, M	Pharmacologic Interventions for Pregnant Women Enrolled in Alcohol Treatment	2009	Alcohol Drinking [*drug therapy]; Female; Humans; Pregnancy; Pregnancy Complications [*drug therapy]

32	Darker, CD; Sweeney, BP; Barry, JM; Farrell, MF; Donnelly-Swift, E	Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence	2015	*Benzodiazepines; Cognitive Behavioral Therapy [methods]; Correspondence as Topic; Counseling [*methods]; Humans; Motivational Interviewing [*methods]; Psychotherapy [*methods]; Randomized Controlled Trials as Topic; Relaxation Therapy; Substance-Related Disorders [*therapy]; Treatment Outcome
33	Shoptaw, SJ; Kao, U; Heinzerling, K; Ling, W	Treatment for amphetamine withdrawal	2009	Amphetamine [*adverse effects]; Antidepressive Agents, Tricyclic [therapeutic use]; Dextroamphetamine [adverse effects]; Dibenzocycloheptenes [therapeutic use]; Dopamine Uptake Inhibitors [*adverse effects]; Humans; Methamphetamine [*adverse effects]; Randomized Controlled Trials as Topic; Substance Withdrawal Syndrome [*drug therapy]
34	Knapp, WP; Soares, BGO; Farrell, MF; Silva de Lima, M	Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders	2015	Adaptation, Psychological; Adult; Aged; Amphetamine-Related Disorders [psychology, *therapy]; Cocaine-Related Disorders [psychology, *therapy]; Cognitive Behavioral Therapy [methods]; Counseling [methods]; Female; Humans; Male; Middle Aged; Psychotherapy [*methods]; Reinforcement, Psychology; Secondary Prevention; Treatment Outcome
35	Pérez-Mañá, C; Castells, X; Torrens, M; Capellà, D; Farre, M	Efficacy of psychostimulant drugs for amphetamine abuse or dependence	2013	Amphetamine-Related Disorders [*drug therapy]; Benzhydryl Compounds [therapeutic use]; Bupropion [therapeutic use]; Central Nervous System Stimulants [adverse effects, *therapeutic use]; Dextroamphetamine [therapeutic use]; Humans; Methylphenidate [therapeutic use]; Modafinil; Randomized Controlled Trials as Topic
36	Shoptaw, SJ; Kao, U; Ling, W	Treatment for amphetamine psychosis	2009	Amphetamine-Related Disorders [*complications]; Antipsychotic Agents [*therapeutic use]; Benzodiazepines [therapeutic use]; Haloperidol [therapeutic use]; Humans; Olanzapine; Psychoses, Substance-Induced [*drug therapy]
37	Minozzi, S; Amato, L; Vecchi, S; Davoli, M	Anticonvulsants for alcohol withdrawal	2010	Alcohol Withdrawal Delirium [*drug therapy]; Alcohol Withdrawal Seizures [*drug therapy]; Anticonvulsants [*therapeutic use]; Humans; Randomized Controlled Trials as Topic
38	Amato, L; Minozzi, S; Vecchi, S; Davoli, M	Benzodiazepines for alcohol withdrawal	2010	Alcohol Withdrawal Delirium [*drug therapy]; Alcohol Withdrawal Seizures [*drug therapy]; Benzodiazepines [*therapeutic use]; Humans; Randomized Controlled Trials as Topic
39	Baandrup, L; Ebdrup, BH; Rasmussen, JØ; Lindschou, J; Gluud, C; Glenthøj, BY	Pharmacological interventions for benzodiazepine discontinuation in chronic benzodiazepine users	2018	*Withholding Treatment; Adult; Antidepressive Agents [therapeutic use]; Aspartic Acid [therapeutic use]; Benzodiazepines [administration & dosage, *adverse effects]; Buspirone [therapeutic use]; Carbamazepine [therapeutic use]; Ethylamines [therapeutic use]; Flumazenil [therapeutic use]; Homeopathy; Humans; Imidazoles [therapeutic use]; Lithium Compounds [therapeutic use]; Melatonin [therapeutic use]; Paroxetine [therapeutic use]; Pregabalin [therapeutic use]; Progesterone [therapeutic use]; Pyridines [therapeutic use]; Randomized Controlled Trials as Topic; Substance Withdrawal Syndrome [*drug therapy]; Sulfides [therapeutic use]
40	Minozzi, S; Cinquini, M; Amato, L; Davoli, M; Farrell, MF; Pani, PP; Vecchi, S	Anticonvulsants for cocaine dependence	2015	Anticonvulsants [*therapeutic use]; Cocaine-Related Disorders [*drug therapy]; Humans; Randomized Controlled Trials as Topic